

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение дополнительного профессионального образования
«Российская медицинская академия непрерывного профессионального
образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

ЛЕБЕДЕВ Марат Владимирович

**РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ
«ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ»**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология
здравоохранения, медико-социальная экспертиза
(медицинские науки)

Д и с с е р т а ц и я
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук, профессор
Сон Ирина Михайловна

Москва – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	17
1.1. Нормативно-правовое регулирование деятельности врачей – челюстно-лицевых хирургов	17
1.2. Организация оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в субъектах Российской Федерации.....	20
1.3. Организация оказания помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» детскому населению.....	22
1.4. Проблема заболеваемости злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области	24
1.5. Частота распространения травм челюстно-лицевой области	27
1.6. Экономическая и социальная эффективность деятельности подразделений медицинской организации, оказывающей помощь пациентам с патологией челюстно-лицевой области в стационарных условиях	30
1.7. Организационные подходы к оказанию медицинской помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области в странах мира	32
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	38
2.1. Методы и этапы исследования	42
2.2. Характеристика базы исследования.....	56
ГЛАВА 3. КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПО ПРОФИЛЮ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ» В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	61
3.1. Показатели деятельности отделения челюстно-лицевой хирургии	61
3.2. Недостатки и дефекты маршрутизации пациентов с патологией челюстно-лицевой области до начала организационного эксперимента	80
ГЛАВА 4. МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ, ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ» В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	89
4.1. Удовлетворенность пациентов и родственников пациентов организацией оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»	89

4.1.1. Удовлетворенность пациентов и родственников пациентов организацией оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в амбулаторных условиях	91
4.1.2. Удовлетворенность пациентов и родственников пациентов организацией оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в стационарных условиях	101
4.2. Мнение главных внештатных специалистов, руководителей медицинских организаций, руководителей структурных подразделений, врачей, медицинских сестер об организации помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»	112
ГЛАВА 5. ЗАТРАТЫ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ПО ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ – ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ» В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ	128
5.1. Методика исследования и структура затрат рабочего времени врачей – челюстно-лицевых хирургов	128
5.2. Анализ распределения рабочего времени по видам деятельности врачей – челюстно-лицевых хирургов	129
5.3. Результаты фотохронометражных измерений врачей – челюстно-лицевых хирургов, круглосуточного стационара	132
ГЛАВА 6. ЭКСПЕРТНЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ» НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ	147
6.1. Организация и проведение экспертной оценки показателей деятельности системы оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»	147
6.2. Анализ работы системы оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в изучаемых субъектах Приволжского федерального округа	165
6.3. Организация оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» детям в возрасте от 0 до 17 лет, в том числе детям-инвалидам	169
6.4. Автоматизированная система оценки организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»	173
ГЛАВА 7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ И МЕТОДЫ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ»	177

ГЛАВА 8. РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ-ХИРУРГИЯ».....	212
8.1. Оценка деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия».....	213
8.2. Организационные технологии в отделении челюстно-лицевой хирургии.	222
8.3. Экономический анализ деятельности подразделений медицинской организации по профилю «челюстно-лицевая хирургия».....	233
8.4. Повторное исследование удовлетворенности пациентов и их родственников условиями оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»	237
8.5. Повторное исследование мнения главных внештатных специалистов, руководителей медицинских организаций, руководителей структурных подразделений, врачей, медицинских сестер об организации помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»	241
8.6. Затраты рабочего времени по видам деятельности врачей – челюстно- лицевых хирургов, оказывающих медицинскую помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в стационарных условиях	243
8.7. Сравнительная оценка организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в субъектах Российской Федерации до и после внедрения новой Модели	249
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	260
ВЫВОДЫ	268
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	273
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	275
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	277
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Акты внедрения	305
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Положение о Центре челюстно-лицевой хирургии	316
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Перечень (словарь) отдельных трудовых операций и видов работ, входящих в функциональные обязанности наблюдаемых врачей – челюстно-лицевых хирургов круглосуточного стационара ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»...	326
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Анкета оценки профессиональных качеств экспертов	330
ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Карта экспертной оценки.....	331
ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Карта фотохронометражных наблюдений	334
ПРИЛОЖЕНИЕ 7. Лист результатов проведенных фотохронометражных измерений	336

ПРИЛОЖЕНИЕ 8. Распределение заболеваний челюстно-лицевой области по классам болезней в соответствии с МКБ 10-го пересмотра.....	339
ПРИЛОЖЕНИЕ 9. Анкета 1 для социологического опроса	345
ПРИЛОЖЕНИЕ 10. Анкета 2 для социологического опроса	352
ПРИЛОЖЕНИЕ 11. Анкета 3 для социологического опроса	359
ПРИЛОЖЕНИЕ 12. Результаты проведенного фотохронометражного исследования врачей – челюстно-лицевых хирургов круглосуточного стационара за 04.12.2018	367

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. По данным Всемирной организации здравоохранения заболевания челюстно-лицевой области на протяжении многих лет были и остаются актуальной проблемой во многих странах мира, в том числе в Российской Федерации. По данным федерального статистического наблюдения, в России в настоящее время среди пациентов с патологией челюстно-лицевой области около 45% страдают гнойно-воспалительными заболеваниями, возникающими из-за несвоевременной санации полости рта, нарушения питания, курения, алкогольной и наркотической зависимости, неблагоприятной экологической ситуации [61]. Сохраняется тенденция к росту заболеваемости злокачественными опухолями челюстно-лицевой области, которые характеризуются неблагоприятным прогнозом и высокими показателями одногодичной летальности [41]. Распространены также сочетанные челюстно-лицевые травмы, полученные в результате дорожно-транспортных происшествий, в том числе с участием каршеринговых автомобилей, за рулем которых водители находились в состоянии алкогольного или наркотического опьянения [76]. Разнообразие нозологических форм заболеваний челюстно-лицевой области приводит к тому, что такими пациентами занимаются разные специалисты, что неизбежно приводит к снижению качества и доступности данного вида специализированной помощи для населения.

В большинстве субъектов Российской Федерации имеются проблемы организации специализированной помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области. Так, в штатном расписании отделений медицинских организаций, специализирующихся на лечении новообразований челюстно-лицевой области, отсутствует должность врача – челюстно-лицевого хирурга [41]. Аналогичная ситуация сложилась в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях из-за чего у врачей-специалистов отсутствует возможность получения консультации врача – челюстно-лицевого хирурга [80].

В публикациях приводятся данные об увеличении числа детей с травмами челюстно-лицевой области, связанными с индивидуальными электротранспортными средствами, нарушением техники безопасности при занятиях спортом на дворовых площадках и распространением среди молодежи опасных развлечений [51]. Врожденные аномалии челюстно-лицевой области у детей являются сложной патологией, часто из-за несвоевременной диагностики, отсутствия соответствующих специалистов и неправильной тактики ведения, приводящей к инвалидности и требующей многоэтапной хирургической коррекции и реабилитации [114,155].

Данные федерального статистического наблюдения свидетельствуют об увеличении на 15,0% за последние 10 лет числа детей имеющих, инвалидность. Среди основных причин, приводящих к инвалидности, авторы публикаций называют психические и ментальные расстройства, болезни нервной системы, любое вмешательство, хирургическое или терапевтическое, у данной категории пациентов возможно только в стационарных условиях для проведения внутривенной седации [133, 175].

Однако койки для оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» детям функционируют далеко не во всех субъектах Российской Федерации, не предусмотрено разделение потока госпитализированных на взрослых и детей. Детей госпитализируют на койки других профилей в медицинские организации, оказывающие помощь взрослому населению, из-за чего невозможно создать условия для совместного пребывания законного представителя и ребенка, обеспечить пациентов лекарственными препаратами, используемыми в детском возрасте. В связи с чем у врачей возникают сложности с расчетом дозы, а у медицинских сестер – трудности с точным разведением подобранной дозировки [28, 94, 95, 181].

Действующая в настоящее время модель оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», основанная на обязательном исполнении требований соответствующего Порядка (Приказ Минздрава России от 14.06.2019

№ 422н) [11], не учитывает ресурсные возможности региона, что затрудняет его применение в медицинских организациях.

Степень разработанности темы исследования

Проблемы организации оказания специализированной медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» мало освещены в исследованиях как отечественных, так и зарубежных авторов, в связи с недавним выделением челюстно-лицевой хирургии, как отдельной специальности.

Работы многих авторов, посвященные проблемам организации медицинской помощи, оказываемой в стационарных и амбулаторных условиях, их взаимодействию, разработке и внедрения технологий организации медицинской помощи по различным ее профилям, могут быть использованы и для разработки модели оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» [62, 73, 121, 153, 159, 160, 161, 162].

Наиболее приемлемым примером для организации медицинской помощи по профилю ««челюстно-лицевая хирургия» могут быть исследования, посвященные разработке подходов к организации оказания лечебно-профилактической помощи пациентам разного возраста со стоматологическими заболеваниями и заболеваниями ЛОР-органов. Данную проблему изучали Н. В. Гейнц, И. Д. Ушницкий, Н. В. Максименко и соавторы (2017), А. А. Калининская, Б. В. Трифонов, Я. В. Морозова (2016), В. В. Киреев, А. Е. Дорофеев, А. В. Севбитов и соавторы (2023) [43, 63, 67].

Большинство исследований вопросов оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области посвящены разбору клинических случаев и совершенствованию методов лечения пациентов [41, 45, 59].

Встречаются немногочисленные работы, которые рассматривают отдельные аспекты организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»: нормативно-правовые и иные акты законодательной и исполнительной власти Российской Федерации, ее субъектов, региональные приказы Министерства/Департамента здравоохранения субъекта Российской Федерации по организации помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», определяющие

порядок организации оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области; подготовка специалистов и кадровое обеспечение по данному профилю; структура входящего потока пациентов с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области и др. [80, 83].

Таким образом, в настоящее время многие проблемы организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия, приводящие к снижению ее доступности, остаются нерешенными. Из данных литературы следует, что на региональном уровне не решены вопросы преемственности между этапами оказания помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», межсекторального взаимодействия, организации помощи детям, инвалидам с психическими и ментальными нарушениями. Все вышеизложенное подтверждает актуальность данного исследования.

Цель исследования: повышение доступности медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» на основе внедрения региональной модели организации оказания медицинской помощи.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие **задачи**:

1. Провести анализ деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия» населению Пензенской области.

2. Изучить удовлетворенность пациентов и родственников пациентов условиями оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в амбулаторных и стационарных условиях.

3. Изучить мнение главных внештатных специалистов, руководителей медицинских организаций, руководителей структурных подразделений, врачей, медицинских сестер об организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия».

4. Исследовать затраты рабочего времени, их структуру по видам деятельности врачей – челюстно-лицевых хирургов, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

5. Разработать перечень показателей, позволяющих обосновать региональную модель организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», и провести сравнительный анализ организации оказания медицинской помощи по этому профилю в субъектах Приволжского федерального округа.

6. Разработать и внедрить региональную модель организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», повышающую ее доступность.

7. Оценить медико-социальную и экономическую эффективность региональной модели организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия».

Научная новизна исследования:

– на основании многофакторного анализа показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия» населению Пензенской области в период 2014–2023 гг., были установлены основные проблемы в организации оказания медицинской помощи по этому профилю как в амбулаторных, так и стационарных условиях;

– на основании результатов социологического исследования был установлен низкий уровень удовлетворенности пациентов и родственников пациентов условиями оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в амбулаторных и стационарных условиях, обусловленный проблемами деятельности медицинских организаций, оказывающих помощь по этому профилю;

– выявлен низкий уровень удовлетворенности главных внештатных специалистов, руководителей медицинских организаций, руководителей структурных подразделений, врачей, медицинских сестер организацией медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», который респонденты связывали с недостаточной оснащенностью диагностической, реабилитационно-восстановительной аппаратурой, отсутствием

регламентирующих документов и возможности оказания медицинской помощи детям, инвалидам;

– на основании исследования затрат рабочего времени на отдельные виды трудовой деятельности врачей – челюстно-лицевых хирургов, оказывающих медицинскую помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в стационарных условиях, установлена высокая доля затрат рабочего времени на несвойственные данной должности трудовые операции;

– с использованием метода экспертных оценок разработаны и научно обоснованы показатели, необходимые для обоснования региональной модели организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»;

– впервые применительно к субъектам Приволжского федерального округа с использованием специально разработанных показателей оценки проведен сравнительный анализ организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», который позволяет определить уровень развития медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» и разработать комплекс дифференцированных мероприятий в зависимости от региональных особенностей;

– разработана региональная модель организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», которая позволяет повысить доступность медицинской помощи этого профиля для населения;

– доказана медико-социальная и экономическая эффективность разработанной региональной модели организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия».

Теоретическая и практическая значимость работы:

– обоснована целесообразность изучения мнения организаторов здравоохранения, пациентов и их родственников об условиях и организации оказываемой медицинской помощи для выявления существующих проблем и оперативной разработки корректирующих мероприятий;

– определена структура распределения по видам деятельности рабочего времени врачей – челюстно-лицевых хирургов, оказывающих медицинскую помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в стационарных условиях, что позволяет рассчитать нагрузку и обосновать необходимость внесения изменения в штатное расписание медицинской организации;

– разработан набор показателей, который позволяет обосновать региональную модель организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»;

– результаты исследования легли в основу разработки мероприятий по изменению действующей трехуровневой системы маршрутизации, которые улучшили процесс оказания медицинской помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области, в том числе со злокачественными новообразованиями головы и шеи, детям до трех лет и детям с ментальными нарушениями и кариозными поражениями зубов;

– разработана балльная система показателей для интегральной оценки организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» на уровне субъекта;

– разработанная и внедренная в ходе исследования региональная модель организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» повысила доступность и качество специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи взрослому и детскому населению Пензенской области;

– подтверждено, что внедрение региональной модели организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», включающей обновление маршрутизации пациентов, приводит к увеличению числа пролеченных пациентов и числа пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Методология и методы исследования. Исследование проводилось на основе комплексного и системного подхода к анализу данных с применением следующих методов: компаративного анализа, аналитического, социологического,

хронометражного наблюдения, экспертных оценок, организационного эксперимента, статистического. Оценка достоверности полученных результатов проводилась с использованием: коэффициента конкордации Кендалла (W), коэффициента корреляции Пирсона (χ^2), t -критерия Стьюдента, коэффициента альфа Кронбаха, выполнен расчет 95% доверительного интервала методом Фишера, расчет доли выборочного доверительного интервала для пропорций; для интенсивных показателей и средних величин были рассчитаны ошибки репрезентативности ($p < 0,05$); простые средние арифметические, среднеквадратические отклонения; произведено ранжирование и составление сводной матрицы.

Степень достоверности полученных результатов. Научные положения и практические рекомендации, сформулированные в диссертации, основаны на анализе достаточного объема статистического материала. В работе использованы современные методы исследования. Статистическая обработка материала включала: методы описательной статистики, расчет относительных (интенсивных и экстенсивных) показателей, средних величин. Достоверность результатов исследования подтверждается продолжительным периодом наблюдения (2018–2023), адекватными методами статистической обработки материала с использованием лицензионных программ.

Положения, выносимые на защиту:

1. Многофакторный анализ деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия», позволяет оценить эффективность использования коечного фонда и других ресурсов медицинской организации, выявить особенности статистического учета заболеваний челюстно-лицевой области, несовершенство правового регулирования и другие факторы, существенно влияющие на доступность и качество медицинской помощи.

2. Исследование удовлетворенности пациентов и родственников пациентов условиями оказания медицинской помощи и организацией работы медицинских

организаций, а также мнения организаторов здравоохранения, медицинских работников, оказывающих помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия», позволяет определять зоны неэффективности и обосновать проведение корректирующих мероприятий для устранения выявленных проблем.

3. Изучение структуры распределения затрат рабочего времени врачей – челюстно-лицевых хирургов по видам деятельности позволяет выявить высокую неравномерную нагрузку, непроизводительные затраты времени, что является основой для принятия решений о перераспределении кадровых ресурсов и обоснования внесения изменений в штатное расписание медицинской организации.

4. Научно обоснованные показатели позволят провести сравнительный анализ организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» на уровне субъектов Российской Федерации, что является основой для разработки региональной модели организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия».

5. Региональная модель организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», включающая структурно-организационные изменения, корректировку маршрутизации пациентов с патологией челюстно-лицевой области, внутриведомственное взаимодействие, организацию помощи детям и инвалидам, позволит обеспечить преемственность между этапами действующей трехуровневой системы оказания медицинской помощи и повысить доступность этого профиля медицинской помощи для населения.

6. Внедрение разработанной региональной модели организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» приведет к повышению медицинской, социальной и экономической эффективности, которую можно подтвердить положительной динамикой показателей деятельности медицинских организаций, результатами изучения мнения пациентов и их родителей, организаторов здравоохранения и медицинского персонала, исследованием затрат рабочего времени на отдельные виды деятельности врачей – челюстно-лицевых хирургов, а также сравнительным анализом показателей, характеризующих

организацию оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в регионах, не внедряющих региональной модели организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия».

Апробация работы. Основные положения исследования доложены и обсуждены: на VII Международной научно-практической конференции, посвященной 80-летию Пензенской области и 20-летию Медицинского института Пензенского государственного университета (г. Пенза, 12.09.2019); Всероссийской конференции с международным участием «Осенние Филатовские чтения – важные вопросы детского здоровья» (г. Пенза, 26.09.2020–27.09.2020); межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы развития челюстно-лицевой хирургии на территории Поволжья» (г. Пенза, 15.10.2020); научно-практической конференции «Современные подходы к диагностике и лечению больных стоматологического профиля» (г. Пенза, 14.10.2021); XXII Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных» (г. Пенза, 29.09.2022); Межрегиональной научно-практической конференция с международным участием «Организация здравоохранения и общественное здоровье: традиции, инновации, перспективы» (г. Пенза, 20.04.2023); IX Международной научной конференции «Актуальные проблемы медицинской науки и образования» (г. Пенза, 28.09.2023); XXIII Ежегодной межрегиональной конференции «Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных» (г. Пенза, 30.09.2023); Втором Всероссийском междисциплинарном конгрессе по непрерывному профессиональному образованию работников здравоохранения «ЗОНТ: здоровье, образование, наука, технологии» (г. Москва, 04.12.2023–06.12.2023); Межрегиональной научно-практической конференции «Организация здравоохранения и общественное здоровье: наука и практика» (г. Пенза, 24.04.2024).

Внедрение результатов исследования. Материалы диссертационного исследования используются в практической деятельности ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»,

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Ф. Филатова». Результаты исследования используются в учебно-педагогическом процессе ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пензенского института усовершенствования врачей – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.

Результаты исследования использованы при подготовке приказов Министерства здравоохранения Пензенской области и приказов ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко» (приложение 1, 2).

Личный вклад автора заключается в личной разработке методологии исследования, формулировании целей и задач, проведении анализа отечественной и зарубежной литературы (100%); самостоятельном сборе информации (85%); обработке и анализе результатов (95%); научном обосновании и доказательной базе всех положений диссертационного исследования (100%); разработке организационной региональной модели совершенствования оказания медицинской помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области (100%); формировании выводов и практических рекомендаций (100%); внедрении результатов исследования в деятельность медицинской организации, оказывающей помощь населению по профилю «челюстно-лицевая хирургия» (85%); разработке информационной структуры трех программ для ЭВМ по реализуемым направлениям исследования (90%).

ГЛАВА 1

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Для увеличения эффективности оказания медицинской помощи, а также рационального распределения финансовых средств в каждой стране мира постоянно разрабатываются новые модели системы здравоохранения. На результат внедрения данных систем влияют многие факторы: политические, экономические, медицинские, социальные, культурные, нравственно-этические и др., которые исторически сложились в той или иной стране. Несмотря на различия в организации систем здравоохранения в мире, цель у них остается одна – повысить качество оказания медицинской помощи, ее доступность, а также удовлетворенность пациентов оказываемой помощью. На сегодня актуальной остается проблема оказания медицинской помощи пациентам с патологией ЧЛЮ [26, 40, 46, 48, 49, 53, 55, 66, 70, 71, 75, 103, 106, 113, 116, 119, 126, 138, 140, 150, 151, 159, 160, 163, 176, 178, 179, 189, 190, 191, 198, 199, 206, 207].

1.1. Нормативно-правовое регулирование деятельности врачей – челюстно-лицевых хирургов

Челюстно-лицевая хирургия давно вошла в структуру специальности «Стоматология» как специальность, но как самостоятельное направление на стыке общей хирургии, гнойной хирургии, стоматологии, отоларингологии, нейрохирургии и других специальностей зародилась относительно недавно [31, 47, 79, 164, 165].

Впервые специальность «врач – челюстно-лицевой хирург» упоминается в Приказе Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 16 февраля 1995 г. № 33 «Об утверждении Положения

об аттестации врачей, провизоров и других специалистов с высшим образованием в системе здравоохранения Российской Федерации» [3].

В 2011 г. определен порядок оказания челюстно-лицевой помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях в соответствии с приказом от 7 декабря 2011 г. № 1496н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» [4], а детям в 2012 г. с выходом приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 2012 г. № 910н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» [5]. В этих приказах рассматривались вопросы организации медицинской помощи в условиях стационара по профилю «челюстно-лицевая хирургия» (ЧЛХ). Специальность «челюстно-лицевая хирургия» утверждена приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 7 октября 2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское фармацевтическое образование». Проблемами оказания медицинской помощи пациентам с патологией ЧЛО с 2012 г. занимается Главный внештатный челюстно-лицевой хирург Министерства здравоохранения Российской Федерации [7].

Врачи остро чувствовали недостатки отсутствия единых нормативных актов, регламентирующих действия врача – челюстно-лицевого хирурга. Толчком к созданию таких документов стала государственная регистрация Министерством юстиции Российской Федерации некоммерческой организации «Общероссийская общественная организация «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»» от 14 апреля 2017 г. [27]. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.06.2019 № 422н устанавливается Порядок оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ [10], в 2020 г. публикуется Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15 июня 2020 г. № 337н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – челюстно-лицевой хирург» [12]. В указанных выше нормативных актах обозначен функционал врача – челюстно-лицевого хирурга,

а также правила организации оказания медицинской помощи взрослым и детям по профилю ЧЛХ при заболеваниях (состояниях) челюстно-лицевой области, включая аномалии и деформации челюстно-лицевой области, воспалительные заболевания мягких и твердых тканей лица и шеи, мягких тканей и костей челюстно-лицевой области и их осложнения, доброкачественные новообразования челюстно-лицевой области, врожденные и приобретенные дефекты и деформации головы и шеи, парезы и параличи мимической мускулатуры. Данные нормативно-правовые документ определили трудовые функции врачей многих смежных специальностей.

В большинстве регионов России отсутствуют региональные приказы органов управления здравоохранения субъекта РФ с маршрутизацией пациентов с заболеваниями ЧЛО.

Одной из проблем, которые поднимаются во многих литературных источниках, а также обсуждаются на научно-практических конференциях, является целесообразность разделения специальности «челюстно-лицевая хирургия» по возрастному признаку. Выделение детской челюстно-лицевой хирургии оправдано в связи с разным спектром и течением патологических процессов и заболеваний ЧЛО в разных возрастных группах [60].

Оказание помощи пациентам детского возраста с заболеваниями ЧЛО требует от врача – челюстно-лицевого хирурга, определенных компетенций для назначения тех или иных препаратов соответственно возрасту. Для работы с пациентами детского возраста идеально подходит врач – челюстно-лицевой хирург, с дипломом врача-педиатра [87].

Анализ нормативных документов показал, что трудовые обязанности врача – челюстно-лицевого хирурга, перекликаются с трудовыми функциями врача – стоматолога-хирурга. Из-за чего многие специалисты по профилю ЧЛХ после получения определенного опыта в данной сфере получают первичную специализацию врача – стоматолога-хирурга, и продолжают работу в этом направлении. Как следствие – возникает острая необходимость в обеспечении кадрами как отделения челюстно-лицевой хирургии, так и региона в целом [104].

1.2. Организация оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в субъектах Российской Федерации

Существует множество недостатков в организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ в ряде субъектов Российской Федерации. На это влияет значительное увеличение уровня заболеваемости челюстно-лицевой области [125, 167, 177].

Отсутствие единых критериев для оценки медицинской помощи является проблемой всего мирового медицинского сообщества [29, 52, 82, 142].

Анализ зарубежных и отечественных источников свидетельствует о различных способах оптимизации оказания медицинской помощи в системе здравоохранения [34, 109], однако самым результативным является рациональное использование медицинских кадров. Обеспеченность страны в целом и регионов в частности медицинским персоналом является основой организации системы здравоохранения [38, 50, 58, 80, 122, 123, 129, 130, 131, 135, 141, 146, 148, 167].

Недостаток врачей – челюстно-лицевых хирургов, наблюдается во многих регионах России, однако показатель обеспеченности медицинскими кадрами в субъектах Российской Федерации значительно различается [140].

Согласно проведенным исследованиям А. А. Кулакова и соавторов «самая высокая обеспеченность населения врачами – челюстно-лицевыми хирургами – составила 0,08 в 2011 г. и 0,06 в 2015 г. на 10 тыс. населения. Самая высокая обеспеченность специалистами данного профиля зарегистрирована в Ненецком автономном округе – 0,23 врача на 10 тыс. населения, далее следуют Санкт-Петербург – 0,17, Хабаровский край – 0,13, Республика Адыгея – 0,13, Забайкальский край, Еврейская автономная область – 0,12».

Уровень данного показателя в 2015 г. в следующих регионах является низким: в Московской области (0,03 на 10 тыс. населения), Тульская область (0,03 на 10 тыс. населения), Волгоградская область (0,03 на 10 тыс. населения), Пензенская область (0,03 на 10 тыс. населения), Оренбургская область (0,03 на 10 тыс. населения).

В 2021 г. среди регионов Приволжского федерального округа показатели ниже среднероссийского уровня были в следующих субъектах: республики Башкортостан, Мордовия, Татарстан, Кировская, Нижегородская, Оренбургская, Пензенская, Саратовская, Ульяновская области [81].

В регионах, где отсутствуют врачи – челюстно-лицевые хирурги, медицинская помощь по профилю ЧЛХ «оказывается врачами – стоматологами-хирургами: Республика Калмыкия, Чукотский автономный округ, Тамбовская, Магаданская и Курганская области. В Ненецком автономном округе, Ямало-Ненецком автономном округе, Республике Тыва, Республике Алтай, Республике Хакасия, области – по врачу – челюстно-лицевому хирургу, Республика Ингушетия» [84].

Такая обеспеченность врачами – челюстно-лицевыми хирургами, значительно снижает качество оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ.

Серьезной проблемой в организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ является эффективное использование коечного фонда.

В статье Г. С. Гильмановой и соавторов отмечается: «по данным официальной статистики Российской Федерации, средняя занятость койки в году (в дн.) в отделениях челюстно-лицевой хирургии в 2017 г. составила 311, в 2018 г. – 312. Средняя длительность пребывания пациентов в отделении челюстно-лицевой хирургии на койке (в дн.) в 2017 г. составила 7,1, в 2018 г. – 6,9. Обеспеченность койками в отделении челюстно-лицевой хирургии на 10 тыс. населения составила в 2017 г. 0,35 и в 2018 г. – 0,35» [44].

Помощь населению по профилю ЧЛХ в Московской области в 2018 г. согласно исследованию А. М. Сипкина, И. А. Кряжиновой и соавторов оказывается на более чем 220 койках, 10 из которых – для детского населения, 13 коек выделено под дневной стационар отделения челюстно-лицевой хирургии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владимирского. При пяти центральных районных больницах организованы круглосуточные стационары. Также при необходимости выделяются койки в других медицинских организациях и отделениях других направлений [149].

Во многих субъектах Российской Федерации не организованы отделения челюстно-лицевой хирургии, но выделяются койки в других отделениях медицинской организации в зависимости от заболевания/травмы, по поводу которого был госпитализирован пациент: в отделении хирургии, травматологии, оториноларингологии, нейрохирургии и др.

Медицинская организация, в которой функционирует отделение челюстно-лицевой хирургии, является центральным звеном при оказании медицинской помощи пациентам с патологией ЧЛО. Примерами таких регионов служат Республика Мордовия, Костромская область, Волгоградская область и др. [44, 98, 101].

Помимо этого, в ряде регионов, где имеются квалифицированные врачи, есть недостаток оборудования для выполнения высокотехнологичных медицинских операций. В таких ситуациях врачи – челюстно-лицевые хирурги, вынуждены направлять пациентов в другие субъекты Российской Федерации, в которых имеется возможность проведения таких операций. Это также повышает нагрузку на врачей – челюстно-лицевых хирургов, принимающих регионов.

1.3. Организация оказания помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» детскому населению

Приоритетным направлением в системе здравоохранения является оказание медицинской помощи детскому населению [2], создание и усовершенствование условий для ранней реабилитации детей с челюстно-лицевой патологией.

В отделение челюстно-лицевой хирургии в основном госпитализируются дети по поводу плановых оперативных вмешательств, дети с врожденными расщелинами лица, а также с гнойно-воспалительными заболеваниями головы и шеи, травмами костей лицевого скелета, многие из которых относятся к высокотехнологичной медицинской помощи, для оказания которой требуется наличие специальных навыков и знание анатомо-физиологического строения детского организма [114].

Специализированные детские отделения челюстно-лицевой хирургии не организованы на 2020 г. в более чем 20 регионах Российской Федерации. В некоторых из них детские койки есть при отделении челюстно-лицевой хирургии.

Распространенность инвалидности среди детского населения в России все еще высока, и нет тенденции к снижению, что говорит о медицинской и социальной важности данной проблемы, которая ведет к большим экономическим потерям государства. Согласно исследованию И. А. Камаева и соавторов на показатели детской заболеваемости и инвалидности влияют региональные особенности, что диктует необходимость более полного изучения рисков возникновения данных состояний [64, 89].

По данным исследования, проведенного Н. Ю. Куркубет и соавторами, видно, «что в России за пятилетний период 2014–2018 гг. абсолютное число детей-инвалидов увеличилось и составило на 2018 г. 653 508 человек. Показатель распространенности общей инвалидности детского населения также возрос на 11,7% с 19,1 в 2014 г. до 21,63 в 2018 г. (на 1000 детского населения) ($p < 0,05$). В России увеличилась доля детей-инвалидов в возрастной структуре населения с установленной инвалидностью с 4,5% в 2014 г. до 5,4% в 2018 г. ($p < 0,05$)» [85].

К. Лысенко провел анализ форм болезней в структуре детской инвалидности в Российской Федерации, по результатам которого выяснил, что психические расстройства и расстройства поведения (23% от общего числа инвалидов) занимают ведущее место, далее идут группы установленной инвалидности в результате врожденных аномалий (21%), третье место занимают заболевания нервной системы (20%), остальные болезни имеют не более 6% [111].

Каждый год растет число детей-инвалидов, из-за чего встает вопрос о качестве оказания им медицинской помощи, также такие пациенты требуют создания определенных условий, влияющих на их здоровье. Н. В. Шовкун и А. В. Фомина в своем исследовании отмечают, что «у данной категории детей нарушена координация тонких, дифференцированных движений, присутствуют нарушения двигательных функций, в том числе и манипулятивной деятельности. Кроме того, двигательные нарушения неблагоприятно влияют на формирование

психических функций и речи. Таким образом, дети-инвалиды испытывают сложности при уходе за полостью рта самостоятельно при помощи обычных средств индивидуальной гигиены. Все эти факторы делают проблему создания комплексных программ профилактики еще более актуальной для детей-инвалидов» [97, 133, 155, 156, 158, 180].

Объем стоматологического вмешательства и выбор метода обезболивания носит дифференцированный характер в зависимости от возраста и сопутствующих заболеваний. Реализация дифференцированного подхода требует от врача-стоматолога дополнительных знаний и профессиональных компетенций в области поведенческих реакций ребенка на амбулаторном приеме, совершенствование алгоритмов диагностики и лечения на этапах стоматологической реабилитации с учетом возраста, стоматологического статуса и имеющейся патологии. Использование данных алгоритмов повышает эффективность стоматологической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, минимизирует психологическую нагрузку и расширяет показания к стоматологическим манипуляциям на фоне купирования болевых симптомов. Необходимость удаления зубов возникает уже в возрасте от 3 лет из-за многочисленных осложнений кариеса, количество таких удалений возрастает с взрослением детей [166].

1.4. Проблема заболеваемости злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области

В последние годы в Российской Федерации возросло число случаев заболевания злокачественными новообразованиями ЧЛО, несмотря на то, что данная область хорошо визуализируется [74]. В 2019 г. заболеваемость раком полости рта и глотки среди мужчин в России составила 6,65 случаев на 100 тыс. человек, а среди женщин – 1,99 на 100 тыс. [20]. Существуют гендерные различия при онкологических заболеваниях данной области. Так, количество пациентов

мужского пола в 7 раз больше, чем женского пола; средний возраст больных 55–75 лет [72, 78].

Согласно данным А. Д. Каприна и соавторов «высокие показатели запущенности отмечены при диагностике новообразований визуальных локализаций. В поздних стадиях (III–IV) выявлены 64,7% опухолей полости рта (2020 г. – 70,5%). В 18 субъектах Российской Федерации при злокачественных новообразованиях полости рта отношение показателей одногодичной летальности и запущенности (IV стадия) больше или равно 1,0. Максимальные показатели зафиксированы в Краснодарском крае (2,2), Пермском крае (2,2), Тамбовской области (2,0), Республике Ингушетия (2,0), Республике Крым (1,7) (среднероссийский показатель 0,77)» [158].

Е. В. Кочурова и соавторы считают, что основой этиологии развития новообразований ЧЛО являются «химические, травмы (химические, термические и механические), плохая гигиена, отсутствие санации полости, профессиональные вредности, заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, дефицит витаминов, гормональные нарушения, радиация, наркотические средства, а также факторы окружающей среды». Из-за воздействия канцерогенов на слизистую дыхательной и пищеварительной систем повышается риск развития рака органов ЧЛО [74, 110, 187, 195, 196, 200, 202–205]. Рак полости рта является 16 в списке распространенных заболеваний в мире с высоким уровнем смертности [188].

Снижение количества пациентов с онкологическими заболеваниями напрямую зависит от наличия законодательной базы для обеспечения помощи пациентам с онкологическими заболеваниями ЧЛО [18, 118]. Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 г., утвержденная Указом Президента РФ от 6 июня 2019 г. № 254, регламентирует работу с пациентами со злокачественными новообразованиями головы и шеи, в данном документе прописаны задачи, которые способствуют снижению смертности от новообразований и злокачественных новообразований в ЧЛО, путем раннего выявления, профилактики, скрининга, диагностики, лечения и реабилитации данных заболеваний [19].

Также на стремительный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями влияет культура питания, условия проживания, доступная медицинская помощь, генетическая предрасположенность, окружающая среда (загрязненные водный, почвенный и воздушный бассейны) [57].

Из-за возрастания темпа роста случаев заболевания новообразованиями ЧЛО важным остается ранняя диагностика онкологических заболеваний и назначение комплексного лечения для пациентов. Невозможность проведения диспансеризации, выявление новообразований на поздних стадиях, сложное анатомическое строение ЧЛО приводят к большей травматизации больных и многочисленным осложнениям [65, 91].

Организация территориальной маршрутизации пациентов с новообразованиями и злокачественными новообразованиями ЧЛО стоит остро в системе здравоохранения Российской Федерации в целом и регионах, в частности [96, 102, 103, 154].

Маршрутизация онкологических пациентов в Московской области выглядит следующим образом: в случае выявления в ходе оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ симптомов онкологического заболевания лечащий врач медицинской организации, в которой пациент проходит обследование и лечение, направляет пациента в медицинскую организацию, в штате которого имеется врач-онколог – челюстно-лицевой хирург. Такой тип маршрутизации существует в Московской области, Ленинградской области, Самарской области [33].

Ввиду отсутствия специализированных отделений по профилю «онкология» для пациентов со злокачественными новообразованиями ЧЛО, их оперируют в других отделениях, в которых отсутствует необходимое оборудование и нужные профессиональные навыки в области челюстно-лицевой хирургии у практикующего врача.

Отсутствие врача с необходимой специализацией, знаниями и навыками является главной проблемой организации медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями ЧЛО. Учащаются диагностические и интраоперационные ошибки, так как врач не обладает соответствующими знаниями. Не во всех субъектах Российской Федерации есть смотровые кабинеты,

не проводится дополнительное обследование, из-за чего увеличивается число летальных исходов, что влияет на показатели организации медицинской помощи как в регионе, так и во всей стране [84, 101].

1.5. Частота распространения травм челюстно-лицевой области

Рост числа пациентов с травмами и болезнями челюстно-лицевой области указывает на потребность в улучшении качества медицинской помощи в сфере челюстно-лицевой хирургии [177]. Это подтверждается значительным ростом за последние годы не только частоты травматизма ЧЛО, но и осложнениями и последствиями, возникающими вследствие этих повреждений. В документах Всемирной организации здравоохранения говорится о том, что количество летальных исходов от травм ЧЛО доходит до >1,2 млн человек. В России ежегодно травмируется >10 млн человек, из которых летальный исход установлен у >300 тыс. человек. Данный фактор является основной причиной смерти населения в возрасте от 16–30 лет. Наблюдается не только увеличение количества пострадавших с травмами ЧЛО, но и увеличение сочетанных травм [169].

В зависимости от причины возникновения все травматические повреждения делят на производственные (промышленные и сельскохозяйственные) и непроизводственные (бытовые, транспортные, уличные, спортивные) [170].

Особенно тяжелые последствия возникают в результате ДТП. Статистика последствий ДТП говорит о значительном увеличении количества пострадавших детей в возрасте до 16 лет. Анализ пострадавших от ДТП в России в разных возрастных группах показал, что к группе высокого риска гибели и повреждений в результате ДТП относятся граждане мужского пола в возрасте от 20 до 40 лет [68]. Эти статистические показатели подчеркивают социально-экономическую значимость травматизма ЧЛО из-за того, что данные пострадавшие относятся к возрастной группе с наиболее трудоспособными показателями, а также говорит об увеличении экономических затрат на их реабилитацию.

По типу травм, полученных в ДТП, на первом месте находятся изолированные и сочетанные переломы нижней челюсти. На втором месте – сочетанные челюстно-лицевые и черепно-мозговые повреждения [44, 59, 117, 120, 128, 173].

В связи с увеличением числа пациентов с травмами ЧЛЮ постановлением Правительства РФ от 8 января 2018 г. № 1–р утверждена Стратегия безопасности дорожного движения в Российской Федерации на 2018–2024 гг., которая предусматривает «развитие системы оказания помощи и спасения пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий» [16].

В большинстве случаев пострадавшие в ДТП с челюстно-лицевой травмой средней и тяжелой степени доставляются бригадами скорой медицинской помощи в травмоцентр первого уровня региона, пациенты с травмой легкой степени тяжести – в медицинскую организацию, на базе которой есть отделение челюстно-лицевой хирургии. В травмоцентре первого уровня больным проводят необходимые клиничко-диагностические мероприятия, осмотр врачей – нейрохирурга, травматолога, хирурга и др. При сочетанных травмах переломы костей лица обнаруживаются через 3–5 дней из-за недостаточной квалификации врачей других специальностей. Если в медицинском учреждении нет челюстно-лицевого хирурга, специалист этой профессии консультирует и организует межбольничный перевод пациента в отделение челюстно-лицевой хирургии для проведения операции, если это необходимо. При неоказании своевременной медицинской помощи пострадавшим значительно повышается риск возникновения осложнений [6, 125, 134, 143].

Травмы ЧЛЮ у детей чаще возникают в результате бытового травматизма: падение с рук родителей и детской мебели; раны полости рта и языка из-за падения с высоты своего роста или бытовой мебели с предметами во рту; катание без защитных шлемов на велосипедах, самокатах, коньках и т.п.; неправильно организованный отдых в учреждениях дошкольного образования [45].

Исследование Б. К. Ургуналиева и соавторов показывает, что у 62% поступивших пациентов травмы ЧЛЮ были бытовыми [170, 174]. Анализ бытовых травм показывает, что их частота увеличивается в весенне-летний период

(апрель–сентябрь); 90% таких травм возникает вследствие физического насилия, 10% по другим причинам. Увеличение количества людей, подвергающихся физическому насилию, является проблемой здравоохранения во всем мире [183, 184]. К наиболее частым проявлениям физической агрессии приводят межличностные конфликты нередко с применением оружия, а также использования его при домашнем насилии [201]. Челюстно-лицевая область является самой открытой и незащищенной частью тела, из-за чего большинство травм, полученных в результате домашнего насилия, приходится на данную область. Авторы акцентируют внимание на травмах ЧЛО, полученных в результате ударов острыми предметами (ножами, отвертками), поскольку вероятность развития осложнений увеличивается из-за серьезности повреждений жизненно важных структур головы и шеи (проникающие травмы черепа, кровотечения) [168].

Еще одним фактором возникновения травм ЧЛО являются повреждения, полученные на производстве и фермерских хозяйствах. Отмечается рост числа травматизаций ЧЛО у работников из-за сельскохозяйственных животных, приспособлений, машин и т.п. Часто при таком механизме травмы возникают переломы костей лицевого скелета [32].

Профессиональное занятие спортом также является фактором, который приводит к повреждениям ЧЛО. В результате спортивных несчастных случаев, травмы возникают в 3 раза чаще, чем на производстве или в результате физического насилия. Травмы, возникающие у профессиональных спортсменов, достаточно серьезные, по сравнению с любительским спортом: переломы скулоорбитального комплекса, сопровождаемые переломами нижней и верхней челюстей и т.д. Самыми травматическими видами спорта являются футбол и хоккей [144, 145].

Все описанные факторы, которые могут привести к травмам костей ЧЛО, могут осложняться травмами органов, расположенных в данной области. По мнению многих авторов это является актуальной проблемой травматизма ЧЛО, так как влияет не только на эстетику, но может привести к таким серьезным последствиям, как повреждение головного мозга, которое будет влиять на течение нейродинамических процессов [124, 193, 194].

1.6. Экономическая и социальная эффективность деятельности подразделений медицинской организации, оказывающей помощь пациентам с патологией челюстно-лицевой области в стационарных условиях

В системе оказания медицинской помощи населению важное место принадлежит оказанию медицинской помощи в условиях стационара.

В больницах на лечении находится наиболее тяжелый контингент больных, лечение которых основывается на современных достижениях медицинской науки и техники, данный вид медицинской помощи является наиболее затратным в системе здравоохранения, на него приходится более двух третей финансовых ресурсов [93, 147]. Также рост численности населения пенсионного возраста с возрастными особенностями приводит к увеличению обращений в медицинские организации [179]. В последнее время идет тенденция перехода больниц небольшого коечного фонда к наиболее мощным, современным центрам оказания медицинской помощи [30, 39, 86, 92, 99, 115, 161, 182].

В последние годы наблюдается активное сокращение коечного фонда в большинстве медицинских организаций Российской Федерации. Это происходит из-за оптимизации медицинской помощи, оказываемой в условиях амбулаторного кабинета или дневного стационара, что делает невостребованными койки круглосуточного пребывания [38, 127, 140]. Финансовая и хозяйственная деятельность больницы также включает эффективное использование доступных ресурсов, а также устранение проблемы, связанной с отклонениями от плана показателей запланированного коечного фонда. Отсутствие контроля за оборотом коек приводит к большим финансовым затратам, которые не компенсируются страховыми компаниями [108, 172]. За счет увеличения койко-дней в стационарах круглосуточного пребывания увеличиваются также расходы на лекарственные средства. Экономически выгодными для системы здравоохранения являются стационарзамещающие технологии (СТЦ) [54, 127].

Самым распространенным видом стационарзамещающих технологий является дневной стационар. Дневной стационар выступает в роли связующего звена между медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях пациентам с патологией ЧЛО. Наблюдается положительный опыт использования дневного стационара в структуре многопрофильной больницы. Основной задачей дневного стационара является снижение сроков временной нетрудоспособности лиц трудоспособного возраста путем ранней выписки и долечивании в условиях дневного стационара [42, 90].

Наиболее актуальным вопросом в системе здравоохранения является совершенствование медицинской помощи, оказываемой детям в условиях стационара [69, 132].

При организации специализированных отделений (коек) для детей с патологией ЧЛО необходимо учитывать потребность в консультациях смежных специалистов и диагностических исследованиях.

После оказания помощи пациенту в условиях дневного стационара врач наблюдает за больным от 1–6 ч или до следующего дня, далее проводятся требующиеся послеоперационные манипуляции. Такие пациенты дальше наблюдаются хирургом амбулаторно [36, 171]. Внедрение дневного стационара на базе медицинской организации дает возможность госпитализировать в круглосуточный стационар только тяжелых больных, за которыми нужно круглосуточное наблюдение, в то время как в дневной стационар будут госпитализировать пациентов с легким течением заболевания.

Дневной стационар оказывает положительное влияние на психологическое состояние пациента, так как укорачиваются сроки лечения и пациенты имеют возможность находиться в привычных условиях. Также отмечается, что пациенты чаще довольны помощью, оказанной в условиях дневного стационара, чем в стационарах круглосуточного пребывания. Это связано с тем, что больные сталкиваются с такими проблемами как перегруженность палат, низкий уровень удовлетворенности оснащением палат, количество часов посещения близкими людьми и т.д. [56, 162].

1.7. Организационные подходы к оказанию медицинской помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области в странах мира

ЧЛХ является признанной во всем мире специальностью. Образование и организация оказания медицинской помощи по данному профилю различных стран имеют ряд отличий, так как работа иногда выполняется одним или двумя квалифицированными специалистами – в зависимости от правил каждой страны и доступных возможностей обучения.

В США, Канаде, Австралии и Новой Зеландии ЧЛХ является одной из 9 специальностей, признанных Американской стоматологической ассоциацией, Королевским колледжем стоматологов Канады и Королевским Австралийским колледжем хирургов-стоматологов, однако некоторые программы обучения, предназначенные для стоматологов, позволяют получить студентам квалификацию как в области общей медицины, так и стоматологии [101].

В Великобритании стоматология хирургическая – это специальность, признанная и регулируемая Генеральным стоматологическим советом как стоматологическая, а ЧЛХ (Maxfac) – это специальность, признанная и регулируемая Генеральным медицинским советом, для которой требуется наличие диплома как врача общей практики, так и врача-стоматолога. После окончания обучения выпускник получает квалификацию – FRCS (Fellowship of the Royal College of Surgeons) [186].

Согласно Европейской Директиве 2001/19/ЕС специальность ЧЛХ отделена от специальности «стоматология хирургическая», которая требует, как стоматологической, так и медицинской квалификации. Директива требует «минимальной» продолжительности обучения в 5 лет по медицинским программам (во Франции, Испании, Австрии и Италии) и 4 года по программам с двумя степенями (в Германии, Швейцарии, Бельгии, Великобритании, Ирландии и Финляндии) [185, 197, 208].

Европейским союзом медицинских специалистов специальность ЧЛХ также признана как медицинская, а не стоматологическая. Более того, каждый кандидат на получение звания Fellow of the European Board of Oro-Maxillo-Facial Surgery and Stomatology должен быть признанным челюстно-лицевым хирургом, практикующим в одной из европейских стран не менее 2 лет и имеющим медицинскую степень (в некоторых странах требуется двойная степень, в других – стоматологическая).

Во многих странах мира челюстно-лицевые хирурги, как правило, изначально имеют стоматологическое образование и проходят дальнейшую хирургическую подготовку. В Великобритании является обязательным наличие степени по стоматологии, прежде чем будет разрешено начать обучение в ординатуре по челюстно-лицевой хирургии. Однако в некоторых университетах других стран, например в Канаде, Австралии, проводят обучение в ординатуре по программам, подходящим как врачам-стоматологам, так и врачам общей практики. Так, в Соединенных Штатах Америки для получения диплома врача – челюстно-лицевого хирурга, врач общей практики проходит обучение в ординатуре в течение 4 лет, в то время как врач-стоматолог 2 года.

Выпускники ординатуры в Австралии, США, Канаде, Новой Зеландии и других странах также могут продолжить обучение по одно- или двухлетней стипендии, чтобы расширить свою практику в таких областях, как рак головы и шеи, микрососудистая реконструкция, косметическая лицевая хирургия, черепно-лицевая хирургия и детская ЧЛХ, а также черепно-челюстно-лицевая травма.

ЧЛХ во Франции зародилась во время Первой мировой войны и называлась «стоматология и челюстно-лицевая хирургия». Данная специальность относилась к хирургической специальности, отвечающей за травмы лица у пострадавших во время войны, из-за чего была полностью отделена от стоматологии. В настоящее время французские челюстно-лицевые хирурги должны пройти годичное обучение по общей и травматологической хирургии, после чего пройти ординатуру по челюстно-лицевой хирургии в течение 3 лет и 2 года обучения по смежным хирургическим специальностям (отоларингология, пластическая

хирургия, сосудистая хирургия, нейрохирургия). Стажировка у врачей – челюстно-лицевых хирургов, должна проходить в течение как минимум 1 года. Многие медицинские организации требуют ротации врача каждые 6 месяцев для получения опыта (особенно в области черепно-лицевой травмы, рака и пороков развития, микрососудистой реконструкции и эстетики лица) в различных хирургических центрах во Франции и за рубежом.

В Германии, Австрии, Швейцарии и Нидерландах обучаться данной специальности могут выпускники с дипломом как врача общей практики, так и врача-стоматолога.

Медицинская помощь по профилю ЧЛХ в развитых странах мира оказывается в высокоорганизованных центрах, которые обеспечивают не только лечение, но и полную реабилитацию пациентов [101].

Многие немецкие центры челюстно-лицевой хирургии состоят из двух секторов: поликлиники челюстно-лицевой хирургии и амбулаторных консультаций, а также специализированные клиники для проведения основных процедур в области челюстно-лицевой хирургии. Челюстно-лицевые хирурги со степенью DMD выполняют амбулаторные операции в поликлиниках, в то время как челюстно-лицевые хирурги с двойной степенью работают в обоих секторах.

В немецких центрах челюстно-лицевой хирургии проводится лечение пациентов с травмами головы и шеи, с онкологическими и гнойно-воспалительными заболеваниями, врожденными пороками головы и шеи. Исследовательское сотрудничество между клиниками челюстно-лицевой хирургии и научными учреждениями очень частое. Более того, 42 из 78 клиник челюстно-лицевой хирургии Германии (35 в университетских больницах и 43 в больницах общего профиля), все больше и больше занимаются пластикой лица, а затем преобразуются в «отделения пластической хирургии полости рта, черепа и лица». Аналогичная ситуация наблюдается в Австрии и Швейцарии [101].

Структуру оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в Европе можно рассмотреть на примере челюстно-лицевого отделения больницы университета Сент-Джорджа, которое является центральным узлом челюстно-лицевой сети

юго-западного Лондона и признано Центром передового опыта, предоставляющим специализированные услуги, недоступные в других больницах. В его состав входят четыре отделения: челюстно-лицевой хирургии, восстановительной стоматологии, ортодонтии и педиатрической стоматологии, которые тесно сотрудничают и при необходимости проводят совместные операции. Данное отделение принимает более 700 пациентов в неделю.

Челюстно-лицевое отделение расположено в современном, специально построенном помещении, которое состоит из 19 операционных, палаты для восстановления, кабинета для консультаций и учебной комнаты. Имеется специальное радиологическое отделение, также есть доступ к залам дневного пребывания и амбулаторным реабилитационным центрам. В отделении работают шесть челюстно-лицевых хирургов-консультантов, два штатных хирурга, четыре регистратора-специалиста, семь старших сотрудников палаты представителей и один почетный клинический сотрудник.

Отделение восстановительной стоматологии предоставляет консультации и услуги по лечению ряда заболеваний полости рта и травм. Это строго ограничено группами пациентов с наивысшим приоритетом, к которым относятся пациенты с травмами или деформациями лица, а также с раком головы и шеи. Данное отделение предоставляет стоматологические услуги другим пациентам с ослабленным иммунитетом, страдающим раком головы и шеи, гемофилией и другими заболеваниями крови. Отделение проводит шесть операций в день и предоставляет амбулаторные услуги. Это Центр передового опыта с двумя консультантами в области восстановительной стоматологии и имплантологии, двумя регистраторами-специалистами, стоматологом-специалистом, несколькими ассистентами, двумя гигиенистами и одним консультантом по гигиене полости рта.

Ортодонтическое отделение предлагает услуги пациентам с деформациями лица и головы, которые присутствуют с рождения или развились из-за аномального роста с течением времени. Отделение тесно сотрудничает с отделением респираторной медицины, предоставляя консультации пациентам с нарушениями дыхания, связанными со сном; совместно с отделением детской стоматологии

также оказывает помощь маленьким детям с различными заболеваниями и особыми потребностями. Отделение также предоставляет консультационные услуги пациентам из отделений респираторной медицины, оториноларингологии, пластической хирургии, генетики и педиатрической медицины.

Детская стоматология предоставляет услуги детям, которым требуется общая анестезия или специальный уход, недоступные в практике местных стоматологов. К данной категории пациентов относятся дети, лечение которых затруднено из-за их возраста или поведения, а также дети с физическими или умственными недостатками, слабой иммунной системой, медицинскими или хирургическими заболеваниями. Услуги предоставляются также детям, у которых зубы повреждены или отсутствуют в результате несчастных случаев или проблем с развитием. В отделении есть две операционные, которые полностью оборудованы для введения седативных и общих анестетиков. Услуги предоставляются амбулаторно, в дневных стационарах, а иногда и стационарах круглосуточного пребывания [192].

Порядок обращения пациентов к врачу также различается в странах мира. Так, если в Нидерландах пациент может записаться к врачу общей практики вне зависимости от места прикрепления, то в Англии, Дании и Финляндии пациенты могут обращаться только по месту жительства. В Австралии, Новой Зеландии, Швеции больной имеет право обратиться как к врачу общей практики, так и к врачу узкого профиля, например к челюстно-лицевому хирургу. Есть нюансы также при обращении к врачам в медицинских организациях. Пациент в Англии может обратиться к специалисту определенного профиля только при наличии направления, в то время как в Нидерландах, Дании и Швеции больные могут самостоятельно обратиться к любому специалисту, но при этом страховка не покрывает медицинские расходы [101].

Резюме. В отечественной и зарубежной литературе недостаточно изучена ЧЛХ как специальность, практически все исследователи подчеркивают, что данная специальность достаточно молодая, соответственно многие вопросы организации

медицинской помощи по профилю ЧЛХ остаются неизученными не только в России, но и в системах здравоохранения других стран.

В период интенсивного роста числа пациентов с патологиями ЧЛО особенно остро стоит вопрос о качестве и доступности медицинской помощи по профилю ЧЛХ. Обеспеченность врачами – челюстно-лицевыми хирургами – важнейший показатель, который применяется для планирования и оценки эффективности использования трудовых ресурсов в здравоохранении. Однако до настоящего времени практически неизученной является проблема нормирования деятельности врачей ЧЛХ. Остаются проблемы организации помощи по этому профилю детскому населению. Отсутствие специализированных детских отделений челюстно-лицевой хирургии существенно влияет на качество оказания медицинской помощи данной категории граждан. Также существенным недостатком в ряде регионов Российской Федерации является невозможность оказания в полном объеме необходимого лечения инвалидам. Важной остается проблема внедрения оптимальной маршрутизации пациентов от момента подозрения злокачественного новообразования ЧЛО до момента оказания квалифицированной медицинской помощи. Также сохраняется необходимость разработки единой нормативной базы, четко структурированной по этапам маршрутизации пациентов с учетом региональных особенностей.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертационное исследование проводилось в 2018–2023 гг. в Пензенской области.

Объект исследования – система оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ.

Предмет исследования – процесс оказания специализированной медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в стационарных и амбулаторных условиях.

Единицами наблюдения явились: показатели деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия», анкеты медицинских работников и пациентов, карты экспертного опроса, руководители медицинских организаций, главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения Пензенской области, врачи – челюстно-лицевые хирурги, пациенты, родственники и законные представители пациентов.

Информационной базой исследования являлись статистические данные, собранные из официальных источников: сборники Федеральной службы государственной статистики, данные с официальных сайтов Правительства региона и медицинских организаций (за 2014–2023 гг.) и нормативно-правовая документация Пензенской области и Российской Федерации: акты, приказы, постановления, распоряжения.

Проводилась выкопировка сведений из учетных форм:

- **Форма № 003/у** «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» – 7067 шт.
- **Форма № 066/у-02** «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении,

дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому» – 9426 шт.

- **Форма № 025/у** «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (23 878 шт.).

- **Форма № 074/у** «Журнал регистрации амбулаторных больных» – 5 шт.

- **Форма № 14** ФНС «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»; данные за 2015–2019 г., 2023 гг.

- **Форма № 30** ФНС «Сведения о медицинской организации»; данные за 2014–2019 г., 2023 г.

Были разработаны и заполнены:

- анкета для пациентов и их родственников (заполнено 400 анкет);
- анкета для врачей ЧЛХ, медицинских сестер отделения ЧЛХ, главных специалистов, руководителей медицинских организаций (заполнено 130 анкет), организаторов здравоохранения (43);
- карта фотохронометражных исследований (20);
- лист фотохронометражных наблюдений (2);
- анкета оценки профессиональных качеств экспертов (60); карта экспертной оценки (21).

В общей сложности проанализировано более 52 тыс. единиц информации.

Общий объем проведенных исследований представлен в таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Материалы и методы исследования

Этап	Задачи исследования	Материалы исследования	Методы исследования
I	1. Провести анализ деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия» населению Пензенской области.	Сборники статистических материалов Департамента мониторинга, анализа, и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2015–2020 гг. Форма № 003/у (7067); Форма № 066/у-02 (9426); Форма № 025/у (23878); Форма № 074/у (5); Форма № 14 за 2015–2019 г.; Форма № 30 за 2015–2019 гг. Бухгалтерская отчетность: баланс государственной/муниципальной организации; отчет об исполнении организацией плана его финансово-хозяйственной деятельности; отчет о финансовых результатах деятельности организации; сведения по дебиторской и кредиторской задолженности организации; сведения об остатках денежных средств организации за 2017–2019 гг.	Статистический Экономический
II	2. Изучить удовлетворенность пациентов и родственников пациентов условиями оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в амбулаторных и стационарных условиях.	Анкеты: для пациентов и их родственников (200)	Социологический
	3. Изучить мнение главных внештатных специалистов, руководителей медицинских организаций, руководителей структурных подразделений, врачей, медицинских сестер об организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия».	Анкеты: для врачей-ЧЛХ, медицинских сестер отделения ЧЛХ, главных специалистов, руководителей медицинских организаций, руководителей структурных подразделений (81)	Социологический

Окончание таблицы 2.1

Этап	Задачи исследования	Материалы исследования	Методы исследования
III	4. Исследовать затраты рабочего времени, их структуру по видам деятельности врачей «челюстно-лицевая хирургия», оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.	Карта фотохронометражных исследований (20) Лист фотохронометражных наблюдений (2)	Фотохронометражный
IV	5. Разработать перечень показателей, позволяющих обосновать региональную модель организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», и провести сравнительный анализ организации оказания медицинской помощи по этому профилю в субъектах Приволжского федерального округа.	Анкета оценки профессиональных качеств экспертов (60), карта экспертной оценки (21) Результаты исследования из предыдущих глав Форма № 14 ФНС (4) Форма № 30 ФНС (4)	Метод экспертных оценок Организационное моделирование Статистический
V	6. Разработать и внедрить региональную модель организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», повышающую ее доступность.	Результаты исследования из предыдущих глав	Организационный эксперимент
	7. Оценить медико-социальную и экономическую эффективность региональной модели организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия».	Анкеты: для пациентов и их родственников (200). Анкеты для организаторов здравоохранения (43). Учетные формы: № 003/у (2350); № 066/у-02 (2350); № 025/у (7673); № 074/у (1); Отчетные формы ФСН № 14 и № 30 за 2023 г.	Статистический Фотохронометражный Социологический Экономический

2.1. Методы и этапы исследования

Социологический метод позволил получить качественную информацию и объективное мнение респондентов об исследуемой проблеме, в том числе за счет использования статистических методов для интерпретации и оценки результатов.

В анкетировании принимали участие пациенты с патологией челюстно-лицевой области, получавшие лечение в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко». Всего за изучаемый период было опрошено в 2018 г. – 200 пациентов: 100 из них получали помощь в амбулаторных условиях и 100 в стационарных.

Для исследования использовались анкеты, утвержденные приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 мая 2018 г. № 201н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка» [188], приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 июля 2018 г. № 442 «Об организации работы по обеспечению технической возможности выражения мнений пациентами о качестве условий оказания услуг медицинскими организациями на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации в сети Интернет» [8]), которые были адаптированы и дополнены для исследования удовлетворенности пациентов и их родственников, получавших медицинскую помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия» (ЧЛХ) (приложения 5,6).

Изучалась информированность пациентов о получении услуги (доступность, открытость информации); комфортность условий предоставления услуги; время ожидания предоставления услуги; отношение персонала к пациентам (вежливость, доброжелательность); компетентность персонала; общий уровень удовлетворенности оказанной услугой. Анкеты респонденты заполняли анонимно и были уверены в конфиденциальности информации.

В анкету для оценки условий оказания услуг медицинской организации в стационарных условиях было добавлено 29 вопросов, в анкету для оценки условий оказания услуг медицинской организации в амбулаторных условиях было добавлено 23 вопроса.

В соответствии с Единым порядком расчета показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг организациями в сфере культуры, охраны здоровья, образования, социального обслуживания, и федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.05.2018 № 344н была выполнена оценка анкетирования пациентов поликлиники и стационара [9].

На основании ответов респондентов были рассчитаны пять критериев оценки условий оказания медицинских услуг, каждый из которых включал в себя три показателя по формулам, приведенным в Приказе Российской Федерации от 31.05.2018 № 344н [9].

С целью выявления основных проблем в организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в Пензенской области было изучено мнение организаторов здравоохранения, медицинских работников, оказывающих помощь по профилю ЧЛХ. Всего в исследовании принял участие 81 респондент.

Исследование одномоментное, поперечное, сплошное, с использованием социологического метода, в исследовании приняли участие врачи – челюстно-лицевые хирурги, медицинские сестры, работающие по профилю ЧЛХ. Также в исследовании приняли участие руководители медицинских организаций, заведующие структурными подразделениями, главные внештатные специалисты, принимающие участие в организации оказания помощи по профилю ЧЛХ.

Социологическое исследование проводилось по специально разработанной анкете, включающей 48 вопросов. Отдельно были выделены блоки вопросов: для руководителей структурных подразделений, руководителей медицинских организаций, главных внештатных специалистов (19 вопросов); для врачебного

персонала, оказывающего медицинскую помощь по профилю ЧЛХ (7 вопросов); для среднего медицинского персонала, участвующего в оказании медицинской помощи по профилю ЧЛХ (13 вопросов).

На заседании Локального этического комитета Пензенского института усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России была проведена этическая экспертиза, на которой были одобрены все разработанные анкеты, протокол № 23 от 02.06.2023.

Для определения объема выборочной совокупности был использован метод таблиц К. А. Отдельновой (1980), не требующий предварительных знаний об изучаемом явлении, использующийся при проведении социально-гигиенических исследований. При выборе уровня значимости 0,05 в качестве границы статистической значимости результатов объем выборки должен составлять 100 единиц наблюдения (таблица 2.2).

Таблица 2.2 – Необходимый объем выборки (по К. А. Отдельновой)

Вид исследования	Желаемая точность исследования	$T = 2,0$	$T = 2,5$	$T = 3,0$
		$P = 0,95$ $p < 0,05$	$P = 0,98$ $p < 0,01$	$P = 0,99$ $p < 0,01$
Ориентировочное знакомство	0,5	16	25	36
	0,4	25	39	56
	0,3	44	69	100
Исследование средней точности	0,2	100	156	225
Исследование повышенной точности	0,1	400	625	900

Фотохронометражный метод. Для изучения структуры рабочего времени, а также затрат времени на отдельные операции и их элементы проводился фотохронометраж рабочего времени врачей – челюстно-лицевых хирургов, круглосуточного стационара. Данный метод позволяет точно определить время, затраченное на выполнение конкретных задач, и выявить возможные пути оптимизации процессов.

При проведении исследования были учтены требования о соответствии продолжительности рабочего времени медицинских работников указанному в постановлении Правительства Российской Федерации № 101 от 14.02.2003 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой должности и (или) специальности» [15]. Медицинским работникам, чья специальность не указана в данном Постановлении, согласно письму Минздрава России от 13.07.2018 № 16–3/3070965–4302 [14] определяется сокращенная продолжительность рабочего времени, не превышающая 39 ч в неделю. Специальность «врач – челюстно-лицевой хирург» в нормативно-правовых актах не была обозначена, поэтому врач – челюстно-лицевой хирург, тоже попадает под эту категорию, и норма продолжительности рабочего дня составляет 7,8 ч.

Исследование средних временных затрат на одну технологическую операцию с учетом фактического коэффициента повторяемости этой операции проводилось методом фотохронометражных измерений с соблюдением следующих правил:

- 1) следование технологии лечебно-диагностического процесса;
- 2) наличие необходимого опыта у врачей, за работой которых велось наблюдение;
- 3) хронометраж проводил специалист, хорошо знающий технологию лечебно-диагностического процесса и способный впоследствии провести экспертизу объема и качества оказанной помощи;
- 4) перед проведением хронометража был составлен перечень (словарь) отдельных трудовых операций и видов работ, входящих в функциональные обязанности наблюдаемого;
- 5) исследование проводилось в течение 10 рабочих дней, т.е. сроки проведения хронометража были достаточными для получения репрезентативных данных по затратам труда на все трудовые операции;
- 6) при проведении хронометража фиксировались все трудовые операции врача по отношению к пациенту без дифференциации того, по поводу какого заболевания они проводились.

В соответствии с выполненным анализом элементов рабочего процесса был составлен перечень и классификатор видов деятельности. С учетом классификации М. А. Рогового все затраты рабочего времени делятся на производительные и непроизводительные [137]. Производительное время включает в себя основную, вспомогательную, прочую деятельность; работу с документацией, служебные разговоры. Непроизводительное время – это необходимое личное время, незагруженное время [105] (приложение 3).

Чтобы определить время, затрачиваемое на различные виды деятельности, исследования, процедуры и манипуляции в процессе оказания медицинской помощи пациенту, количество необходимых измерений было определено с помощью формулы, приведенной в [112]. После определения текущего времени с помощью хронометра в карту наблюдений были внесены значения начала каждой трудовой операции, соответствующие окончанию предыдущей. Учитывалось условие совпадения окончания одной трудовой операции с началом следующей (приложение 6). Продолжительность трудовой операции определялась как разница между временем окончания и начала операции, и вносилась в карту фотохронометражных измерений [37].

Завершенной (код «0») являлась законченная в организационном отношении трудовая операция. Прерванная трудовая операция, которая требует дальнейшего возвращения к ней врача для ее завершения, называется незавершенной, ей соответствует цифровой код «1». Уровень операции определяет соответствие этой операции непосредственным обязанностям челюстно-лицевого хирурга в круглосуточном стационаре. Если трудовая операция соответствует функциям специалиста, ей присваивается код «1», а если работа не относится к его компетенции, ставится код «2».

Все полученные данные были занесены в разработанный лист фотохронометражных наблюдений, где фиксировались порядок и наименование трудовых операций, затраты времени в минутах, продолжительность и процентное соотношение операции к общей деятельности (приложение 7).

Было проведено математическое определение рабочего времени (сумма всех затрат рабочего времени); рассчитан коэффициент использования рабочего времени врачей – челюстно-лицевых хирургов, круглосуточного стационара (отношение нормируемого времени к рабочему времени), число респондентов для проведения фотохронометражных исследований, число необходимых фотохронометражных замеров.

Математическое определение рабочего времени (сумма всех затрат рабочего времени) проведено по формуле

$$РВ = ОСН + РД + ВСП + СЛ + ПД + ЛНВ + НВ,$$

где РВ – рабочее время;

ОСН – основная деятельность;

РД – работа с документацией;

ВСП – вспомогательная деятельность;

СЛ – служебная деятельность;

ПД – прочая деятельность;

ЛНВ – личное необходимое время;

НВ – незагруженное время.

Был рассчитан коэффициент использования рабочего времени врачей – челюстно-лицевых хирургов, круглосуточного стационара (отношение нормируемого времени к рабочему времени):

$$Kn = (ОСН + РД + ВСП + СЛ + ЛНВ) : РВ.$$

Число врачей для проведения фотохронометражных исследований определялось по формуле, рекомендуемой Научно-исследовательским институтом труда:

$$n = N / K \times N + 1,$$

где n – объем выборки;

N – генеральная совокупность;

K – коэффициент ошибки выборки [77].

Допустимая величина относительной ошибки наблюдений равна 10%, т.е. $K = 0,022$. В соответствии с формулой рассчитан объем выборки для проведения фотохронометража: $n = 2 / (0,022 \times 2 + 1) = 1,91$ чел.

Для исследования времени на отдельные виды работ, исследования, процедуры, манипуляции при оказании пациенту медицинской помощи рассчитано число необходимых замеров по формуле

$$n = 2500 \times ((K^2 \times (K_y - 1)^2) / (C^2 \times (K_y + 1)^2)),$$

где K – коэффициент, соответствующий заданной доверительной вероятности (при вероятности 0,95 $K = 2$);

K_y – нормативный коэффициент устойчивости хроноряда ($K = 2,5$);

C – необходимая точность наблюдений ($C = 0,95$).

Расчет: $n = 2500 \times ((2^2 \times (2,5 - 1)^2) / (0,95^2 \times (2,5 + 1)^2)) = 2035$ [112].

По результатам расчетов необходимо провести не менее 2035 замеров. Однако в ходе фотохронометражного исследования было сделано 2994 замера, что на 1,47 раза превышает требуемое количество. Это указывает на высокую достоверность полученных данных при измерении рабочего процесса челюстно-лицевых хирургов.

Для анализа полученных данных использовались показатели описательной статистики: минимум, максимум, медиана и среднее арифметическое значение.

Экономический метод применялся для оценки и анализа экономических показателей, который также позволил изучить финансовые аспекты деятельности медицинской организации, эффективность использования ресурсов, оптимизацию финансовых потоков. Были проведены математические расчеты, которые позволили раскрыть суть изучаемых хозяйственных процессов.

Экономическая оценка показателей организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ в Пензенской области выполнена согласно этапам, предложенным И. В. Березовским, А. Г. Ивановым [35].

Чтобы оценить эффективность и получить полную характеристику основных аспектов работы отделения челюстно-лицевой хирургии, были проанализированы следующие критерии:

- уровень качества и результативности медицинской помощи;
- объем предоставленной медицинской помощи;
- затраты, понесенные Государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко» (ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко»).

Для оценки результативности медицинской помощи использовался коэффициент результативности, который представляет собой отношение достигнутых результатов к общему количеству предоставленных медицинских услуг.

Коэффициент социальной удовлетворенности отражает уровень удовлетворенности пациентов качеством обслуживания и вычисляется как отношение числа удовлетворенных пациентов к общему их числу.

Коэффициент экономичности показывает соотношение плановых расходов к фактическим.

Основным (обобщающим) показателем эффективности работы медицинских учреждений является интегральный показатель эффективности, который рассчитывается для всей организации и ее подразделений как произведение четырех описанных коэффициентов.

Организационное моделирование включает в себя разработку организационной модели, которая позволяет описать текущее состояние системы организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ, выявление факторов, влияющих на ее работу, и разработку рекомендаций по оптимизации и повышению эффективности.

При разработке модели совершенствования организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ на региональном уровне применялся метод организационного моделирования. Эта модель включает в себя комплекс медико-организационных мероприятий на территории Пензенской области, основанных на

принципах системного подхода и направленных на улучшение оказания специализированной медицинской помощи по профилю ЧЛХ.

Метод экспертных оценок использован для определения значимости и анализа организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ на уровне субъекта.

Для проведения экспертной оценки проведен отбор компетентных и опытных экспертов, чьи оценки будут обладать наивысшей точностью и объективностью. Для этого была проведена выборка потенциальных респондентов в количестве 60 специалистов. Все эксперты имели высшее медицинское образование, участвовали в организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ как на уровне медицинской организации (МО), так и на региональном и федеральном уровнях, были авторитетными специалистами, имели достаточный опыт и компетенции в данной области.

Была специально разработана анкета, включающая сведения о респонденте (возраст, место работы, образование, общий стаж работы, наличие ученой степени, наличие опыта и стажа работы на руководящей, административной или управленческой должностях в области организации здравоохранения; соответствие образования сфере проведения исследования) для отбора специалистов по критериям включения (приложение 4).

Методом коллективного блокнота были проведены оценка значимости и анализ организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ на региональном уровне, где было предложено 64 показателя в основном процессного характера, которые были проанализированы, систематизированы, обобщены и разделены на группы. В результате была создана «Карта экспертной оценки», включающая 11 групп. Первая группа включала 3 параметра, вторая – 2 параметра, третья – 6 параметров, четвертая – 3 параметра, пятая – 8 параметров, шестая – 2 параметра, седьмая – 2 параметра, восьмая – 9 параметров, девятая – 9 параметров, десятая – 17 параметров, одиннадцатая – 3 параметра.

Затем для проведения балльной оценки предложенных показателей из 60 экспертов были отобраны специалисты в соответствии с критериями включения.

Критериями включения экспертов в исследование были следующие: стаж работы в системе здравоохранения (медицинские организации, органы управления здравоохранением, научные и/или образовательные организациях) 6 лет и более; опыт работы и стаж 6 лет и более на руководящей, административной или управленческой должностях в области организации здравоохранения; образование, соответствующее сфере проведения экспертизы. Для дальнейшей работы в экспертную группу вошел 21 специалист. Характеристика экспертов представлена в таблице 2.3.

Таблица 2.3 – Характеристика экспертов

Вопросы	Ответы	Число экспертов	Доля от общего числа, %
1	2	3	4
1. Укажите Ваш возраст	до 36 лет	2	9,52
	37–49 лет	8	38,1
	50–60 лет	8	38,1
	больше 60 лет	3	14,29
2. Укажите место работы	в медицинской организации	8	38,1
	в органах управления здравоохранением	5	23,81
	в научной организации	4	19,05
	в образовательной организации	4	19,05
3. Какое у вас образование?	высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело»	6	28,57
	высшее медицинское образование по специальности «Стоматология»	6	28,57
	высшее медицинское образование по специальности «Педиатрия»	5	23,81
	высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело»	2	9,52
	Иное высшее образование	2	9,52
4. Какой у Вас общий стаж работы?	от 6 до 10 лет	9	42,86
	от 11 до 20 лет	9	42,86
	более 20 лет	3	14,29
5. Имеете ли Вы ученую степень?	да, кандидат наук	18	85,71
	да, доктор наук	3	14,29
	нет, не имею	0	0

Окончание таблицы 2.3

1	2	3	4
6. Имеете ли Вы ученое звание?	да, доцент	6	28,57
	да, профессор	3	14,29
	нет, не имею	12	57,14
7. Работаете ли Вы на руководящей, административной или управленческой должностях?	да, работаю	21	100
	нет, но работал ранее	0	0
	нет, не работаю	0	0
8. Сколько лет Вы работаете/работали на руководящей, административной или управленческой должностях?	до 5 лет	0	0
	от 6 до 10 лет	9	42,86
	от 11 до 20 лет	9	42,86
	более 20 лет	3	14,29
	вопрос пропущен	0	0
9. Соответствует ли Ваше образование сфере проведения экспертизы?	не соответствует	0	0
	соответствует	21	100

Затем каждому эксперту было предложено, независимо от других экспертов, оценить утверждения, связанные с организацией медицинской помощи по профилю ЧЛХ, используя нашу оригинальную «Карту экспертной оценки» (приложение 5).

Респондентам необходимо было оценить по 10-балльной шкале предложенные утверждения, выразив свое согласие или несогласие с ними: 1–3 балла – несогласие, 4–6 баллов – отсутствие определенного мнения, 7–10 баллов – согласие [139]. Результаты анкетирования были использованы для создания базы данных и дальнейшей статистической обработки материала.

По завершении экспертного опроса (анкетирования) на следующем этапе было проведено определение количественной оценки степени совпадения ответов экспертов и подтверждение согласованности их мнений, с расчетом коэффициента конкордации Кендалла (W).

При проведении оценки согласованности мнений обозначено число экспертов ($m = 21$) и проведено разделение 64 параметров на 11 групп, для проведения более точной оценки в каждой группе количество факторов варьировало от 2 до 17 (n).

Коэффициент альфа Кронбаха рассчитывался для проверки внутренней согласованности ответов экспертов. По результатам проведенных исчислений было получено значение 0,98, что указывает на очень высокую стабильность ответов.

Была разработана автоматизированная система оценки организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ с учетом ранее определенных показателей и их балльной оценки. Автоматизация системы экспертных оценок в виде программы ЭВМ существенно ускоряла процесс получения результата.

Итоговый показатель (ИП) представлял собой сумму средних значений (баллов) и составил максимально 507,19 балла. Согласно методике «Светофор» итоговая сумма была разделена на три равные части – терциля. Терцили представляют собой точки среза, это значения признака, делящие ранжированную совокупность на три равные части (таблица 2.4).

Таблица 2.4 – Интерпретация интервалов терцилей

Наименование терциля	Условное обозначение	Уровень итогового показателя	Значение итогового показателя	Интерпретация значения итогового показателя
Первый терциль	Красный	Стагнирующий	0–169 баллов	Недостаточный уровень организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ, необходимо срочно принимать антикризисные меры, требуются кардинальные изменения
Второй терциль	Желтый	Стабильный	170–338 баллов	Уровень организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ достаточный, но имеются проблемные направления, требуются мероприятия для их устранения
Третий терциль	Зеленый	Развивающийся	339–507 баллов	Отмечается развитие системы оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в регионе, имеются незначительные недостатки, находящиеся в процессе устранения

Значения ИП в интервале первого терциля соответствуют стагнирующему уровню показателя, второй терциль – стабильный уровень, третий терциль – развивающийся уровень. Для наглядного изображения полученных результатов целесообразно использовать условные обозначения. Стагнирующий уровень ИП маркируется красным цветом, стабильный уровень – желтым, развивающийся уровень – зеленым цветом.

Организационный эксперимент. В рамках внедрения модели оптимизации организации медицинской помощи по профилю челюстно-лицевой хирургии на региональном уровне был проведен организационный эксперимент. Это позволило эффективно обработать собранные статистические данные и разработать рекомендации по использованию результатов этого процесса.

Статистический метод. Проверка статистических гипотез проводилась по общепринятым в статистике методикам, программным путем. При обработке результатов исследования были рассчитаны средние величины – простые средние арифметические, среднеквадратические отклонения; произведены ранжирование и составление сводной матрицы, расчет коэффициента конкордации Кендалла, критерия согласования по Пирсону, коэффициента альфа Кронбаха; выполнен расчет 95% доверительного интервала (ДИ) методом Фишера, расчет доли выборочного доверительного интервала для пропорций. Для сравнения трех и более независимых выборок использовался критерий Краскела – Уоллиса (H -test), для сравнения двух связанных (зависимых) выборок использовался критерий Вилкоксона, для оценки соответствия распределения исследуемой выборки закону нормального распределения использовался критерий Колмогорова – Смирнова, для оценки достоверности относительных (средних) величин при нормальном распределении определен критерий достоверности Стьюдента (t). Достоверными считались различия при вероятности ошибки 1 типа менее 5% ($p < 0,05$). Обработка статистических данных произведена с помощью пакетов прикладных программ IBM SPSS Statistics 25.

На первом этапе для выполнения первой задачи исследования были изучены показатели госпитальной заболеваемости челюстно-лицевой области

и распределение пациентов стационара по нозологическим группам за 2014–2019 гг. А именно изучена половозрастная структура пациентов, соотношение городских и сельских жителей; проанализировано соотношение первичных и повторных госпитализаций, определены пути поступления пациентов в отделение ЧЛХ ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» в 2014–2019 гг. Проведен сравнительный анализ количества экстренных и плановых госпитализаций, выполнен анализ количества выписанных пациентов по кварталам.

За 2018–2019 гг. выполнен анализ экономической деятельности ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко»: проанализированы имеющиеся доходы и расходы. Выполнена сравнительная оценка показателей работы коечного фонда: количество стационарных коек, оборот и занятость койки, средняя продолжительность лечения. Проведенный анализ позволил разработать план дальнейших организационных мероприятий.

На втором этапе для выполнения второй и третьей задач исследования с целью выявления основных проблем в организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в Пензенской области с помощью социологического метода (анкетирование) было изучено мнение пациентов и родственников пациентов, главных внештатных специалистов, руководителей медицинских организаций, руководителей структурных подразделений, врачей, медицинских сестер об условиях оказания и организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ.

На третьем этапе для решения четвертой задачи с использованием фотохронометражного метода были исследованы затраты рабочего времени, их структура по видам деятельности врачей – челюстно-лицевых хирургов, оказывающих медицинскую помощь по профилю ЧЛХ в стационарных условиях до начала проведения организационного эксперимента.

На четвертом этапе диссертационного исследования с использованием методов экспертных оценок, организационного моделирования, статистического были разработаны показатели, необходимые для обоснования региональной модели организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ, и проведения

сравнительного анализа организации оказания медицинской помощи по этому профилю в субъектах Приволжского федерального округа.

На пятом этапе для решения седьмой и восьмой задач была научно обоснована, разработана и внедрена на региональном уровне в Пензенской области модель совершенствования организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ, проведен организационный эксперимент по ее внедрению в Пензенской области и оценена ее медико-социальная и экономическая эффективность.

Была проведена сравнительная оценка до и после проведения организационного эксперимента показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю ЧЛХ в Пензенской области, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, анкетирование, фотохронометражные исследования. Была повторно проанализирована финансово-хозяйственная деятельность больницы по описанной ранее методике. Выполнена повторная оценка доступности и организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в субъектах Приволжского федерального округа с использованием автоматизированной системы системы оценки.

Полученные данные позволили провести сравнительный анализ организации оказания специализированной медицинской помощи по профилю ЧЛХ до организационных мероприятий в 2018 г. и после внедрения региональной модели в 2023 г., провести анализ медицинской социальной и экономической эффективности внедренной модели.

2.2. Характеристика базы исследования

Пензенская область входит в состав Приволжского федерального округа России. Областным центром региона является город Пенза. Административно-территориальное устройство Пензенской области: три городских округа (в том числе один со статусом закрытого административно-территориального образования), 27 муниципальных районов (рисунок 2.1).

В области проживает 1308,1 тыс. человек взрослого населения, в том числе 231,6 тыс. детей в возрасте 0–17 лет. В городах проживает 905,4 тыс. человек, что составляет 68,7% от общей численности населения Пензенской области [22].



Рисунок 2.1 – Муниципальные районы Пензенской области

Наиболее крупными городами региона являются Пенза, Кузнецк, Заречный, Каменка, Сердобск, численность жителей данных городов составляет 520,3; 80,5, 65,5; 34,6; 30,9 тыс. человек соответственно.

Основную площадь региона занимают сельскохозяйственные угодья (70,1%), а также леса (22,5%), водные ресурсы (1,0%). Лидирующей отраслью экономики Пензенской области по объему общей выручки является сфера промышленности, значительную долю которой составляют машиностроение, металлообработка и металлургия. На территории региона действует 25 040 государственных и частных предприятий крупного и мелкого объема производства различной направленности. Наиболее крупными являются Пензхиммаш, Пензадизельмаш.

Несмотря на большое число заводов и предприятий, а также активное развитие сельского хозяйства, в Пензенской области по-прежнему остро стоит проблема безработицы. На 2018 г., по данным Росстата, число безработных составляло 30 400 человек, из них 17 800 мужчин и 12 600 женщин. В первую очередь это обусловлено влиянием такого фактора, как уровень среднемесячной номинальной заработной платы в регионе. По данным Росстата, на 2018 г. он составил 29,0 тыс. руб., при этом средний показатель по Приволжскому Федеральному округу – 32,0 тыс. руб. Это приводит к активной миграции трудоспособного населения из Пензенской области в более экономически развитые регионы Приволжского федерального округа и России в целом [21].

По территории Пензенской области проходят автомобильные дороги федерального значения М5 «Урал» Москва–Рязань–Пенза–Самара–Уфа–Челябинск (Е-30), Р-208 Тамбов–Пенза, Р-158 Нижний Новгород–Арзамас–Саранск–Исса–Пенза–Саратов.

На уровень безработицы влияет также ухудшение демографической ситуации, проявляющееся в снижении рождаемости и увеличении смертности. Показатель рождаемости в 2018 г. составил 8,7 на 1 тыс. человек населения, а смертность – 14,5 на 1 тыс. человек населения. Так, в сравнении с 2017 г. численность населения сократилась на 13 600 человек (рождаемость снизилась на 0,2 на 1 тыс. человек населения, а смертность выросла на 0,4 на 1000 человек населения).

На 1 января 2018 г. в Пензенской области зарегистрировано 150 671,6 случая заболеваний на 100 тыс. человек. Из них дети до 14 лет – 220 999,0 на 100 тыс. человек, взрослые – 135 265,2 на 100 тыс. человек.

Число инвалидов на 10 тыс. населения в регионе составило 769,1.

Здравоохранение Пензенской области представлено 55 государственными медицинскими организациями, подведомственными Министерству здравоохранения Пензенской области. Стационарную медицинскую помощь населению области в 2023 г. оказывали 33 медицинские организации: 2 областные больницы, областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи,

областной госпиталь для ветеранов войн, 1 диспансер (онкологический), 4 специализированные больницы (областная офтальмологическая больница, психиатрическая, наркологическая и туберкулезная больницы), 2 городских больницы, родильный дом, Кузнецкая межрайонная детская больница, 4 межрайонные больницы, 10 районных больниц, 5 участковых и Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии. В области развернуто 9,7 тыс. коек круглосуточного пребывания. Таким образом, обеспеченность медицинскими организациями на 10 тыс. населения составляет 0,31, обеспеченность койками на 10 тыс. населения – 73,7) [22].

На 01.01.2018 в медицинских организациях Пензенской области работало 4299 врачей, обеспеченность врачами на 10 тыс. населения составила 32,6, что несколько ниже среднероссийского значения (в 2018 г. – 37,4 на 10 тыс. населения).

Для подготовки специалистов с высшим медицинским образованием, в том числе врачей – челюстно-лицевых хирургов, на территории Пензенской области в составе Пензенского государственного университета функционирует Медицинский институт, в котором студенты проходят обучение по специальностям 31.08.01 Лечебное дело, 31.08.01 Педиатрия, 31.08.03 Стоматология, а также ординаторы по различным направлениям.

Для подготовки специалистов со средним профессиональным образованием в регионе имеется три медицинских колледжа: Пензенский базовый медицинский колледж Министерства здравоохранения Российской Федерации, Пензенский областной медицинский колледж (ПОМК), Кузнецкий медицинский колледж (филиал ПОМК), где проводится обучение студентов по направлениям «Сестринское дело», «Лабораторная диагностика», «Стоматология ортопедическая», «Фармация».

Одной из крупнейших организаций здравоохранения Пензенской области, оказывающих медицинскую помощь населению, является ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», основанная в 1846 г.

В структуру ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» входит многопрофильный стационар, консультативно-диагностическая поликлиника и перинатальный центр, региональный сосудистый центр. В медицинской организации работают кандидаты и

доктора медицинских наук, заслуженные врачи РФ, врачи всех квалификационных категорий, акушерки и медицинские сестры. Больница оснащена современным лечебным и диагностическим оборудованием, реанимационной аппаратурой, что позволяет оказывать на высоком, качественном уровне медицинскую помощь взрослым и новорожденным пациентам.

В структуру поликлиники ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» входят 6 структурных подразделений: кардиологический диспансер, дневной стационар терапевтического профиля, Центр амбулаторной онкологической помощи, Центр профессиональной патологии, региональный эндокринологический центр. Поликлиника рассчитана на 1190 посещений в смену. Прием пациентов ведется по 27 специальностям. С 1 января 2019 г. Перинатальный центр, ранее входивший в состав Пензенской областной детской клинической больницы им. Н. Ф. Филатова, стал частью ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко».

В больнице развернуто 1373 круглосуточных коек и 67 коек дневного стационара. Ежегодно лечение в стационарных условиях получают более 42 тыс. больных, в условиях дневного стационара – более 2 тыс. пациентов. Проведено более 27 тыс. операций, в том числе 3100 операций с применением высоких медицинских технологий. В состав стационара входит 23 клинических и 14 параклинических отделений, из них отделения колопроктологии, торакальной хирургии, ожоговое и челюстно-лицевой хирургии являются единственными в области. Поскольку медицинская помощь населению по профилю ЧЛХ Пензенской области оказывается в единственной медицинской организации – ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», исследование проводились на ее базе.

ГЛАВА 3

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПО ПРОФИЛЮ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ» В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1. Показатели деятельности отделения челюстно-лицевой хирургии

С целью определения существующих проблем до начала организационного эксперимента по разработке и внедрению новой модели с 2014 по 2019 г. была проведена комплексная оценка показателей, характеризующих организацию оказания специализированной медицинской помощи по профилю ЧЛХ.

Поскольку единственной медицинской организацией в Пензенской области, которая оказывает специализированную медицинскую помощь по профилю ЧЛХ и в составе которой функционируют койки этого профиля, является ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», был проведен анализ деятельности отделения ЧЛХ за 2014–2019 гг. до начала организационного эксперимента.

Анализ соответствующих показателей в 2020–2021 гг. не проводился в связи перепрофилированием многопрофильной больницы, в том числе и коек челюстно-лицевой хирургии для оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19.

Начало проведения организационных мероприятий в 2019 г. в системе оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ было также связано с необходимостью реализации положений Порядка оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ (утвержден приказом Минздрава России от 14 июня 2019 г. № 422н) [12]. В отделении оказывается плановая и экстренная специализированная, в том числе высококвалифицированная, медицинская помощь по профилю ЧЛХ преимущественно взрослому населению. Динамика показателей деятельности койки ЧЛХ в Российской Федерации, Приволжском федеральном округе и Пензенской области в 2014–2019 гг. представлена в таблице 3.1.

Таблица 3.1 – Показатели деятельности койки челюстно-лицевой хирургии в Российской Федерации, Приволжском федеральном округе и Пензенской области в 2014–2019 гг.

Показатель	2014 г.			2015 г.			2016 г.			2017 г.			2018 г.			2019 г.			Темп прироста/ убыли%		
	РФ	ПФО	ПО	РФ	ПФО	ПО	РФ	ПФО	ПО	РФ	ПФО	ПО	РФ	ПФО	ПО	РФ	ПФО	ПО	РФ	ПФО	ПО
Число коек ЧЛХ	4615	825	41	5182	940	38	5212	911	31	5180	949	38	5176	943	32	5192	935	32	12,5	13,3	–21,95
Обеспечен- ность койками ЧЛХ, 10 тыс. нас.	0,32	0,28	0,30	0,35	0,32	0,28	0,36	0,31	0,24	0,35	0,32	0,28	0,35	0,32	0,24	0,35	0,32	0,24	9,37	14,2	–20
Средняя занятость койки ЧЛХ, дни	305	317	346	311	328	328	313	313	273	311	319	324	311	321	333	312	318	314	2,95	0,32	–9,24
Средняя длительность пребывания на койке ЧЛХ, дни	8,1	8,6	8,2	7,6	7,9	7,6	6,8	6,9	7,7	7,4	7,7	7,5	7,1	7,6	6,9	6,9	7,3	7,5	–14,8	–15,1	–8,53
Оборот койки	37,5	37,0	42,3	40,8	41,3	42,8	46,0	45,2	35,3	42,2	41,5	43,0	43,6	42,4	48,0	45,2	43,5	42,0	20,5	17,6	–0,71
Летальность на койках ЧЛХ, %	0,12	0,11	0	0,08	0,04	0	0,07	0,07	0,18	0,06	0,03	0	0,07	0,04	0	0,07	0,04	0	–41,6	–63,6	0

Из данных, представленных в таблице 3.1, следует, что в 2014–2018 гг. численность коек челюстно-лицевой хирургии в Пензенской области уменьшалась (с 41 в 2014 г. до 32 в 2018 г.), в то время как в целом в Российской Федерации и Приволжском федеральном округе (ПФО) их численность, наоборот, увеличивалась. Соответственно, в отличие от показателя по Российской Федерации и ПФО, обеспеченность койками ЧЛХ в Пензенской области также за этот период снизилась (с 0,30 до 0,24 на 10 тыс. населения). Если в 2014 г. обеспеченность койками ЧЛХ в Пензенской области была несколько выше, чем в ПФО, то к 2018 г. – обеспеченность койками ЧЛХ в Пензенской области стала ниже, чем в среднем по Российской Федерации и ПФО.

Показатель средней занятости койки ЧЛХ в год в Пензенской области в 2014–2018 гг. был существенно выше, чем в Российской Федерации и ПФО, что может свидетельствовать о необоснованном сокращении числа коек и востребованности этого профиля медицинской помощи. Этот вывод подтверждается и более интенсивным оборотом койки ЧЛХ в Пензенской области по сравнению с Российской Федерацией и ПФО. В качестве положительного момента следует отменить отсутствие летальных исходов лечения на койках ЧЛХ в Пензенской области.

Так как ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» – единственная медицинская организация, предоставляющая услуги в этой области, анализ проводился на основе показателей работы отделения челюстно-лицевой хирургии (стационарные условия) и кабинета стоматолога-хирурга (амбулаторные условия).

На конец 2018 г. в отделении функционировали 32 койки челюстно-лицевой хирургии, показатель обеспеченности составлял 0,24 на 10 тыс. населения (что несколько ниже среднероссийского показателя – 0,35 и среднего показателя по ПФО – 0,32). Койка в среднем работала несколько ниже нормативного уровня – 314 дней (в среднем по Российской Федерации – 312 дней, в ПФО – 318 дней). При этом в средняя длительность пребывания пациентов на койке в отделении составляла 7,5 дня. В Российской Федерации этот показатель был равен 6,9, в ПФО – 7,3.

В 2014 г. в отделении челюстно-лицевой хирургии было пролечено 1747 пациентов, из них 143 ребенка. Оперировано 1683 пациента, количество оперативных вмешательств достигло 2005, хирургическая активность составила 96,3%. В 2015–2016 гг. отмечается снижение числа коек до 38. За 2015 г. специализированная медицинская помощь оказана 1655 пациентам, из них 121 ребенок. Оперировано 1592 пациента, количество операций 1887. В 2016 г. 1736 человек, из них 119 детей, оперировано 1665, проведено 2035 операций. В 2019 г. пролечено 1128 пациентов, проведено 1231 оперативное вмешательство, хирургическая активность составила 96,8%.

С 2017–2019 гг. коечный фонд отделения челюстно-лицевой хирургии уменьшился до 32 коек. В 2017 г. пролечено 1543 пациента, в том числе детей 116, число оперированных достигло 1478, операций выполнено 1752. В течение 2018 г. на койках ЧЛХ было пролечено 1342 пациента, из них 152 ребенка в 2019 г. – 1128 пациентов, из них 112 детей.

Таким образом, можно констатировать, что к 2019 г. по сравнению с 2014 г. число пролеченных в отделении пациентов уменьшилось на 35,4%, что было связано с уменьшением числа коек в отделении с 41 в 2014 г. до 31 в 2019 г. Соответственно уменьшилось и число пролеченных детей – на 21,7% (с 143 в 2014 г. до 112 детей в 2019 г.). Операционная активность в течение 2014–2019 гг. оставалась на достаточно высоком уровне и составляла более 96%.

Анализ гендерного состава пролеченных пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии показал, что за все время наблюдения (2014–2019 гг.) среди пролеченных пациентов преобладали женщины, и их доля к 2019 г. возросла с 50,3 до 60,4%; соответственно доля мужчин среди пролеченных уменьшилась (рисунок 3.1).

По возрастным группам пациенты, пролеченные в 2014 г., распределялись следующим образом: доля лиц в возрасте до 18 лет составляла 8,2% (143 пациента) от общего числа пациентов, лиц трудоспособного возраста – 74,4% (1300 пациентов), лиц в возрасте старше 60 лет – 17,4% (304 пациента). К 2019 г.

возрастной состав пациентов несколько изменился: несмотря на уменьшение абсолютного числа детей в возрасте от 0 до 17 лет, пролеченных в отделении ЧЛХ (112 пациентов), их доля среди всех пролеченных лиц возросла до 9,9%; несмотря на существенное уменьшение числа пролеченных в возрастных группах от 18 до 60 лет – до 827 человек и старше 60 лет – до 189, их доля среди всех пролеченных практически не изменилась и составила 73,3 и 16,8% соответственно (рисунок 3.2). Таким образом, можно констатировать, за период 2014–2019 гг. состав пациентов, пролеченных в отделении ЧЛХ, практически не изменился, за исключением повышения доли среди пролеченных лиц в возрасте от 0 до 17 лет.

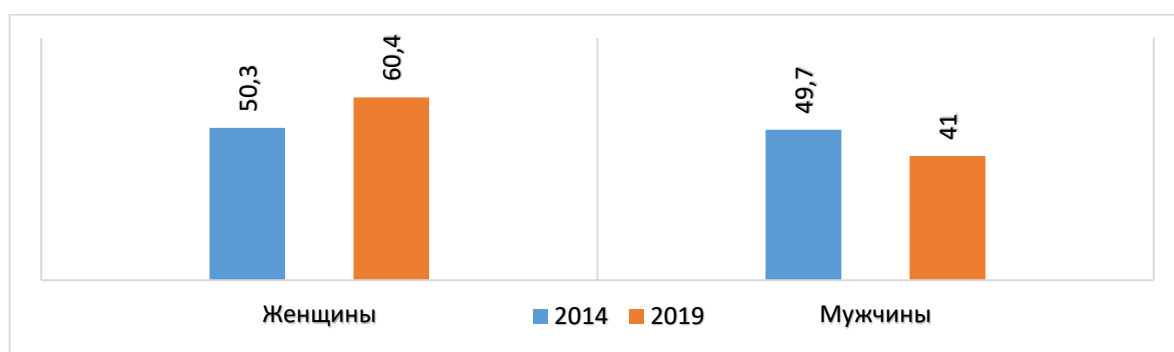


Рисунок 3.1 – Гендерный состав пациентов, пролеченных в отделении ЧЛХ в 2014 г. и 2019 г., %

Большинство пациентов, получающих медицинскую помощь в 2014–2019 гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», имели высшее или неоконченное высшее образование (46%) и среднее образование (43%). Неполное среднее образование имели лишь 11%.

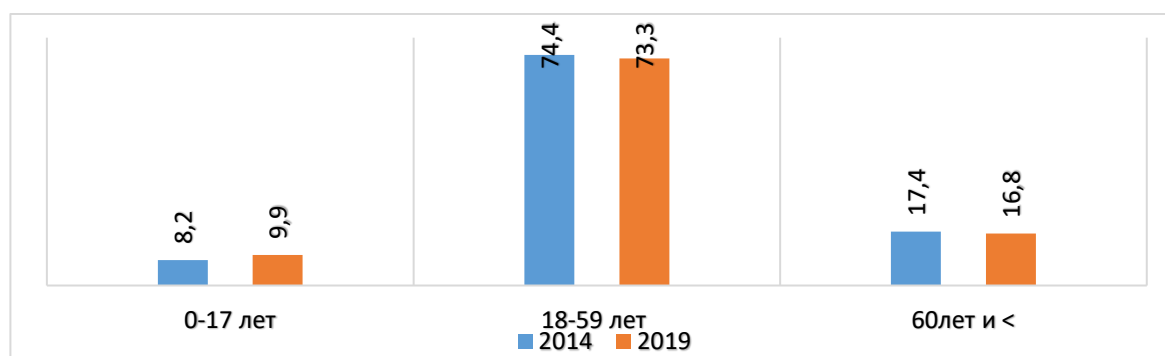


Рисунок 3.2 – Возрастная структура лиц, пролеченных в отделении ЧЛХ в 2014 г. и 2019 г., %

Соотношение городских и сельских жителей, выписанных из стационара отделения челюстно-лицевой хирургии в 2014–2019 гг., остается неизменным. Сохраняется преобладание городских жителей: в 2014 г. – 66,3% (1159 человек), в 2019 г. – 64,1% (723 человека), над сельскими – 33,7% (588) и 35,9% (405) соответственно (рисунок 3.3).

В течение 2014 г. 1678 пациента (96,1%) были госпитализированы в отделение ЧЛХ впервые, повторно поступили 69 человек (3,9%), из которых 55 были госпитализированы с осложнениями после ранее проведенного лечения (3,1%) и 14 человек были госпитализированы в плановом порядке по направлению лечащего врача стационара (0,8%). В течение 2019 г. по-прежнему подавляющее большинство пациентов было госпитализировано в отделение ЧЛХ впервые – 1063 человека (94,2%). Доля повторных госпитализаций по поводу осложнений составила 4,2% (47 человек), а с рекомендациями лечащего врача поступили 18 человек (1,6%) (рисунок 3.4). К 2019 г. отмечается уменьшение доли первичных госпитализаций с 96,1 до 94,2%, возросла доля повторных госпитализаций по поводу осложнений с 3,1 до 4,1%, что может свидетельствовать о снижении качества лечебно-диагностического процесса (рисунок 3.4).

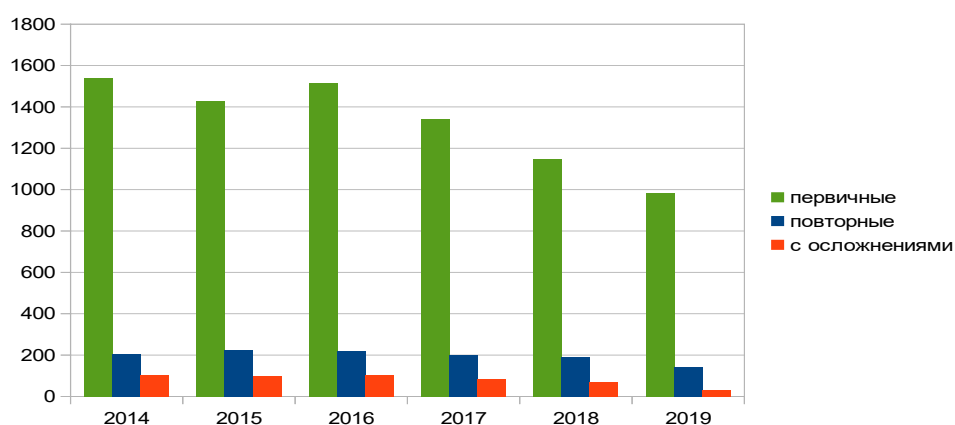


Рисунок 3.3 – Соотношение первичных и повторных госпитализаций в отделение ЧЛХ в 2014–2019 гг., абс. число

Далее был проведен анализ соотношения плановых госпитализаций и госпитализаций по экстренным показаниям (рисунок 3.5).

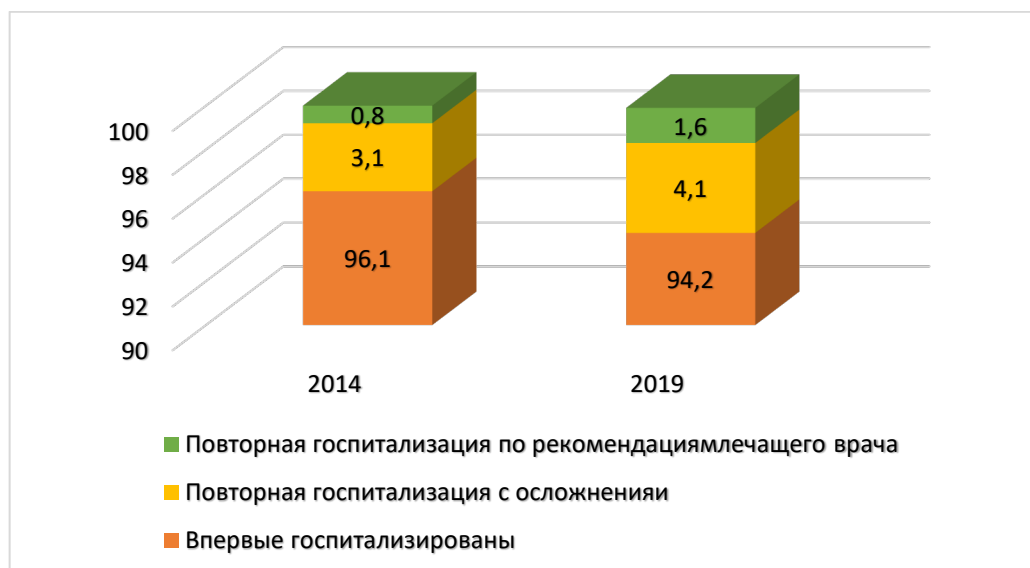


Рисунок 3.4 – Доля первичных и повторных госпитализаций в отделение ЧЛХ в 2014 г. и в 2019 г., %

Из данных, представленных на рисунке 3.5, следует, что в 2014 г. и 2019 г. доля плановых пациентов составляла 58,7% (665 человек), а экстренных – 41,4% (463 человека).

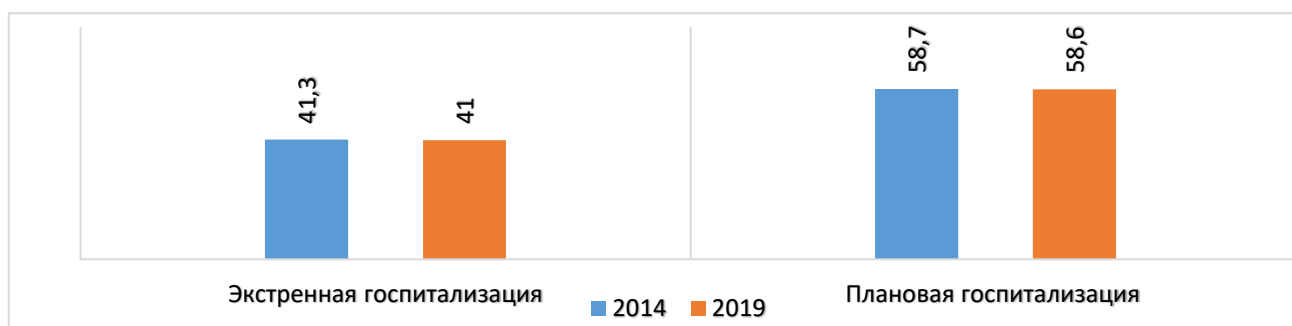


Рисунок 3.5 – Соотношение плановых госпитализаций и госпитализаций по экстренным показаниям в 2014 г. и 2019 г., %

Далее изучался состав пациентов в отделении ЧЛХ, сроки и исходы лечения.

Поскольку диагноз пациенту, нуждающемуся в специализированной медицинской помощи по профилю ЧЛХ, может установить или подтвердить только врач – челюстно-лицевой хирург, а они в Пензенской области работают только в ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», все случаи заболевания челюстно-лицевой области (в том числе первичного) учитываются и регистрируются в больнице.

Соответственно по числу пациентов, госпитализированных в отделение, либо получивших медицинскую помощь в амбулаторных условиях, можно судить об уровне заболеваемости болезнями челюстно-лицевой области.

Статистический учет заболеваемости челюстно-лицевой области существенно затруднен из-за отнесения отдельных заболеваний челюстно-лицевой области к разным классам болезней в соответствии с Международной классификацией болезней МКБ 10-го пересмотра (приложение 8).

В формах федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» (учитываются все случаи заболевания, в том числе с впервые в жизни установленным диагнозом), № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» (учитываются случаи госпитализации) заболевания распределяются по восьми классам болезней в соответствии с (МКБ) 10-го пересмотра и заболевания челюстно-лицевой области (таблица 3.2). Причины, по которым пациенты были госпитализированы в отделение, можно разделить на 6 групп: злокачественные и доброкачественные новообразования челюстно-лицевой области, кисты челюстей, воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области, аномалии и врожденные пороки развития (рисунок 3.6).

Таблица 3.2 – Распределение заболеваний челюстно-лицевой области по классам болезней в соответствии с МКБ 10-го пересмотра

Группа МКБ	Класс болезней	Код МКБ 10	Группа болезней	Код МКБ 10
1	2	3	4	5
II	Новообразования	C00–D48	Доброкачественные новообразования	D10–D36
VI	Болезни нервной системы	G00–G99	Поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений	G50–G59

Продолжение таблицы 3.2

1	2	3	4	5
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00–H59	Болезни век, слезных путей и глазницы	H00–H06
XI	Болезни органов пищеварения	K00–K93	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей	K00–K14
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00–L99	Инфекции кожи и подкожной клетчатки	L00–L08
			Другие болезни кожи и подкожной клетчатки	L80–L99
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00–M99	Артропатии	M00–M25
			Другие нарушения костно-мышечной системы и соединительной ткани	M95–M99
XVII	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00–Q99	Врожденные аномалии [пороки развития] глаза, уха, лица и шеи	Q10–Q18
			Врожденные аномалии [пороки развития] системы кровообращения	Q20–Q28)
			Врожденные аномалии [пороки развития органов дыхания]	Q30–Q34
			Расщелина губы и неба [заячья губа и волчья пасть]	Q35–Q37
			Другие врожденные аномалии [пороки развития] органов пищеварения	Q38–Q45
			Врожденные аномалии [пороки развития] и деформации костно-мышечной системы	Q65–Q79
			Другие врожденные аномалии [пороки развития]	Q80–Q89
XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00–T98	Травмы головы	S00–S09
			Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин	T90–T98

В 2014 г. среди госпитализированных пациентов преобладали те, у кого были воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи (28,8%), аномалии и пороки развития (26,5%). Доля госпитализаций из-за травм ЧЛО составила 18,9%, а из-за кисты челюсти – 18,0%. Реже в качестве причины госпитализации встречались доброкачественные новообразования – 7,1%, доля пациентов со злокачественными новообразованиями составила всего 0,7% (13 случаев).

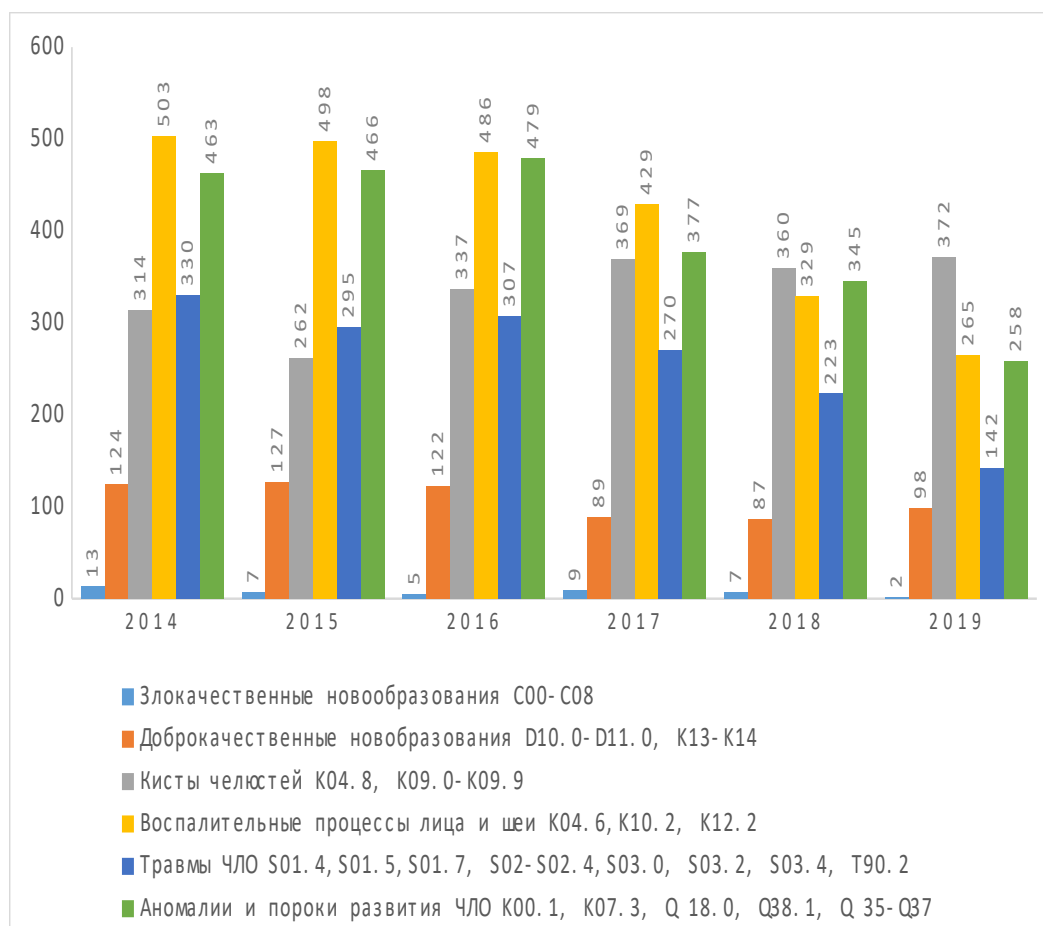


Рисунок 3.6 – Динамика числа пациентов отделения ЧЛХ по нозологическим группам болезней за 2014–2019 гг., абс. число

К 2019 г. состав госпитализированных пациентов изменился (рисунок 3.7). В структуре госпитализированных пациентов преобладали пациенты с кистой челюсти, на их долю приходилось 32,7% от всех госпитализированных, доля пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи составила 23,3%, с аномалиями и пороками развития – 22,7%; доля госпитализаций по поводу травм ЧЛО составила 12,5%. По-прежнему реже в качестве причины

госпитализации встречались доброкачественные новообразования – 8,6%, по поводу злокачественного новообразования было госпитализировано всего 2 пациента – 0,2%.

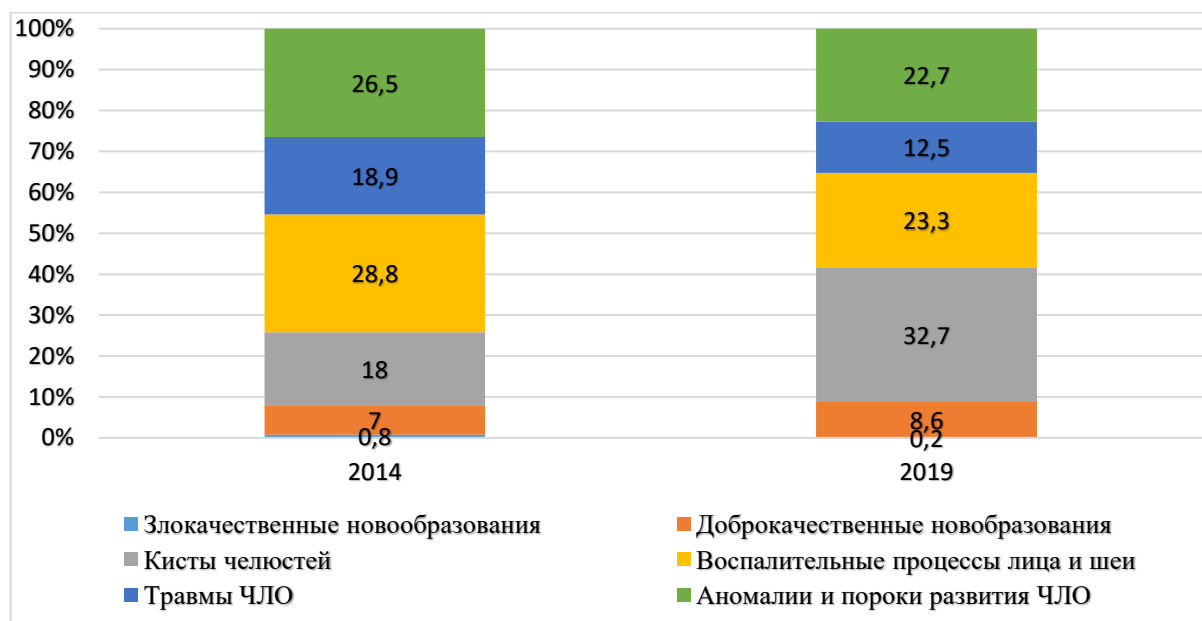


Рисунок 3.7 – Состав пациентов отделения по нозологическим группам болезней за 2014–2019 гг., %

Таким образом, к 2019 г. произошло изменение структуры госпитализированных в отделение ЧЛХ пациентов. Открытие центра амбулаторной онкологической помощи в 2019 г. на базе ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» и круглосуточного амбулаторного кабинета неотложной стоматологической помощи на базе ГАУЗ ПО «Пензенская стоматологическая поликлиника» привело к уменьшению числа и доли случаев госпитализации по поводу злокачественных новообразований челюстно-лицевой области и снижению количества госпитализированных пациентов с травмами и гнойно-воспалительными процессами. До 2019 г. неотложная стоматологическая помощь (острая зубная боль, поднадкостничный абсцесс и т.д.) оказывалась дежурными врачами – челюстно-лицевыми хирургами в отделении ЧЛХ ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко». У врачей больше половины рабочего времени уходило на непрофильные обращения и оформление медицинской документации, а

профильные пациенты вынужденно находились в очереди. Одновременно увеличилась доля госпитализированных по поводу кисты челюсти и воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи.

Проанализированы пути поступления пациентов в отделение челюстно-лицевой хирургии: и в 2014 г., и в 2019 г. подавляющее большинство пациентов на госпитализацию были направлены врачами отделения медицинской организации: врачами приемного отделения ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», врачом – стоматологом-хирургом Консультативно-диагностической поликлиники ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко»).

Например, в течение 2014 г. – 79,7% (1392) и 2019 г. – 86,4% (975) направлены врачами отделения ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко». По направлению других медицинских организаций на стационарное лечение поступили в 2014 г. – 15,5% (270) и в 2019 г. – 9,8% (110) от всех поступивших соответственно.

Доля пациентов, доставленных на машине скорой медицинской помощи, не превышала 4,0% (3,9% – 68 пациентов в 2014 г. и 2,8% – 32 соответственно). Самообращение составляет около 1,0% от всех госпитализированных пациентов, некоторые из них поступили без направительных документов (рисунок 3.8)

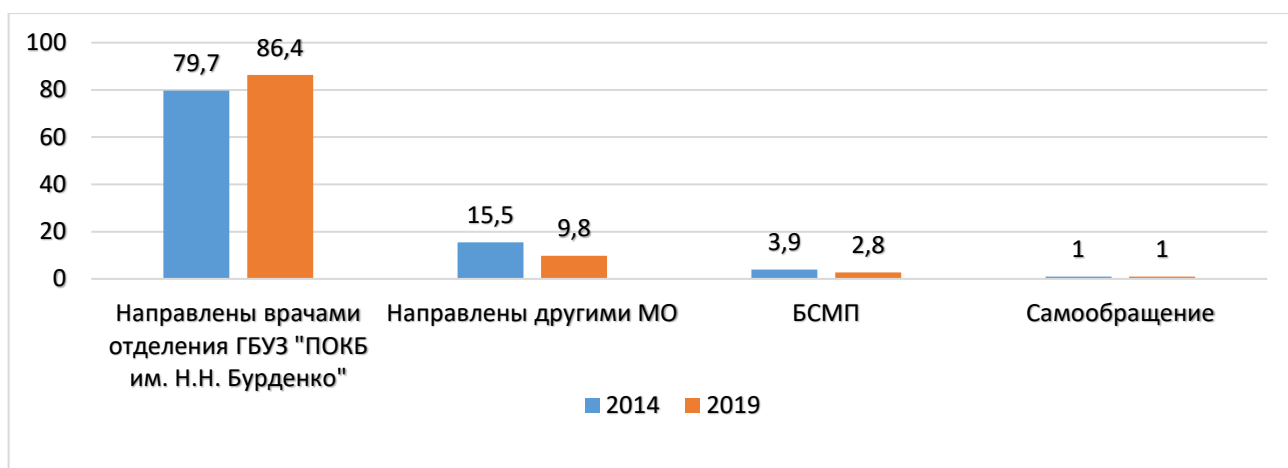


Рисунок 3.8 – Пути поступления пациентов в отделение ЧЛХ в 2014 г. и 2019 г., %.

При анализе исходов госпитализации было выявлено, что в 2019 г. по сравнению с 2014 г. отмечается снижение доли выписанных пациентов

с выздоровлением с 87,5% до 80,1%, и, одновременно, увеличение доли пациентов, выписанных с улучшением, в 12,5% до 19,5%. Отмечается рост летальных исходов: в 2014 г. произошел 1 случай (0,06%), в 2019 г. – 4 случая (0,3%). У всех умерших пациентов были диагностированы одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области, на момент поступления они находились в запущенном состоянии, пациенты были прооперированы в день поступления, лечение проводилось в отделении реанимации и интенсивной терапии, в динамике воспалительные явления купированы, при поступлении были осмотрены терапевтом, проводилась рекомендуемая терапия, но общее состояние пациентов ухудшалось в связи с наличием сопутствующей патологии (рисунок 3.9).

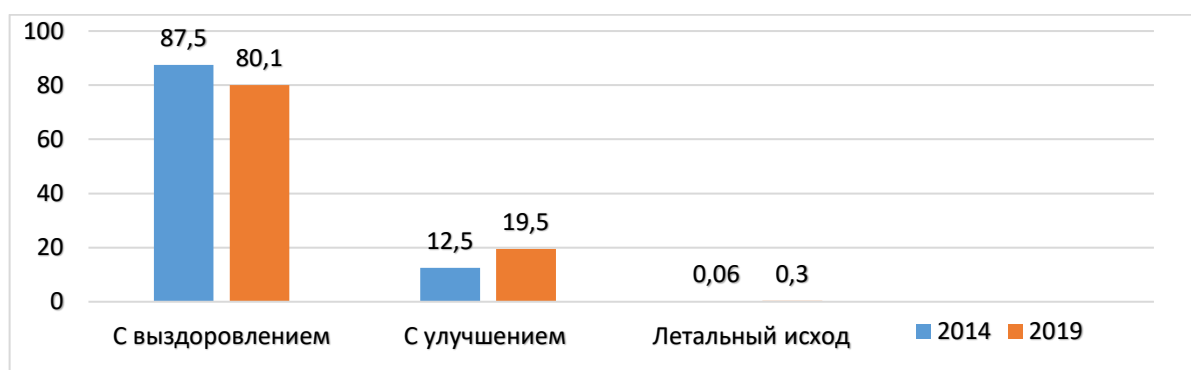


Рисунок 3.9 – Исходы лечения пациентов в отделении ЧЛХ в 2014 г. и 2019 г., %

Изучение распределения выписанных пациентов по кварталам года показало, что сезонных различий по числу выписанных из отделения не отмечается, число выписанных пациентов практически равномерно распределяется по кварталам года. Так, в I квартале 2014 г. поступило 23,6% всех пациентов, во II квартале – 24,8%, в III квартале – 25,5%, в IV квартале – 26,8%. В 2019 г. показатели были следующими – 24,8; 25,6; 25,8 и 24,4% соответственно (рисунок 3.10).

Врачами отделения ЧЛХ выполняются оперативные вмешательства всех четырех уровней сложности согласно наименованию клинико-статистической группы (КСГ). В 2014 г. средний тариф законченного случая составил 18 958 руб. В 2019 г. тариф увеличился до 28 146 руб. за счет повышения сложности оперативных вмешательств.

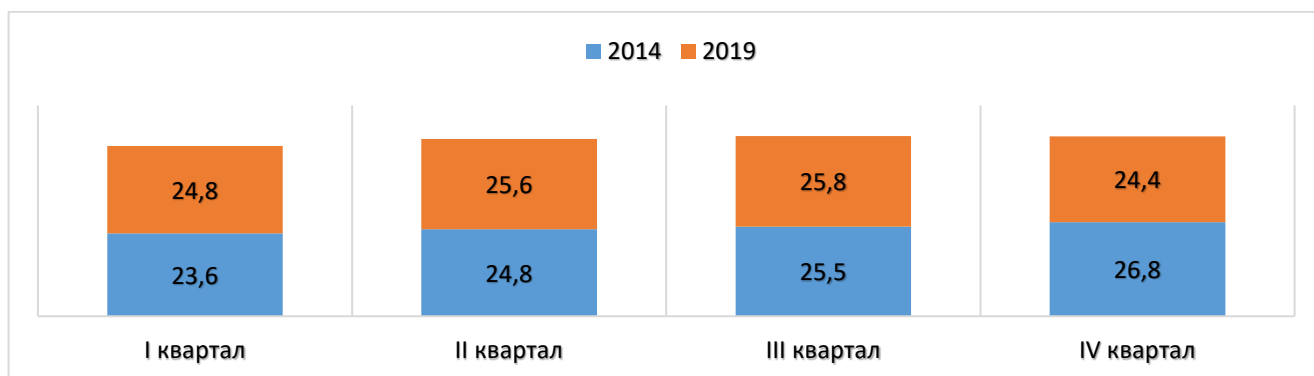


Рисунок 3.10 – Распределение выписанных пациентов по кварталам в 2014 г. и 2019 г., %

В 2014–2019 гг. койки по профилю ЧЛХ функционировали только в ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», но был отмечен рост числа вызовов и выездов в отделения травматологии, нейрохирургии, общей хирургии, оториноларингологии, гематологии других медицинских организаций г. Пензы (ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова», ГБУЗ «Областной онкологический клинический диспансер», ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина») (таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Число пролеченных пациентов по профилю «челюстно-лицевая хирургия» на непрофильных койках в других медицинских организациях г. Пензы, абс. число

Медицинская организация	2014 г.	2019 г.
ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина» (ГБУЗ «КБ № 6 им. Г. А. Захарьина»)	45	78
ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница» (ГБУЗ «ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова»)	28	51
ГБУЗ «Областной онкологический клинический диспансер» (ГБУЗ «ООКД»)	5	13
Итого	78	142

Данный факт связан, с одной стороны, с ростом травматизма, заболеваемости, ростом количества дорожно-транспортных происшествий, с другой с отсутствием в штате медицинской организации врача – челюстно-лицевого хирурга, что приводило к несвоевременному оказанию медицинской помощи, развитию

осложнений, инвалидизации, увеличению сроков нетрудоспособности, повышению нагрузки и отвлечению сотрудников отделения челюстно-лицевой хирургии от основной деятельности.

Организация полноценного лечебного процесса в условиях непрофильной медицинской организации не всегда представляется возможной: ввиду отсутствия необходимого инструментария и оборудования, ассистента, адекватного анестезиологического пособия, а также специалистов, обладающих знаниями анатомо-топографических особенностей челюстно-лицевой области. Врачи вынуждены переводить пациентов в отделение челюстно-лицевой хирургии на долечивание.

До 2020 г. отделение челюстно-лицевой хирургии оказывало медицинскую помощь преимущественно взрослому населению, в связи с этим имелись проблемы при переводе пациентов детского возраста. Переведенные или госпитализированные дети, многие с законным представителем, были вынуждены проходить лечение в палате совместно со взрослыми.

Согласно штатному расписанию отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» в 2014 г. было укомплектовано на 100%, в 2015 г. сокращена 1 ставка врача – челюстно-лицевого хирурга, и с 2015 г. в отделении работало 2 врача – челюстно-лицевых хирурга, и 1 заведующий отделением, врач – челюстно-лицевой хирург.

Заведующий отделением в соответствии с внутренним приказом освобожден от непосредственного ведения пациентов, но при необходимости (отпуск, больничный лист штатных врачей) может занять 0,25 ставки врача – челюстно-лицевого хирурга, отделения.

Медико-социальный портрет пациента, пролеченного в отделении ЧЛХ в 2014–2019 гг.: в отделение ЧЛХ чаще госпитализируются женщины трудоспособного возраста, имеющие высшее, неоконченное высшее или среднее образование, проживающие в городе, госпитализируются впервые, в плановом порядке по поводу воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи,

по направлению врачей отделения ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», после оперативного вмешательства они выписываются с выздоровлением.

Экономический анализ деятельности отделения челюстно-лицевой хирургии за 2018–2019 гг.

Источниками финансирования отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» являлись средства обязательного медицинского страхования (ОМС), средства бюджетного финансирования в том числе средства муниципального бюджета, средства областного бюджета. В связи с отсутствием доступных бухгалтерских отчетов за 2014 г. использовались доступные данные за 2018 г.

В течение 2018–2019 гг. главным источником финансирования были средства обязательного медицинского страхования. В 2018 г. их объем составил 30 096 005 руб., а в 2019 г. – 31 400 000 руб.

Планируемый доход медицинской организации от отделения ЧЛХ составлял в 2018 г. – 27 017 346,86 руб. и 29 406 563 руб. в 2019 г. По итогам года с учетом отклонений за оплату законченного случая доход отделения составил в 2018 г. 23 363 157 (оплачено 973 пациента), в 2019 г. 24 487 128 (оплачено 870 пациентов). В 2019 г. уменьшилось число штрафов, сумма прибыли за анализируемый период (2018–2019 гг.) увеличилась, темп роста составил 104,8%.

В 2018 г. высокотехнологичная медицинская помощь оказана 13 пациентам, средний тариф оплаты законченного случая лечения составил 113 881 руб., общая сумма бюджетного финансирования составила 1 480 448 руб. Министерством здравоохранения Пензенской области в 2019 г. выделено 12 квот. Тариф за законченный случай увеличился до 119 417 руб., но сумма прибыли уменьшилась до 1 433 007 руб.

Расходы многопрофильной больницы делятся на три группы: фонд оплаты труда, материальные затраты и прочие расходы (таблица 3.4).

Таблица 3.4 – Структура расходов отделения челюстно-лицевой хирургии за 2018–2019 гг.

Группа расходов	2018 г.		2019 г.	
	абс. значение, тыс. руб.	%	абс. значение, тыс. руб.	%
Фонд оплаты труда	7176,6	28,1	6636,6	26,3
Расходы на медикаменты, перевязочный инвентарь, питание	3998,8	15,6	1 721, 5	6,8
Услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги	3 977, 5	15,6	1 308, 7	5,2
Прочие расходы	10 401,9	40,7	15 562,6	61,7
Общая сумма расходов	25 554,8	100	25 229,4	100

Фонд оплаты труда состоит из заработной платы, социальных и несоциальных пособий, компенсаций и других начислений на зарплату.

Вторая группа расходов связана с пополнением материальных запасов лекарств, материалов и товаров для медицинских целей, продуктов питания, горюче-смазочных материалов, строительных материалов, мягкого инвентаря и прочих материалов.

Третья группа расходов включает в себя услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги, аренду имущества, работы и услуги по содержанию имущества, прочие работы и услуги, уплату налога на имущество организаций и земельного налога, а также приобретение основных средств.

Из данных, представленных в таблице 3.4, видно, что расходы медицинской организации за выделенный период уменьшились на 1,2% (на 325 400 руб.). Объем средств, направленных на фонд оплаты труда снизился на 1,8%. Объем денежных средств, направленных на прочие расходы, занимают основную долю в сумме общих расходах, и к 2019 г. доля выросла на 21%. Однако доля расходов на медикаменты, перевязочный инвентарь, питание, а также на услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги снизилась с 15,6% в 2018 г. до 6,8% в 2019 г. соответственно.

Престиж медицинской профессии связан с уровнем заработной платы медицинских работников. Зарплата должна компенсировать высокую ответственность, тяжелый и небезопасный труд и мотивировать персонал к качественной работе. Однако с 2018 г. средняя заработная плата врачей уменьшилась на 28,7% (19 402,39 руб.), что было связано с увольнением в 2019 г. сотрудников, имеющих высшую квалификационную категорию и соответственно более высокую заработную плату, чем у вновь принятых на работу врачей, а также уменьшилась доля оплаты за совместительство.

Зарботная плата среднего медицинского персонала возросла на 3 496,45 руб., младшего медицинского персонала – на 298,77 руб.

Для выявления проблем в работе отделения челюстно-лицевой хирургии на основании имеющихся данных проведен анализ экономической эффективности.

Для оценки основных показателей экономической эффективности использовалось учебно-методическое пособие И. В. Березовского, А. Г. Иванова «Некоторые аспекты экономики здравоохранения и эффективность здравоохранения» [35].

Анализировались следующие показатели:

- качество и эффективность медицинской помощи, оказываемой в отделении челюстно-лицевой хирургии;
- объем оказанной в отделении медицинской помощи;
- затраты ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» на обеспечение функционирования отделения.

Коэффициент объема деятельности используется для характеристики объема выполненной работы и отражает эффективность лечебной деятельности, и представляет собой соотношение планового и фактического объемов медицинской помощи.

Показатели, характеризующие деятельность отделения, представлены в таблице 3.5.

Таблица 3.5 – Показатели эффективности работы отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко»

Показатель	2018 г.	2019 г.
Абсолютная экономическая эффективность, руб.	4 037 366	8 370 401
Относительная экономическая эффективность	19,5	24,3
Экономический эффект деятельности медицинской организации, руб.	4 255 358	8 729 519
Затраты отделения, руб.	217 992	359 118
Коэффициент объема деятельности отделения	0,73	0,96
Коэффициент результативности отделения	0,8	0,8
Коэффициент социальной удовлетворенности	0,14	–
Коэффициент экономичности отделения	1,17	1,2
Интегральный показатель эффективности	0,1	–

Таким образом, анализ основных финансово-экономических показателей работы отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» в 2018–2019 гг. свидетельствует о его относительно устойчивом финансовом состоянии.

На изменение структуры доходов и расходов за анализируемый период влияют различные факторы, такие как целевое бюджетное финансирование и государственная социальная политика в сфере здравоохранения (приоритетность оказания медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования).

В перспективе развития медицинской организации важно внедрять новые организационные технологии для расширения специализированной медицинской помощи, включая высокотехнологичную медицинскую помощь, что приведет к увеличению количества услуг и средней стоимости каждой услуги, обеспечивая дополнительное финансирование для лечебно-диагностических процессов.

3.2. Недостатки и дефекты маршрутизации пациентов с патологией челюстно-лицевой области до начала организационного эксперимента

Маршрутизация пациентов на территории Пензенской области до 2023 г. регламентировалась приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.12.2011 № 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» [4] и Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2012 № 910н [ред. от 28.09.2016] «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» [5].

Первый уровень маршрутизации (первый контакт пациента с врачом): врач – стоматолог-хирург городской стоматологической поликлиники или врач-стоматолог районной больницы.

Врач должен проводить сбор жалоб, анамнеза заболевания и полную диагностику, осмотр пациента. В районах, где нет врачей – стоматологов-хирургов, прием и первичный осмотр пациентов производят врачи других специальностей, зачастую не владеющие базовыми знаниями о патологии челюстно-лицевой области. После осмотра пациента направляли в амбулаторный кабинет Консультативно-диагностической поликлиники ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», а при наличии экстренных показаний (по мнению специалиста) – в приемное отделение ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» [93, 100].

На данном этапе маршрутизации пациенты с патологией челюстно-лицевой области часто ошибочно направлялись к врачам других специальностей (оториноларинголог, хирург, детский хирург, невролог, сосудистый хирург).

Пациенты с сочетанной патологией в экстренном или неотложном порядке госпитализировались в непрофильное отделение (общей хирургии, детской хирургии, нейрохирургии, травматологии), врачи которых не имеют должной квалификации для оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области. Вследствие этого лечение пациентов проводилось не в соответствии со стандартами и порядками; в некоторых случаях не вызывались

для консультации врачи – челюстно-лицевые хирурги, а после стабилизации общего состояния пациентов с осложнениями со стороны ЧЛЮ направляли в отделение челюстно-лицевой хирургии. В результате на высоком уровне сохранялся показатель осложнений, увеличивая количество оперативных вмешательств, наркозного пособия, сроки лечения пациентов [100].

Имело место и «нежелание» врачей-стоматологов оказывать помощь пациентам. В отделение челюстно-лицевой хирургии поступало большое количество пациентов, которые могли получить лечение амбулаторно. Отказы врачей-стоматологов, как правило, обуславливались отсутствием необходимого инструментария. А пациентам с патологией челюстно-лицевой области, нуждающимся в медицинской помощи в условиях стационара, приходится долго ждать своей «очереди», которая превышала положенные 14 дней достигая 90, что зачастую приводит к необратимым последствиям и, соответственно, жалобам.

Вследствие недостаточной квалификации врачей-стоматологов:

- отсутствовала предоперационная подготовка зубов врачом – стоматологом-терапевтом, для проведения зубосохраняющих операций;
- пациенты направлялись к оториноларингологу при патологии височно-нижнечелюстного сустава, одонтогенном воспалении гайморовых пазух без применения уточняющих дополнительных методов обследования, им выполнялось безрезультатное лечение (промывание пазух, эндоскопическую или радикальную гайморотомию), так как одонтогенная причина сохранялась – развивался рецидив.

Таким образом, затягивалось время от начала развития заболевания до момента поступления пациента в отделение, что в ряде случаев приводило к необратимым последствиям. На стационарное лечение некоторые пациенты поступали уже в тяжелом состоянии с прогрессированием воспалительных явлений.

Второй этап маршрутизации пациентов – Консультативно-диагностическая поликлиника (центр) ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко». На данном уровне

на пациента заводится учетная форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

В период с 2014 по 2019 г. плановая и экстренная госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии осуществлялась через кабинет врача – стоматолога-хирурга, Консультативно-диагностической поликлиники ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко». Согласно штатному расписанию кабинет работал в дневное время с 8:00 до 15:42, помощь оказывал врач – стоматолог-хирург, высшей квалификационной категории и одна медицинская сестра. За 2018 г. зафиксировано 4 564 обращения, в 2019 г. медицинская помощь оказана 5 243 пациентам.

Амбулаторный кабинет был оснащен согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.12.2011 № 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» [4]. В функциональные обязанности врача – стоматолога-хирурга, входили: консультация пациентов с патологией полости рта и челюстно-лицевой области, амбулаторное обследование пациентов, чтение рентгеновских снимков, просмотр результатов спиральной компьютерной томографии (СКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), оформление учетно-отчетной медицинской документации, направление на госпитализацию, проведение медицинских осмотров у сотрудников больницы. При наличии сопутствующей патологии пациента направляли на консультацию к специалисту соответствующего профиля. Врач – стоматолог-хирург, за полный рабочий день принимал от 19 до 23 пациентов. Основная деятельность и работа с медицинской документацией, включая внесение данных в программу «ПРОМЕД», занимали основное время в структуре затрат.

В связи с загруженностью, отсутствием необходимой квалификации, длительным ожиданием и формированием больших очередей у кабинета врач не всегда давал полные разъяснения о причине заболевания, показанном хирургическом лечении.

На основании вышеперечисленных причин не каждый пациент получал первичную помощь в полном объеме. В полномочия врача – стоматолога-хирурга, входит удаление дистопированных зубов, доброкачественных новообразований полости рта небольшого размера. Так, например, у пациентов с новообразованиями и подозрением на онкологический процесс должны выполняться пункция для цитологического исследования, забор биопсийного материала. Пациентам с такими диагнозами не требуется госпитализация, однако всех госпитализировали в отделение челюстно-лицевой хирургии. Пациенты вынуждены были находиться на лечении в стационаре минимум 4 дня, а у врача – челюстно-лицевого хирурга, повышалась лечебная нагрузка и увеличивались объем медицинской документации и время работы за компьютером.

В поликлинике организована медицинская помощь по многим профилям для взрослого населения, исключением являлись дети с врожденными расщелинами лица, предварительно проконсультированные главным внештатным врачом – челюстно-лицевым хирургом, Министерства здравоохранения Пензенской области в условиях отделения челюстно-лицевой хирургии (заведующий отделением).

В области в обязательном порядке не проводилась первичная консультация врача – челюстно-лицевого хирурга, детей, родившихся с аномалиями челюстно-лицевой области. При рождении их осматривал врач-педиатр и врач-стоматолог, не обладающие специализированными знаниями о патологии челюстно-лицевой области, вследствие чего родители не получали необходимую информацию о патологии и ее лечении, поэтому зачастую не знали, куда обратиться за квалифицированной медицинской помощью. По причине отсутствия врача – челюстно-лицевого хирурга, в штате ГБУЗ «ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова» медицинская помощь детям с патологией челюстно-лицевой области оказывалась в поздние сроки.

Врачи – челюстно-лицевые хирурги, вынуждены были выезжать на вызов в ГБУЗ «ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова» либо оказывать медицинскую помощь, не имея необходимых условий и инструментария, либо переводить ребенка в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко»,

в котором не было условий, необходимых для совместного пребывания пациента и его родителей.

Серьезным недостатком действовавшей системы маршрутизации на территории региона являлось отсутствие регламентированного порядка организации оказания помощи пациентам с ментальными нарушениями. У детей с ментальными нарушениями из-за неудовлетворительной гигиены полости рта отмечается плохое стоматологическое здоровье. В связи с отсутствием организованной специализированной стоматологической помощи таким детям проводилось экстренное хирургическое вмешательство в условиях взрослого отделения челюстно-лицевой хирургии. Пациенты вынуждены обращаться за плановой медицинской помощью в другие регионы Российской Федерации, что негативно сказывалось на качестве жизни и состоянии здоровья таких пациентов.

Из-за отсутствия онколога – челюстно-лицевого хирурга, в Пензенской области диагноз пациентам не ставился вовремя, поэтому медицинская помощь не оказывалась в положенные сроки. Зачастую биопсия, взятая врачами, не имеющими знаний особенностей анатомического строения челюстно-лицевой области, давала ложный результат, что приводило к выбору неправильной тактики лечения. Ранее обозначенные проблемы приводят к последствиям, негативно отражающимся на состоянии здоровья пациентов. Таким образом, онкологические пациенты теряли важное для их здоровья время, снижалась трудоспособность, а в отделении увеличивались число непрофильных госпитализаций, нагрузка на медицинский персонал, объем медицинской документации, время работы за компьютером и финансовые затраты.

Не были созданы условия для постгоспитальной реабилитации пациентов. В наибольшей степени это отражалось на пациентах с переломами челюстей, врожденными патологиями лица, доброкачественными новообразованиями лица и шеи. Пациентам с переломами костей лицевого скелета показана реабилитация в объеме: еженедельная замена межчелюстной резиновой тяги, контрольное рентгенологическое исследование, снятие вовремя назубных шин, физиотерапевтическое лечение, эндодонтическое лечение зубов в линии перелома,

профессиональная гигиена полости рта, что указывалось каждому пациенту в выписке. Однако лечение заключалось лишь в снятии назубных шин, зачастую раньше срока, несвоевременной смене межчелюстной резиновой тяги врачами-стоматологами поликлиники. Кончено, в данном случае следует отметить и халатное отношение пациентов к своему здоровью и невыполнение рекомендаций врачей, но при наличии кабинета реабилитации выполнять данные назначения было бы гораздо проще.

С целью предотвращения рецидивов, неврологических осложнений пациентам с доброкачественными новообразованиями челюстно-лицевой области и шеи показано динамическое наблюдение в течение 1, 3, 6 и 12 месяцев после выписки, далее через 1 год с проведением дополнительных методов исследования.

Недостаток развития помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, и отсутствие реабилитации наиболее негативно отражались на детях с врожденными расщелинами лица. Такие пациенты до 2019 г. находились на учете у специалистов разных медицинских организаций без четкого плана реабилитации. При выявлении во время скрининга у плода расщелины лица беременную женщину чаще всего информировали неправильно: рекомендовали неправильное лечение или не определяли сформированный порок. До организационных мероприятий при рождении ребенка с расщелиной лица специалисты не знали и не разъясняли родителям как и к кому обращаться за консультацией, как правильно кормить и ухаживать за такими детьми, особенности грудного вскармливания. В результате отсутствия этапов реабилитации и комплексной работы смежных специалистов дети не были реабилитированы и не были подготовлены к школе ввиду следующих нарушений: жевания, глотания, дыхания, прикуса и речи, психо-эмоционального статуса. При финансовом благополучии семьи ребенок получал комплексное лечение от рождения до 18 лет, включающее консультирование, оперативное вмешательство, лечение у врача-оториноларинголога, ортодонтическое и ортопедическое лечение, занятия с логопедом и психологом, генетическое исследование в специализированных центрах городов России (Москва, Санкт-Петербург, Самара, Казань и т.д.).

Третий уровень маршрутизации – отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» с круглосуточным пребыванием, где оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь пациентам с патологией челюстно-лицевой области. В лечебно-диагностическом процессе отделение использует возможности ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», имеющего необходимую материально-техническую базу и сертифицированных специалистов.

Резюме. Таким образом, проведенный анализ деятельности медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ в амбулаторных и стационарных условиях, позволил выявить основные проблемы в организации медицинской помощи по этому профилю для населения Пензенской области:

1. С 2014 по 2019 г. число коек челюстно-лицевой хирургии в области уменьшилось на 24,4% (с 41 до 31 койки).

2. С 2014 по 2019 г. обеспеченность населения области койками челюстно-лицевой хирургии также снизилась на 20,0% (с 0,3 до 0,24 на 10 тыс. населения), в 2019 г. этот показатель в Пензенской области был ниже, чем в среднем по РФ – 0,36 и ПФО – 0,31 на 10 тыс. населения.

3. С 2014 по 2019 г. существенно (на 21,1%) сократился показатель средней занятости койки в году (с 346 до 273 дней соответственно), в 2019 г. этот показатель в Пензенской области был ниже, чем в среднем по РФ и ПФО – 313 дней.

4. С 2014 по 2019 г. с 8,2 до 7,7 дня уменьшилась длительность пребывания пациентов на койке ЧЛХ, однако она оставалась выше, чем длительность пребывания пациентов на койке ЧЛХ в среднем по РФ (6,8) и ПФО (6,9).

5. С 2014 по 2019 г. оборот койки ЧЛХ в Пензенской области уменьшился на 34,2% (с 42,3 до 35,3), к 2019 г. этот показатель в области стал ниже, чем в среднем по РФ и ПФО (46,0 и 45,2 соответственно).

В итоге можно констатировать, что к 2019 г. в Пензенской области снижение ресурсной обеспеченности – числа коек по профилю ЧЛХ – привело к ухудшению показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих помощь по профилю ЧЛХ, т.е. коек стало меньше, но работать она стала хуже.

За 2014–2019 гг. состав пациентов, пролеченных в отделении ЧЛХ, практически не изменился, за исключением повышения доли среди пролеченных лиц в возрасте от 0 до 17 лет. К 2019 г. отмечается уменьшение доли первичных госпитализаций с 96,1 до 94,2%, возросла доля повторных госпитализаций по поводу осложнений с 3,1 до 4,1%, что может свидетельствовать о снижении качества лечебно-диагностического процесса. Соотношение пациентов, поступивших в отделение в плановом порядке и по экстренным показаниям в 2014 г. и 2019 г., сохранялось на одном уровне и составляло 58,6 и 41,4% соответственно.

Статистический учет заболеваемости челюстно-лицевой области существенно затруднен. В формах федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» (учитываются все случаи заболевания, в том числе с впервые в жизни установленным диагнозом), № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» (учитываются случаи госпитализации) заболевания распределяются по восьми классам болезней в соответствии с МКБ 10-го пересмотра и включают заболевания челюстно-лицевой области.

К 2019 г. произошло изменение структуры госпитализированных в отделение ЧЛХ пациентов. Сокращение количества и доли госпитализаций по поводу злокачественных опухолей в области челюстей и лица, а также снижение числа госпитализированных пациентов с травмами и гнойными воспалениями сопровождалось увеличением числа госпитализированных больных с кистами челюстей и воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи.

Проведенный анализ позволил сформировать медико-социальный портрет типичного пациента, пролеченного в отделении ЧЛХ в 2014–2019 гг.: в отделение ЧЛХ чаще госпитализировались женщины трудоспособного возраста, имеющие высшее, неоконченное высшее или среднее образование, проживающие в городе, госпитализировались впервые, в плановом порядке по поводу воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи, по направлению врачей отделения

ЧЛХ ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», после оперативного вмешательства они выписывались с выздоровлением.

Основные финансово-экономические показатели работы отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» в 2018–2019 гг. свидетельствовали о его относительно устойчивом финансовом состоянии. Однако при проведении оценки экономической эффективности лечебно-диагностического процесса отделения челюстно-лицевой хирургии выявлено, что до 2019 г. емкость коечного фонда была нерезультативна: применялись устаревшие методики хирургического вмешательства и анестезиологического пособия, не развивалась мини-инвазивная хирургия, отсутствовала заинтересованность врачей других специальностей (анестезиологи, неврологи, нейрохирурги, физиотерапевты, терапевты, диетологи, стоматологи) в скорейшей реабилитации пациентов на догоспитальном и постгоспитальном этапах.

С 2014 по 2019 г. отмечался рост количества пролеченных пациентов врачами – челюстно-лицевыми хирургами, госпитализированных пациентов по основному заболеванию (травма, онкологическое заболевание и т.д.) в ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова», ГБУЗ «Областной онкологический клинический диспансер», ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина» на 64,5%.

В связи с отсутствием в штате перечисленных медицинских организаций врача – челюстно-лицевого хирурга, отмечено: увеличение числа рецидивов и осложнений (в некоторых случаях ятрогенных), как следствие – числа повторных операций; увеличение сроков нетрудоспособности и реабилитации; экономические затраты; загруженность отделения непрофильными пациентами или пациентами не нуждающимися в стационарном лечении; дефицит кадровых ресурсов, загруженность врачей – челюстно-лицевых хирургов, пациентами стационара ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» и участвовавшими консультациями в ГБУЗ «ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова», ГБУЗ «ООКД», ГБУЗ, «КБ № 6 им. Г. А. Захарьина».

ГЛАВА 4
МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ, ОРГАНИЗАТОРОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ПРОФИЛЮ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ»
В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

4.1. Удовлетворенность пациентов и родственников пациентов организацией оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»

Для выявления основных проблем в организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в Пензенской области была изучена удовлетворенность пациентов либо их родственников (в том случае, если пациентом был ребенок в возрасте до 15 лет) доступностью и качеством медицинской помощи по профилю ЧЛХ. Для соблюдения этики научного исследования участники проинформированы о целях работы и о добровольном характере.

Основной задачей проведения анкетирования было выявление уровня удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг населению Пензенской области. Изучалась информированность пациентов о получении услуги (доступность, открытость информации); комфортность условий предоставления услуг; время ожидания предоставления услуги; отношение персонала к пациентам (вежливость, доброжелательность); компетентность персонала; общий уровень удовлетворенности оказанной услугой. Анкеты респонденты заполняли анонимно и были уверены в конфиденциальности информации.

Опрашивались пациенты (родственники пациентов), получающие помощь, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Анкета для пациентов поликлиники включала специальные блоки: блок вопросов для пациентов (законных представителей пациентов), имеющих инвалидность по ментальным нарушениям и блок вопросов для законных представителей пациентов, не достигших 15 лет, пациентов несовершеннолетнего возраста (приложение 9). Анкетирование пациентов, проходящих лечение в стационаре, включало

дополнительный блок вопросов для законных представителей пациентов младше 15 лет (приложение 10).

В анкетировании приняли участие 200 пациентов с патологией челюстно-лицевой области: 100 респондентов (50%) были опрошены в поликлинике, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ в амбулаторных условиях, 100 человек (50% респондентов) – в стационарных условиях.

Анализ гендерной структуры респондентов среди пациентов показал, что большую часть из них составляли женщины – 53%, мужчины – 47%.

По возрасту респонденты распределились следующим образом: возрастная группа до 18 лет составила 10,0%, 18–25 лет – 18%, 26–35 лет 19,5%, 36–45 лет – 18%, 46–60 лет – 19%, старше 61 года – 15,5%. Возрастное распределение опрошенных в целом соответствует возрастному составу пациентов с патологией челюстно-лицевой области и свидетельствует о превалировании среди пациентов лиц работоспособного возраста (рисунок 4.1).

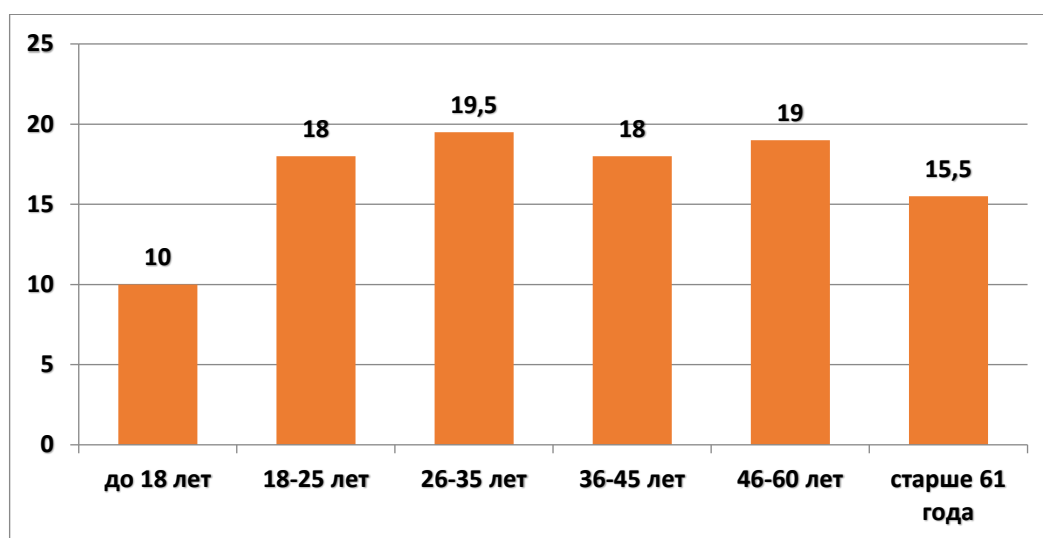


Рисунок 4.1 – Распределение респондентов по возрасту, %

Социальный состав респондентов был следующим: работающие – 55%, самозанятые – 9,5%, сотрудники силовых ведомств РФ – 4,5%; пенсионеры – 19%; работающие пенсионеры – 10%; учащиеся (студенты) – 21,5%; временно безработные – 4,5%; инвалиды – 9,5% (рисунок 4.2).



Рисунок 4.2 – Распределение респондентов по социальным группам, %

4.1.1. Удовлетворенность пациентов и родственников пациентов организацией оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в амбулаторных условиях

В поликлинике ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко» прием пациентов проводил стоматолог-хирург. Это было связано с невозможностью предоставления услуг по профилю ЧЛХ в амбулаторных условиях. Среди опрошенных пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, 71 человек (71%; 95% ДИ 62,11–79,89%) записался на прием к врачу стоматологу-хирургу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача) при первом обращении в медицинскую организацию; 1 человек (1,4%; 95% ДИ –1,33–4,15%) из них позвонил по телефону в регистратуру медицинской организации; 4 человека (5,6%; 95% ДИ 0,27–11%) – обратились в регистратуру самостоятельно, имея на руках заключение о необходимости консультации. Среди респондентов 34 человека (47,9%; 95% ДИ 36,27–59,51%) ответили, что были записаны врачом-стоматологом, врачом другой специальности на приеме через РИАМС «ПРОМЕД», 10 пациентов (14,1%; 95% ДИ 5,9–22,18%) обратились самостоятельно по экстренным показаниям, 22 пациента (31%; 95% ДИ 20,23–41,74%) были направлены врачом премного

отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко» (рисунок 4.3). Большая часть пациентов – 48 (67,6%; 95% ДИ 56,72–78,49%), были не удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость), к которым обращались в процессе записи.



Рисунок 4.3 – Распределение респондентов по способу записи на прием к врачу – челюстно-лицевому хирургу, %

Среди причин невозможности записи к врачу – стоматологу-хирургу поликлиники ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», из пациентов, которым не удалось записаться к врачу при первом обращении в медицинскую организацию, 8 опрошенных (27,6%; 95% ДИ 11,32–43,85%) ответили, что не дозвонились, 10 человек (34,5%; 95% ДИ 17,18–51,78%) ответили, что «не было талонов», у 11 (37,9%; 95% ДИ 20,27–55,59%) пациентов не было технической возможности записаться в электронном виде (рисунок 4.4).

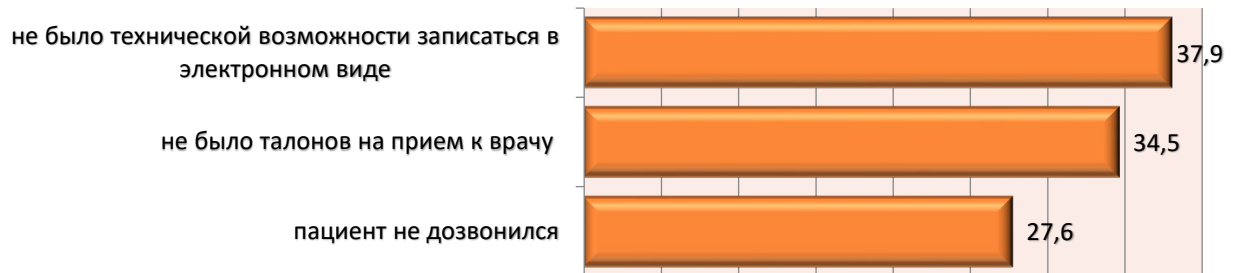


Рисунок 4.4 – Причины, по которым запись на прием к врачу при первом обращении в медицинскую организацию была невозможна, %

Большая часть респондентов – 79 (79%; 95% ДИ 71,02–86,98%), ответили, что срок ожидания по записи (промежуток времени между записью к специалисту и приемом) в днях составил более 14 календарных дней, что нарушает срок ожидания, установленный в Постановлении Правительства Пензенской области № 627–пП от 22.12.2017 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Пензенской области на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг.» [17]. При этом 100 пациентов (100%; 95% ДИ 100–100%) ответили, что на прием записаться «сложно» и «очень сложно».

Подавляющее большинство опрошенных пациентов – 87 человек (87%; 95% ДИ 80,41–93,59%) отметили, что врач не принял их в установленное по записи время: до 10 мин в очереди в ожидании приема к специалисту поликлиники провели 8 опрошенных (8%; 95% ДИ 2,68–12,32%), 73 пациента (73%; 95% ДИ 64,3–81,7%) ожидали 15 мин и более.

Интересным представляется изучение удовлетворенности пациентов информацией, которую они могут получить при посещении медицинской организации. Выявлено, что 66 пациентов (66%; 95% ДИ 56,72–75,28%) не обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.). Среди пациентов, изучавших информацию, более половины – 27 человек (79,4%; 95% ДИ 65,82–93%), не удовлетворены

открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации.

К информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации, перед посещением обратились менее трети опрошенных – 27 (27%; 95% ДИ 18,3–35,7%), из которых 24 человека (88,9%; 95% ДИ 77,03–100,74%) не удовлетворены открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации.

Анализ основных причин обращения к стоматологу-хирургу, показал, что 41 респонденту (41%; 95% ДИ 31,36–50,64%) была необходима первичная консультация; 2 пациентам (2%; 95% ДИ –0,74–4,74%) – повторная консультация после проведенного оперативного лечения на амбулаторном приеме; 7 пациентам (7%; 95% ДИ 2–12%) – повторная консультация после назначенного лечения; 25 пациентам (25%; 95% ДИ 16,51–33,49%) – повторная консультация по результатам обследования, 3 респондента (3%; 95% ДИ –0,34–6,34%) нуждались в повторной консультации (наблюдение, реабилитация) после выписки из стационара; каждому пятому – 22 пациентам (22%; 95% ДИ 13,88–30,12%), была необходима первичная консультация после полученного лечения у стоматолога-хирурга (рисунок 4.5).

При обращении в медицинскую организацию диагностические исследования (лабораторные исследования, инструментальные исследования (электрокардиография, электроэнцефалография, рентген, ультразвуковое исследование и др.), компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) были назначены 25 пациентам (25%; 95% ДИ 16,51–33,49). Из числа пациентов, которым было назначено обследование, 4 (16%; 95% ДИ 1,63–30,37%) были назначены лабораторные исследования. Большинству респондентов – 20 опрошенных (80%; 95% ДИ 64,32–95,68%) исследование должно было проводиться в условиях ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», при этом 16 человек (64%; 95% ДИ 45,18–82,82%) выполнили исследование самостоятельно,

в другой организации, в связи с долгим ожиданием записи в поликлинике. Менее 7 календарных дней ожидали лабораторных исследований 4 опрошенных (100%; 95% ДИ 100–100%), из них в половине случаев (50%) исследование не было выполнено во время, установленное по записи.



Рисунок 4.5 – Основные причины обращения к врачу – стоматологу-хирургу, %

Большей части респондентов из числа пациентов, которым назначены обследования, – 16 пациентам (64%; 95% ДИ 45,18–82,82%) были назначены инструментальные методы исследования (электрокардиография, электроэнцефалография, рентген, ультразвуковое исследование и др.). При этом 2 пациента (12,5%; 95% ДИ –3,7–2,87%) ожидали исследование 7 дней, 2 опрошенных (12,5%; 95% ДИ –3,7–2,87%) – 10 календарных дней, менее 7 календарных дней составил срок ожидания у 12 респондентов (75%; 95% ДИ 53,78–96,22%). 12 респондентов (48%; 95% ДИ 28,42–67,58%) указали, что им была назначена компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография. На вопрос о сроке ожидания проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ангиографии ответы распределились следующим образом: 30 календарных дней и более – ответили 7 человек (58,3%; 95% ДИ 30,44–86,23%), 28 календарных дней – 2 пациента (16,7%; 95% ДИ –4,42–37,75%), 27 календарных дней – 2 человека (16,7%; 95% ДИ –4,42–37,75%), менее 15 календарных дней – 1 пациент (8,3%; 95% ДИ –7,3–23,7%). Более половине пациентов – 7 (58,3%; 95% ДИ 30,44–86,23%), компьютерная томография,

магнитно-резонансная томография, ангиография не выполнены во время, установленное по записи.

В Постановлении Правительства Пензенской области № 627–пП от 22.12.2017 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Пензенской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» установлены сроки ожидания диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 14 календарных дней со дня назначения, срок ожидания проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 30 календарных дней со дня назначения [17]. Таким образом, также выявлены нарушения в отношении прав пациентов.

Среди опрошенных 16 пациентам (16%; 95% ДИ 8,81–23,19%) хирургическая помощь была оказана в поликлинике ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» в амбулаторных условиях врачом – стоматологом-хирургом, при этом 6 пациентам (6%; 95% ДИ 1,35–10,65%) понадобилась госпитализация в стационар челюстно-лицевой хирургии в связи с наличием осложнений после проведенного лечения.

На приеме была назначена консультация смежного специалиста по заболеванию челюстно-лицевой области 20 пациентам (20%; 95% ДИ 12,16–27,84%), 9 опрошенных (9%; 95% ДИ 3,39–14,61%) не была назначена консультация, которая, по их мнению, им была необходима. Консультация врача-оториноларинголога была назначена 7 пациентам (35%; 95% ДИ 14,1–55,9%), врача-онколога – 5 пациентам (25%; 95% ДИ 6,2–43,98%), к врачу-неврологу / врачу-нейрохирургу направлены 3 пациента (15%; 95% ДИ –0,65–30,65%), к врачу-стоматологу направлены 4 пациента (20%; 95% ДИ 2,47–37,53%), консультация врача-офтальмолога рекомендована 1 пациенту (5%; 95% ДИ –4,55–14,55%).

Из пациентов, которым была назначена консультация смежного специалиста, 9 человек (45%; 95% ДИ 23,2–66,8%) ожидали консультацию врача-специалиста

более 14 календарных дней, что также нарушает сроки, установленные в Постановлении Правительства Пензенской области № 627–пП от 22.12.2017 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Пензенской области на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 годов» [17].

Основная часть пациентов – 74 респондента (74%; 95% ДИ 65,4–82,6%), отметили, что получили направление на госпитализацию в плановом порядке в отделение челюстно-лицевой хирургии. Срок ожидания госпитализации составил: более 30 календарных дней – у 59 пациентов (79,7%; 95% ДИ 70,57–88,89%), 15–30 календарных дней – у 6 респондентов (8,1%; 95% ДИ 1,89–14,33%), 14 календарных дней ожидали 3 пациента (4,1%; 95% ДИ –0,44–8,55%), 8–14 календарных дней – 4 опрошенных (5,4%; 95% ДИ 0,25–10,56%), менее 7 календарных дней – срок ожидания у 2 пациентов (2,7%; 95% ДИ –0,99–6,4%). Ожидание пациентами плановой госпитализации более 30 календарных дней также нарушает срок, установленный в Постановлении Правительства Пензенской области № 627–пП от 22.12.2017 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Пензенской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» [17].

Из 10 пациентов (10%; 95% ДИ 4,12–15,88%) с установленной группой инвалидности, обратившихся на прием к врачу – стоматологу-хирургу, имеет I группу ограничения трудоспособности 1 человек (10%; 95% ДИ –8,59–28,59%), у 4 человек (40%; 95% ДИ 9,64–70,36%) установлена II группа, III группу имеют 3 пациента (30%; 95% ДИ 1,6–58,4%), 2 пациента (20%; 95% ДИ –4,79–44,79%) относятся к категории «ребенок-инвалид».

По мнению пациентов, являющихся инвалидами, недостатки медицинской организации при оказании услуг инвалидам заключались в отсутствии: выделенных мест стоянки для автотранспортных средств инвалидов – 7 опрошенных (70%; 95% ДИ 41,6–98,4%), пандусов, подъемных платформ – 9 человек (90%; 95% ДИ 71,41–108,59%), адаптированных лифтов, поручней, расширенных дверных проемов – 9 человек (90%; 95% ДИ 71,41–108,59%),

сменных кресел-колясок – 8 человек (80%; 95% ДИ 55,21–104,79%), дублирования для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации – 9 человек (90%; 95% ДИ 71,41–108,59%), дублирования информации шрифтом Брайля – 8 пациентов (80%; 95% ДИ 55,21–104,79%), специально оборудованных санитарно-гигиенических помещений – 9 человек (90%; 95% ДИ 71,41–108,59%), сопровождающих работников – 6 опрошенных (60%; 95% ДИ 29,64–90,36%), возможности оказания медицинской помощи инвалидам на дому – 6 респондентов (60%; 95% ДИ 29,64–90,36%). В связи с вышеперечисленными причинами 9 респондентов (90%; 95% ДИ 71,41–108,59%) не удовлетворены доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации. Отдельным блоком были выделены вопросы для пациентов (законных представителей пациентов), имеющих инвалидность по ментальным нарушениям, данный блок заполнили 3 человека (3%; 95% ДИ –0,34–6,34%), из которых 1 опрошенному (33,3%; 95% ДИ –20,01–86,68%) было необходимо оперативное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии, 2 человека (66,7%; 95% ДИ 13,32–120,01%) ответили, что обратились в связи с необходимостью терапевтической санации полости рта, при этом все респонденты нуждались в профессиональной гигиене полости рта.

На вопрос «Удовлетворены ли Вы качеством оказания стоматологической помощи в амбулаторных условиях, в условиях стоматологической поликлиники?» 3 человека ответили «нет» (100%; 95% ДИ 100–100%), из их числа 1 пациент (33,3%; 95% ДИ –20,01–86,68%) ранее не обращался к стоматологу, 2 пациента (66,7%; 95% ДИ 13,32–120,01%) получили отказ в стоматологической помощи в условиях стоматологической поликлиники.

В качестве источника получения информации о возможности оперативного лечения (оказания стоматологической помощи) в условиях отделения челюстно-лицевой хирургии респонденты указали, что о ней им «рассказали родственники, соседи, знакомые» – 2 человека (66,7%; 95% ДИ 13,32–120,01%), при этом все респонденты были направлены стоматологом, педиатром/терапевтом, 1 человек (33,3%; 95% ДИ –20,01–86,68%) был информирован работниками социального

обслуживания населения. На вопрос «Нуждаетесь ли Вы в терапевтической санации полости рта?» 3 опрошенных (100%; 95% ДИ 100–100%), ответивших на данный блок вопросов, ответили утвердительно.

Блок вопросов для законных представителей пациентов, не достигших 15 лет / пациентов несовершеннолетнего возраста, заполнили 9 опрошенных (9%; 95% ДИ 3,39–14,61%). Значительная часть респондентов – 6 (66,7%; 95% ДИ 35,87–97,46%), ответили «плохо» на вопрос «Удовлетворены ли Вы условиями для детей в поликлинике?».

Респондентами были выделены основные причины неудовлетворенности приемом детей в поликлинике (таблица 4.1).

Таблица 4.1 – Причины неудовлетворенности качеством медицинской помощи, оказываемой детскому населению, %

Показатели	Число респондентов, чел.	Доля респондентов, %	95% ДИ, %
Недоброжелательность или невнимательность медицинского персонала	7	77,8	50,62–104,94
Проблемы в организации работы регистратуры	4	44,4	11,98–76,91
Очереди на прием к врачу	5	55,6	23,09–88,02
Отсутствие необходимого врача-специалиста, направлен на консультацию челюстно-лицевого хирурга отделения челюстно-лицевой хирургии	4	44,4	11,98–76,91
Отсутствие стоматологической помощи для детей/инвалидов с ментальными нарушениями	2	22,2	–4,94–49,38
Не удовлетворяет график работы кабинета поликлиники	4	44,4	11,98–76,91
Низкий уровень материально-технической оснащенности поликлиники (отсутствие возможности выполнения обследований детям)	8	88,9	68,36–109,42
Смежный прием взрослых и детей	9	100	100–100

Респондентами была проведена оценка различных аспектов деятельности медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по профилю ЧЛХ. Отношением врача (доброжелательность, вежливость) удовлетворены только 17 опрошенных (17%; 95% ДИ 9,64–24,36%), комфортность условий предоставления услуг в медицинской организации удовлетворила 24 респондентов (24%; 95% ДИ 15,63–32,37%). Достаточно низко оценена компетентность специалиста – удовлетворены всего 22 респондента (22%; 95% ДИ 13,88–30,12%), однако навигацией внутри медицинской организации удовлетворены 44 опрошенных (44%; 95% ДИ 34,27–53,73%). Условия оказания услуг не удовлетворили 89 респондентов (89%; 95% ДИ 82,87–95,13%).

Практически все показатели работы кабинета амбулаторного приема были оценены респондентами достаточно низко. В меньшей степени респонденты были удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации. Не удовлетворены компетентностью специалиста 78 опрошенных (78%; 95% ДИ 69,88–86,12%), из основных причин были выделены: не разъяснили информацию о состоянии здоровья – 42 пациента (53,8%; 95% ДИ 42,78–64,91%), не дали полноценные рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации – 49 пациентов (62,8%; 95% ДИ 52,1–73,55%), специалист не компетентен в детской патологии – считают 6 человек (7,7%; 95% ДИ 1,78–13,61%), 3 пациента (3,8%; 95% ДИ –0,42–8,11%) направлены для оказания медицинской помощи в другой регион; отсутствие необходимых услуг (терапевтическое лечение зубов) отметили 6 пациентов (7,7%; 95% ДИ 1,78–13,61%).

Комфортностью условий предоставления услуг были не удовлетворены 76 респондентов (76%; 95% ДИ 67,63–84,37%). Среди причин неудовлетворенности были выделены: отсутствие свободных мест ожидания – 57 человек (75%; 95% ДИ 65,26–84,74%), наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников – 70 человек (92,1%; 95% ДИ 86,04–98,17%), плохое состояние гардероба – 43 пациента (56,6%; 95% ДИ 45,44–67,72%),

отсутствие питьевой воды – 60 опрошенных (78,9%; 95% ДИ 69,78–88,11%), отсутствие санитарно-гигиенических помещений – 51 человек (67,1%; 95% ДИ 56,54–77,67%), неудовлетворительное состояние санитарно-гигиенических помещений – 73 человека (96,1%; 95% ДИ 91,67–100,43%), неудовлетворительное санитарное состояние помещений – 69 респондентов (90,8%; 95% ДИ 84,29–97,29%), отсутствие мест для детских колясок – 5 человек (6,6%; 95% ДИ 1,01–12,15%). Респондентам было предложено оценить отношение врача и среднего медицинского персонала, результаты представлены на рисунке 4.6.

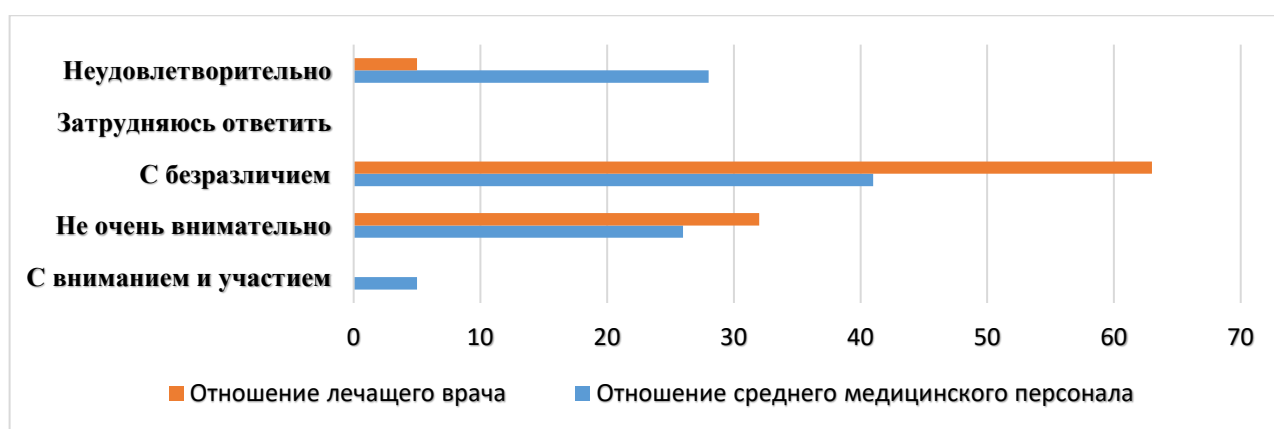


Рисунок 4.6 – Оценка пациентами отношения к ним медицинских работников, %

В результате опроса было выявлено, что лишь 33 участника (33%; 95% ДИ 23,78–42,22%) анкетирования рекомендовали бы данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи, т.е. большинство пациентов были не удовлетворены условиями оказания, доступностью амбулаторной медицинской помощи по профилю ЧЛХ.

4.1.2. Удовлетворенность пациентов и родственников пациентов организацией оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в стационарных условиях

Было исследовано мнение 100 пациентов, среди которых 38 человек (38%; 95% ДИ 28,49–47,51%) ответили, что были госпитализированы в плановом порядке, по экстренным показаниям – 62 человека (62%; 95% ДИ 52,49–71,51%).

Следует отметить, что 14 опрошенных (14%; 95% ДИ 7,2–20,8%) на этапе осмотра перед госпитализацией не были предупреждены о необходимости госпитализации.

При анализе структуры показаний к госпитализации выявлено, что чаще в отделение челюстно-лицевой хирургии пациенты госпитализируются по экстренным показаниям.

Для анализа проблем организации медицинской помощи большое значение имеет срок ожидания пациентами плановой госпитализации. В соответствии с полученными данными респонденты, госпитализированные в плановом порядке (38 человек), отметили, что ожидали госпитализацию (рисунок 4.7): менее 15 календарных дней – 1 человек (2,6%; 95% ДИ –2,46–7,72%), 15 календарных дней – 1 человек (2,6%; 95% ДИ –2,46–7,72%), 27 календарных дней – 2 человека (5,3%; 95% ДИ –1,84–12,36%), 28 календарных дней – 2 человека (5,3%; 95% ДИ –1,84–12,36%), 29 календарных дней – 3 человека (7,9%; 95% ДИ –0,68–16,47%), 30 календарных дней и более – 29 человек (76,3%; 95% ДИ 62,8–89,83%). Таким образом, подавляющее большинство пациентов, госпитализированных в плановом порядке, ожидали госпитализации месяц и более (рисунок 4.7).

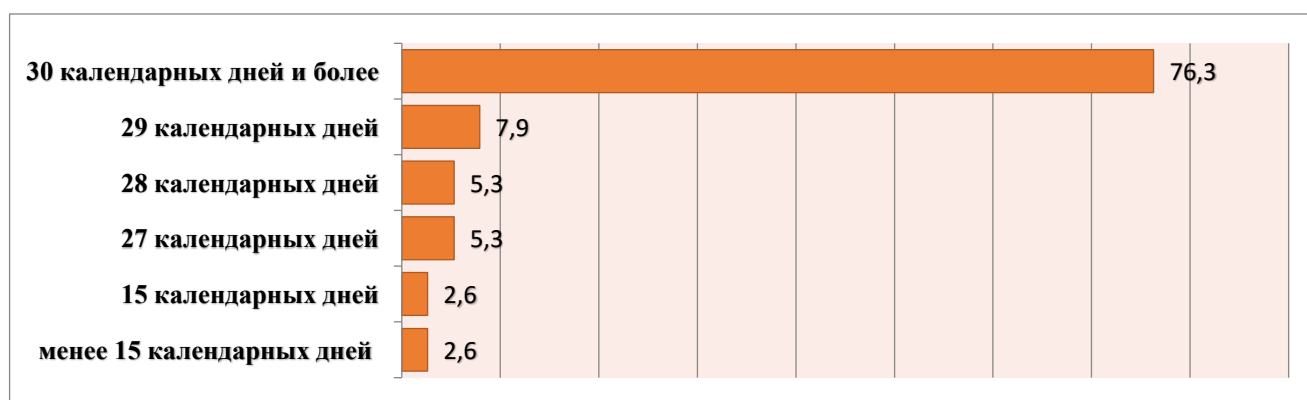


Рисунок 4.7 – Длительность ожидания пациентами плановой госпитализации, %

Часть пациентов – 23 человека (60,5%; 95% ДИ 44,99–76,07%), не были госпитализированы в назначенный срок. Однако большая часть респондентов – 36 человек (94,7%; 95% ДИ 87,64–101,84), были уведомлены о дате госпитализации при обращении в медицинскую организацию.

Из представленных данных можно сделать вывод, что существуют проблемы в организации госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко»: подавляющее большинство респондентов ожидали госпитализацию 30 календарных дней и более (76,3% от общего количества респондентов, госпитализированных в плановом порядке), что превышает срок, установленный в Постановлении Правительства Пензенской области № 627–ПП от 22.12.2017 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Пензенской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»; также большинство пациентов не были госпитализированы в назначенный срок [17].

Респондентам, госпитализированным по экстренным показаниям, был задан вопрос о времени нахождения в приемном отделении (рисунок 4.8).

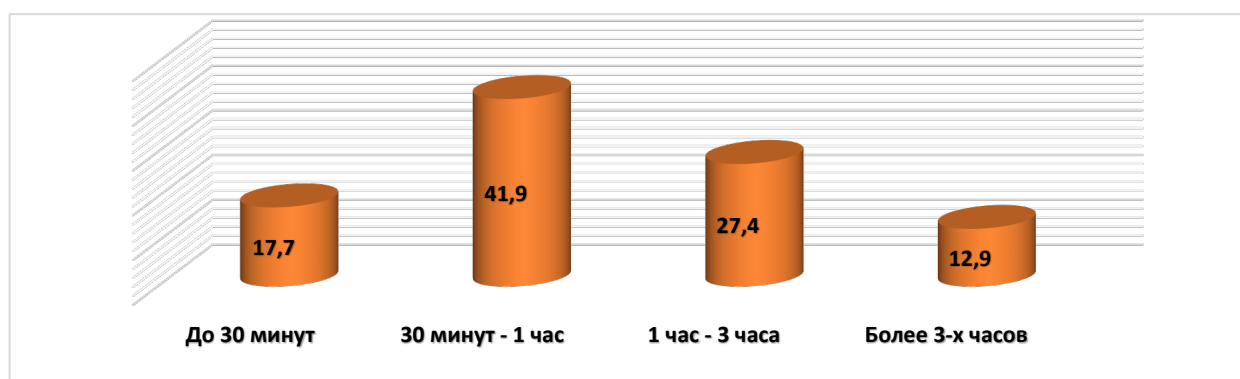


Рисунок 4.8 – Время ожидания в приемном отделении пациентов, доставленных по экстренным показаниям, %

Было выявлено, что в приемном отделении пациенты, поступившие по экстренным показаниям, находились: в течение 30 мин – 11 человек (17,7%; 95% ДИ 8,23–27,25%), от 30 мин до 1 ч – 26 человек (41,9%; 95% ДИ 29,65–54,22%), от 1 до 3 ч – 17 человек (27,4%; 95% ДИ 16,32–38,52%), более 3 ч – 8 человек (12,9%; 95% ДИ 4,56–21,25%), т.е. более половины (59,7%) пациентов, доставленных по экстренным показаниям, ожидали госпитализацию в приемном покое менее 1 ч.

В Постановлении Правительства Пензенской области № 627–пП от 22.12.2017 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Пензенской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» установлен срок не более 3 ч для пациентов с экстренными показаниями [17].

Отметим, что большинство респондентов (54 человека – 87,1%) находились в приемном покое менее 3 ч.

Ответы респондентов, госпитализированных в экстренном порядке (62 человека), на вопрос «Если госпитализация была экстренная, кем Вы были направлены в приемное отделение?» распределились следующим образом: врачом-стоматологом на приеме – 20 пациентов (32,3%; 95% ДИ 20,62–43,89%), врачом другой специальности на приеме – 2 респондента (3,2%; 95% ДИ –1,17–7,62%), обратились самостоятельно – 30 опрошенных (48,4%; 95% ДИ 35,95–60,83%), доставлены бригадой скорой медицинской помощи – 4 человека (6,5%; 95% ДИ 0,34–12,57%), 6 пациентов (9,7%; 95% ДИ 2,32–17,04%) направлены врачом поликлиники ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» на приеме. У 38 респондентов (38%; 95% ДИ 28,49–47,51%) не совпал диагноз и обозначенная на приеме врачом-специалистом тактика лечения с диагнозом и выбранной тактикой лечения врача отделения челюстно-лицевой хирургии.

Консервативное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии, по результатам ответов, было проведено всем 100 пациентам (100%; 95% ДИ 100–100%), 96 пациентам (96%; 95% ДИ 92,16–99,84%) было проведено оперативное лечение, 74 опрошенным (74%; 95% ДИ 65,4–82,6%) было назначено физиотерапевтическое лечение, никому из пациентов не проведено терапевтическое лечение зубов, 32 пациентам (32%; 95% ДИ 22,86–41,14%) произведено удаление зуба, но им было необходимо терапевтическое лечение зуба. Примечательно, что 41 респондент (41%; 95% ДИ 31,36–50,64%) считает, что госпитализация в стационар была не обязательна. Лекарственные средства большинство пациентов, в том числе дети, получали в виде инъекций – 92 человека (92%; 95% ДИ 86,68–97,32%).

Большинству пациентов – 57 человек (91,9%; 95% ДИ 85,16–97,71%), госпитализированных по экстренным показаниям, оперативное лечение было проведено в течение 30 мин с момента поступления в отделение, в случае госпитализации в плановом порядке – 35 пациентам (92,1%; 95% ДИ 83,53–100,68%) оперативное лечение было проведено в течение 6 ч.

Пациенты, находящиеся на стационарном лечении, не были осмотрены стоматологом ввиду его отсутствия в штате отделения челюстно-лицевой хирургии. Предоперационная подготовка при необходимости и согласии пациента, проводилась стоматологом по месту жительства по рекомендации врача – стоматолога-хирурга, поликлиники ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко».

У большей части респондентов продолжительность госпитализации составила 5–10 дней – 82 пациента (82%; 95% ДИ 74,47–89,53%); 10–20 дней на стационарном лечении находились 9 пациентов (9%; 95% ДИ 3,39–14,61%), более 20 дней – 2 человека (2%; 95% ДИ –0,74–4,74%); 1–2 дня и 3–5 дней находились на лечении в отделении 3 респондента (3%; 95% ДИ –0,34–6,34%) и 4 респондента (4%; 95% ДИ 0,16–7,84%) соответственно.

Изучалось мнение респондентов о комфортности размещения в палатах. Респондентам был задан вопрос «Какое число пациентов находилось одновременно с Вами в палате в течение госпитализации?», «от 4 до 6 человек» ответили 74 анкетированных (74%; 95% ДИ 65,4–82,6%), более 6 человек в палате получали лечение с 26 опрошенными (26%; 95% ДИ 17,4–34,6%). Совместное пребывание в палате разнополых пациентов отметили 9 опрошенных (9%; 95% ДИ 3,39–14,61%). В основном в палатах с респондентами были размещены пациенты 19–45 лет, так ответили 44 человека (44%; 95% ДИ 34,27–53,73%), от 46–60 лет – 33 опрошенных (33%; 95% ДИ 23,78–42,22%), пациенты до 10 лет – 3 человека (3%; 95% ДИ –0,34–6,34%), от 11 до 18 лет – 6 пациентов (6%; 95% ДИ 1,35–10,65%), старше 61 года – 14 человек (14%; 95% ДИ 7,2–20,8%). Таким образом, следует констатировать, что есть случаи совместного пребывания в одной палате детей с законными представителями и взрослых, получавших лечение, что было вынужденной мерой. Превалирующее число,

92 опрошенных (92%; 95% ДИ 86,68–97,32%) не были удовлетворены численностью пациентов в палате.

Большая часть пациентов – 86 человек (86%; 95% ДИ 79,2–92,8%), указали, что не удовлетворены и условиями, и комфортом размещения в палате отделения (чистота, ремонт, мебель, санузел). Ответы на вопрос «Что именно Вас не удовлетворяет?» распределились следующим образом: своевременность и качество уборки палаты – 79 пациентов (91,9%; 95% ДИ 86,08–97,64%), возможность проведения гигиенических процедур в палате – 53 опрошенных (61,6%; 95% ДИ 51,35–71,91%), освещение, температурный режим – 59 пациентов (68,6%; 95% ДИ 58,8–78,41%), внешний вид палаты, предметов обстановки, состояние мебели (требуется ремонт) – 62 человека (72,1%; 95% ДИ 62,61–81,57%), отсутствие питьевой воды – 48 пациентов (55,8%; 95% ДИ 45,32–66,31%), мягкий инвентарь (постельное белье, полотенца, покрывало) – 72 человека (83,7%; 95% ДИ 75,92–91,52%).

В период госпитализации в отделении челюстно-лицевой хирургии 8 опрошенным (8%; 95% ДИ 2,68–13,32%) приходилось использовать личные денежные средства при обследовании и лечении (приобретать лекарственные средства, изделия медицинского назначения и т.д.), что было связано с недостаточной обеспеченностью отделения лекарственными препаратами, в частности отсутствием детских форм лекарственных средств.

В период госпитализации 40 пациентам (40%; 95% ДИ 30,4–49,6%) была назначена консультация врачей другой специальности. Ответы на вопрос «Консультация какого специалиста Вам была назначена?» распределились следующим образом: врача-онколога – 1 человек (2,5%; 95% ДИ –2,34–7,34%), врача-оториноларинголога – 15 пациентов (37,5%; 95% ДИ 22,5–52,5%), врача-невролога / врача-нейрохирурга – 6 респондентов (15%; 95% ДИ 3,93–26,07%), врача-стоматолога (ортодонта, ортопеда, терапевта, детского) – 4 пациента (10%; 95% ДИ 0,7–19,3%), врача-уролога / врача-нефролога – 1 человек (2,5%; 95% ДИ –2,34–7,34%), врача-кардиолога – 1 пациент (2,5%; 95% ДИ –2,34–7,34%), врача-гастроэнтеролога – 1 опрошенный (2,5%; 95% ДИ –2,34–7,34%), врача-терапевта /

врача-педиатра – 5 пациентов (12,5%; 95% ДИ 2,25–22,75%), врача-офтальмолога – 6 респондентов (15%; 95% ДИ 3,93–26,07%).

При этом 9 пациентов (22,5%; 95% ДИ 9,56–35,44%) были проконсультированы, находясь в стационаре, 31 пациенту (77,5%; 95% ДИ 64,56–90,44%) рекомендована консультация в медицинской организации по месту жительства.

В отдельный блок были выделены вопросы для законных представителей пациентов, не достигших 15 лет – пациентов несовершеннолетнего возраста. Все ответившие – 11 человек (11%; 95% ДИ 4,87–17,13%), были не удовлетворены условиями для детей в отделении челюстно-лицевой хирургии, «плохо» – отметили 2 человека (18,2%; 95% ДИ –4,61–40,97%), «крайне плохо» – 8 опрошенных (72,7%; 95% ДИ 46,41–99,05%), «неудовлетворительно» – 1 человек (9,1%; 95% ДИ –7,9–26,08%).

Основные причины неудовлетворенности качеством медицинской помощи, оказываемой ребенку, были следующие: пересечение пациентов детского возраста и взрослых/пожилых пациентов – 10 человек (90,9%; 95% ДИ 73,92–107,9%), низкий уровень материально-технической оснащенности (отсутствие возможности выполнения обследований детям, отсутствие лекарственных форм препаратов для детей) – 8 человек (72,7%; 95% ДИ 46,41–99,05%). Недоброжелательность или невнимательность медицинского персонала отметили 6 опрошенных (54,5%; 95% ДИ 25,12–83,97%), проблемы в организации работы отделения ответили 9 респондентов (81,8%; 95% ДИ 59,03–104,61%), 1 человек (9,1%; 95% ДИ –7,9–26,08%) указал на отсутствие стоматологической помощи детям-инвалидам с ментальными нарушениями (рисунок 4.9).

По мнению большинства респондентов – 73 человека (73%; 95% ДИ 64,3–81,7%), в целом условия посещения и пребывания родителей или законных представителей ребенка с соблюдением интересов иных лиц были не согласованы.



Рисунок 4.9 – Основные причины неудовлетворенности организацией оказания медицинской помощи, оказываемой ребенку, %

Среди опрошенных пациентов у 10 (10%; 95% ДИ 4,12–15,88%) установлена группа ограничения трудоспособности: из 9 человек инвалидом I группы является 1 человек (10%; 95% ДИ –8,59–28,59%), II и III группы – 3 человека (30%; 95% ДИ 1,6–58,4%) и 3 человека (30%; 95% ДИ 1,6–58,4%) соответственно. Группа «ребенок-инвалид» установлена у 3 пациентов (30%; 95% ДИ 1,6–58,4%).

По мнению большинства опрошенных – 9 человек (90%; 95% ДИ 71,41–108,59%), в медицинской организации не были обеспечены условия доступности для лиц с ограниченными возможностями. Из отсутствующих условий респондентами были выбраны: выделенные места стоянки для автотранспортных средств инвалидов – 7 человек (77,8%; 95% ДИ 50,62–104,94%), пандусы, подъемные платформы – 8 респондентов (88,9%; 95% ДИ 68,36–109,42%), адаптированные лифты, поручни, расширенные дверные проемы – 8 респондентов (88,9%; 95% ДИ 68,36–109,42%), сменные кресла-коляски – 6 опрошенных (66,7%; 95% ДИ 35,87–97,46%), дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации – 5 пациентов (55,6%; 95% ДИ 23,09–88,02%), дублирование информации шрифтом Брайля – 3 пациента (33,3%; 95% ДИ 2,54–64,13%), специально оборудованные санитарно-гигиенические помещения – 9 пациентов (100%; 95% ДИ 100–100%), сопровождающие работники – 6 пациентов (66,7%; 95% ДИ 35,87–97,46%).

На вопрос «Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации?» 8 респондентов (88,9%; 95% ДИ 68,36–109,42%) ответили однозначно «нет». Исходя из ответов опрошенных можно сделать вывод, что медицинская организация не укомплектована необходимым оборудованием, отсутствуют условия для приема и оказания медицинской помощи пациентам с ограниченными возможностями.

Удовлетворенность рекомендациями, данными врачом, при выписке высказали 72 пациента (72%; 95% ДИ 63,2–80,8%), тогда как негативно оценили этот компонент работы 28 пациентов (28%; 95% ДИ 19,2–36,8%). При этом компетентность медицинских работников медицинской организации была оценена ниже – только 64 пациента (64%; 95% ДИ 54,59–73,41%) были полностью удовлетворены, тогда как остальные 36 (36%; 95% ДИ 26,59–45,41%) имели разного рода претензии. Большая часть пациентов недовольна тем, что им не разъяснили информацию о состоянии здоровья – 14 человек (38,9%; 95% ДИ 22,96–54,81%), низкий уровень профессионализма отметили 5 пациентов (13,9%; 95% ДИ 2,59–25,19%), не выдали выписку 10 пациентам (27,8%; 95% ДИ 13,15–42,41%), не дали рекомендации по дальнейшему лечению и реабилитации 7 опрошенным (19,4%; 95% ДИ 6,52–32,37%) (рисунок 4.10).

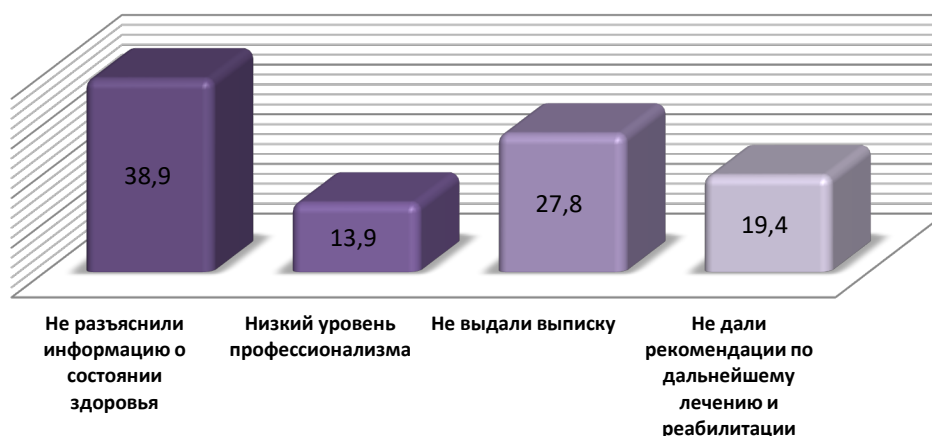


Рисунок 4.10 – Причины неудовлетворенности компетентностью врачей отделения челюстно-лицевой хирургии, %

Большинство опрошенных – 76 человек (76%; 95% ДИ 67,63–84,37%), заявили, что не пользовались информацией об услугах и порядке их получения, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.). Среди пациентов, обращавшихся к информации, 19 (79,2%; 95% ДИ 62,92–95,41%) не удовлетворены открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации.

За поиском необходимой информации 19 человек (19%; 95% ДИ 11,31–26,69%) обратились к официальному сайту медицинской организации. Недовольны открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной на официальном сайте медицинской организации, 17 человек (89,5%; 95% ДИ 75,67–103,27%).

Комфортностью предоставления медицинских услуг удовлетворены только 13 пациентов (13%; 95% ДИ 6,41–19,59%). Из числа опрошенных 73 респондента (83,9%; 95% ДИ 76,19–91,63%) заявили, что их не устраивает питание, 60 пациентов (69%; 95% ДИ 5,24–78,69%) не удовлетворены отсутствием питьевой воды, 83 пациентов (95,4%; 95% ДИ 91–99,8%) не устраивает состояние санитарно-гигиенических помещений, 75 человек (86,2%; 95% ДИ 78,96–93,45%) не удовлетворены санитарным состоянием помещений, 61 пациент (70,1%; 95% ДИ 60,5–79,73%) недоволен действиями персонала по уходу.

Среди опрошенных высокий уровень пациентов, не удовлетворенных отношением работников медицинской организации во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость), – 72 человека (72%; 95% ДИ 63,2–80,8%).

Положительные и отрицательные ответы на вопрос «Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи?» распределились практически поровну.

Среди респондентов 67 человек (67%; 95% ДИ 57,78–76,22%) не удовлетворены навигацией внутри медицинской организации (представлением

информации о размещении кабинетов медицинских работников, лабораторных и диагностических подразделений, санитарно-гигиенических помещений и др.).

Изучение удовлетворенности условиями оказания медицинской помощи показало, что большинство анкетированных оценили эту работу отрицательно – 82 человека (82%; 95% ДИ 74,47–89,53%). Не удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) при использовании электронных сервисов 6 опрошенных (75%; 95% ДИ 44,99–105,01%).

В соответствии с Единым порядком расчета показателей, характеризующих общие критерии оценки условий оказания услуг организациями в сфере культуры, охраны здоровья, образования, социального обслуживания и федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.05.2018 № 344н, была выполнена оценка анкетирования пациентов поликлиники и стационара [9].

Были рассчитаны 5 критериев оценки качества в соответствии с Приказом.

По результатам независимой оценки выявлено отсутствие сведений в соответствии с требованиями Минздрава России на сайте и информационных стендах в помещениях медицинской организации, в целом отсутствие информации о медицинской помощи по профилю ЧЛХ. Неполноценно функционируют и практически не используются пациентами дистанционные формы взаимодействия.

При оценке удовлетворенности пациентов условиями предоставления услуг выяснилось, что они недовольны качеством питания, отсутствием питьевой воды, состоянием санитарно-гигиенических помещений и общей чистотой в здании.

В результате опроса было выявлено, что услуги для людей с ограниченными возможностями предоставляются в крайне ограниченном объеме: недостаточно специальных парковочных мест, пандусов с перилами, лифтов, расширенных дверных проёмов, адаптированных санузлов, средств для передачи звуковой и визуальной информации, а также текстовой информации шрифтом Брайля.

Критерий удовлетворенности пациентов доброжелательностью, вежливостью работников зафиксирован чуть выше в стационаре, однако в целом оценен достаточно низко. Отмечено низкое значение критерия удовлетворенности условиями оказания услуг; многие пациенты не удовлетворены навигацией внутри поликлиники и стационара. Результатом расчетов оценки качества условий оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ является низкий показатель удовлетворенности пациентов – 22,68 в поликлинике, 24,14 – в стационаре (рисунок 4.11).

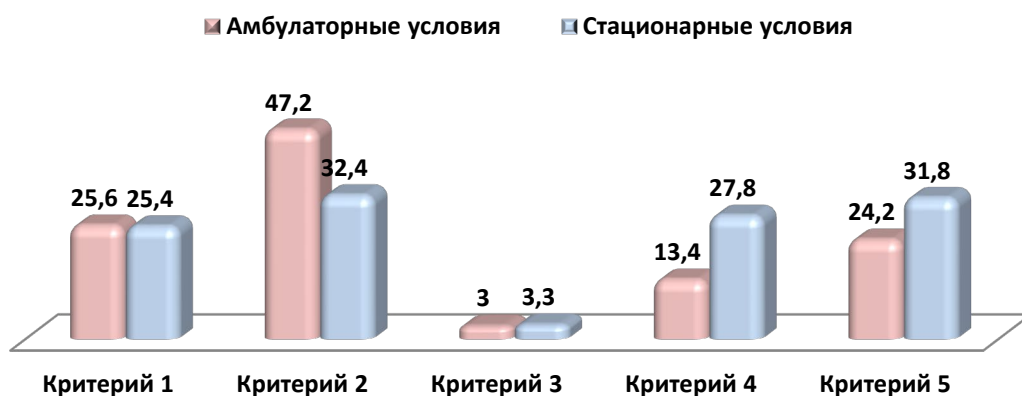


Рисунок 4.11 – Итоговые значения критериев оценки качества оказания медицинских услуг в амбулаторных и стационарных условиях в 2018 г.

4.2. Мнение главных внештатных специалистов, руководителей медицинских организаций, руководителей структурных подразделений, врачей, медицинских сестер об организации помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»

Для изучения мнения об организации помощи по профилю ЧЛХ, в том числе по вопросам работы медицинского персонала внутри организаций, было проведено анкетирование специалистов системы здравоохранения Пензенской области с помощью специально разработанных анкет (приложение 11).

Был опрошен 81 медицинский работник, 25,9% (21 человек) из них – средний медицинский персонал (медицинская сестра / медицинский брат), 13,6%

(11 человек) – врач, 19,8% (16 человек) – руководители структурных подразделений (заведующий отделением), 32,1% – руководители медицинских организаций (главный врач, заместитель главного врача) (26 человек) и 8,6% (7 человек) – главный внештатный специалист (рисунок 4.12).

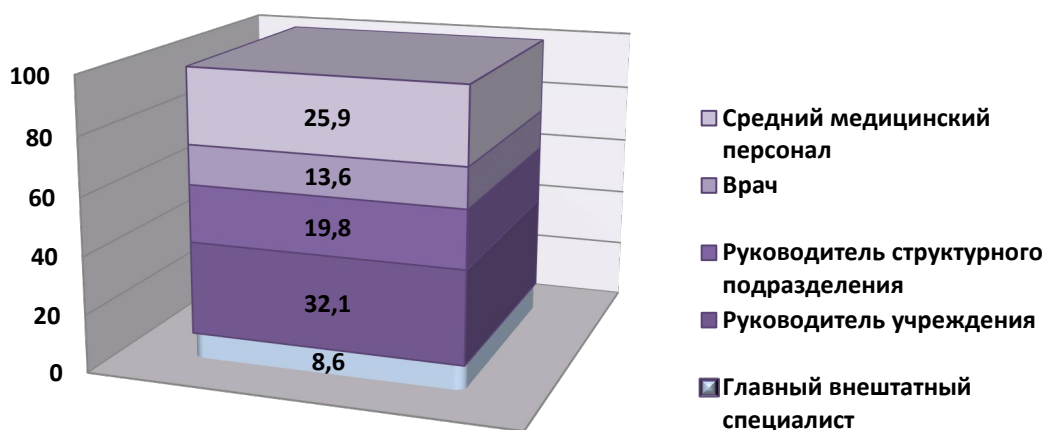


Рисунок 4.12 – Распределение респондентов – медицинских работников – в зависимости от занимаемой должности, %

Инструмент сбора данных представлял собой вопросник, разработанный в соответствии с целью исследования. Анкета состояла из 48 вопросов и включала отдельные блоки вопросов для руководителей структурных подразделений, руководителей медицинских организаций, главного внештатного специалиста, блок вопросов для врачебного персонала челюстно-лицевой хирургии, блок вопросов для среднего медицинского персонала челюстно-лицевой хирургии.

Среди респондентов – медицинских работников – мужчин было 64,2%, 35,8% – женщин.

Ответы на вопрос о стаже работы в данной должности распределились следующим образом: от 1 года до 5 лет работали в соответствующей должности 10 человек (12,3%; 95% ДИ 5,18–19,51%), от 6 до 10 лет – 23 человека (28,4%; 95% ДИ 18,58–38,21%), от 11 до 20 лет – 31 человек (38,3%; 95% ДИ 27,69–48,86%), более 21 года – 17 человек (21%; 95% ДИ 12,12–29,86%).

Подавляющее большинство опрошенных работают в областной (республиканской, краевой) медицинской организации – 70 человек (86,4%; 95% ДИ 78,96–93,88%), 11 человек (13,6%; 95% ДИ 6,12–21,04%) работают в других

медицинских организациях, а именно: 33 человека (40,7%; 95% ДИ 30,04–51,44%) из опрошенных оказывают помощь в стационарных условиях, 6 человек (7,4%; 95% ДИ 1,7–13,11%) – в амбулаторных условиях, 42 человека (51,9%; 95% ДИ 40,97–62,73%) являются руководителями – организаторами здравоохранения. Анализ ответов на вопрос о стаже работы респондентов представлен в таблицах 4.2, 4.3.

Таблица 4.2 – Распределение респондентов – медицинских работников – в зависимости от стажа работы в указанной должности, %

Стаж работы	Стаж работы в указанной должности, %	Стаж работы в указанной должности, чел.	95% ДИ, %
До 1 года	не было	не было	–
От 1 до 5 лет	12,3	10	5,18–19,51
От 6 до 10 лет	28,4	23	18,58–38,21
От 11 до 20 лет	38,3	31	27,69–48,86
Более 20 лет	21,0	17	12,12–29,86

Более 20 лет в сфере здравоохранения работают 20 человек (24,7%; 95% ДИ 1,53–34,08%), от 11 до 20 лет – 24 респондента (29,6%; 95% ДИ 19,69–39,57%), от 6 до 10 лет – 22 опрошенных (27,2%; 95% ДИ 17,47–36,85%), меньшая часть опрошенных – 12 человек (14,8%; 95% ДИ 7,08–22,55%) работают от 1 до 5 лет, до 1 года заняты в данной сфере 3 человека (3,7%; 95% ДИ –0,41–7,82%). Таким образом, можно сделать вывод, что большая часть респондентов представлена специалистами с опытом работы выше 10 лет, соответственно их мнению можно доверять.

Среди опрошенных 62 человека (76,5%; 95% ДИ 67,32–85,77%) имеют высшую квалификационную категорию, из них 1 (1,6%; 95% ДИ –1,52–4,75%) является доктором медицинских наук, семеро (11,3%; 95% ДИ 3,41–19,17%) – кандидатами медицинских наук. Первая квалификационная категория есть у 13 опрошенных (16,1%; 95% ДИ 8,06–24,04%).

Таблица 4.3 – Распределение респондентов – медицинских работников – в зависимости от стажа работы в указанной медицинской организации, %

Стаж работы	Стаж работы в указанной медицинской организации, %	Стаж работы в указанной медицинской организации, чел.	95% ДИ, %
До 1 года	7,4	6	1,7–13,11
От 1 до 5 лет	14,8	12	7,08–22,55
От 6 до 10 лет	38,3	31	27,69–48,86
От 11 до 20 лет	28,4	23	18,58–38,21
Более 20 лет	11,1	9	4,27–17,96

Первый блок специализированных вопросов разработан конкретно для получения экспертной оценки руководителей структурных подразделений, руководителей медицинских организаций, главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Пензенской области, его заполнили 49 человек (60,5%; 95% ДИ 49,85–71,14%).

На первый вопрос блока «Как Вы оцениваете ситуацию с оказанием медицинской помощи по профилю ЧЛХ в Вашем регионе в целом?» 28 опрошенных (57,1%; 95% ДИ 43,29–71%) ответили, что ситуация беспокойная и есть серьезные трудности в работе медицинских организаций, 21 респондент (42,9%; 95% ДИ 29–56,71%) считает, что требуются срочные меры для исправления ситуации.

Среди основных проблем в организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ были выделены: недостаток государственного финансирования – 42 человека (85,7%; 95% ДИ 75,92–95,51%), неэффективное взаимодействие амбулаторного и стационарного этапов оказания медицинской помощи – 37 опрошенных (75,5%; 95% ДИ 63,47–87,55%), недостаточность коечного фонда – 33 человека (67,4%; 95% ДИ 54,22–80,48%), недостаточность врачебных кадров – 29 анкетирруемых (59,2%; 95% ДИ 45,42–72,95%). Также были выделены: ухудшение лекарственного обеспечения населения – 23 человека (46,9%; 95% ДИ 32,97–60,91%), снижение уровня квалификации кадров – 19 человек (38,8%; 95% ДИ 25,13–52,42%),

медленное внедрение новых медицинских технологий и обновление медицинского оборудования – 14 человек (28,6%; 95% ДИ 15,92–41,22%), нерациональное соотношение количества врачей и среднего медицинского персонала – 9 опрошенных (18,4%; 95% ДИ 7,53–29,21%) (рисунок 4.13).

Многие респонденты считают, что жителям Пензенской области медицинская помощь по профилю ЧЛХ скорее не доступна, чем доступна, средняя оценка доступности помощи составила 3 (2,0;4,0) балла. При оценке качества оказываемой медицинской помощи по профилю ЧЛХ мнения распределились следующим образом: 30 опрошенных (61,2%; 95% ДИ 47,58–74,87%) считают качество неудовлетворительным, 19 человек (38,8%; 95% ДИ 25,13–52,42%) – удовлетворительным. Среди причин неудовлетворенности качеством оказания медицинской помощи были выделены: низкий уровень оснащенности диагностической, реабилитационно-восстановительной аппаратуры – 28 опрошенных (57,1%; 95% ДИ 43,29–71%), нехватка врачей стационара – 26 человек (53,1%; 95% ДИ 6,12–21,04%), нехватка специалистов амбулаторного звена – 39 человек (79,6%; 95% ДИ 68,31–90,88%), отсутствие регламентирующих документов – 42 человека (85,7%; 95% ДИ 75,92–95,51%), низкая квалификация специалистов – 29 человек (59,2%; 95% ДИ 45,42–72,95%), отсутствие возможности оказания медицинской помощи детям, инвалидам – 41 человек (83,7%; 95% ДИ 73,32–94,02%). Средняя оценка качества помощи составила 5 (4,0;6,0). Качество работы стационара в баллах было оценено на 5 (4,0;6,0) баллов, амбулаторного звена – на 4 (3,0;5,0). Из анализа ответов видно, что в целом медицинская помощь респондентами оценена низко, существует много проблем, требующих решения в ближайшее время.

Согласно опросам наиболее частые причины обращения за помощью к специалистам по профилю ЧЛХ в Пензенской области – это лечение воспалительных заболеваний и травм челюстно-лицевой области: «удаление кист челюстей» – 12 человек (24,5%; 95% ДИ 12,45–36,53%), «удаление новообразований» – 8 человек (16,3%; 95% ДИ 5,98–26,68%), «операции по поводу

врожденных пороков развития» – 7 человек (14,3%; 95% ДИ 4,49–24,08%). Вероятно, это связано с увеличением числа таких патологий среди населения, а также с анатомическими и физиологическими особенностями этой области, из-за которых квалифицированное лечение с минимальным риском осложнений невозможно силами врачей других специальностей.

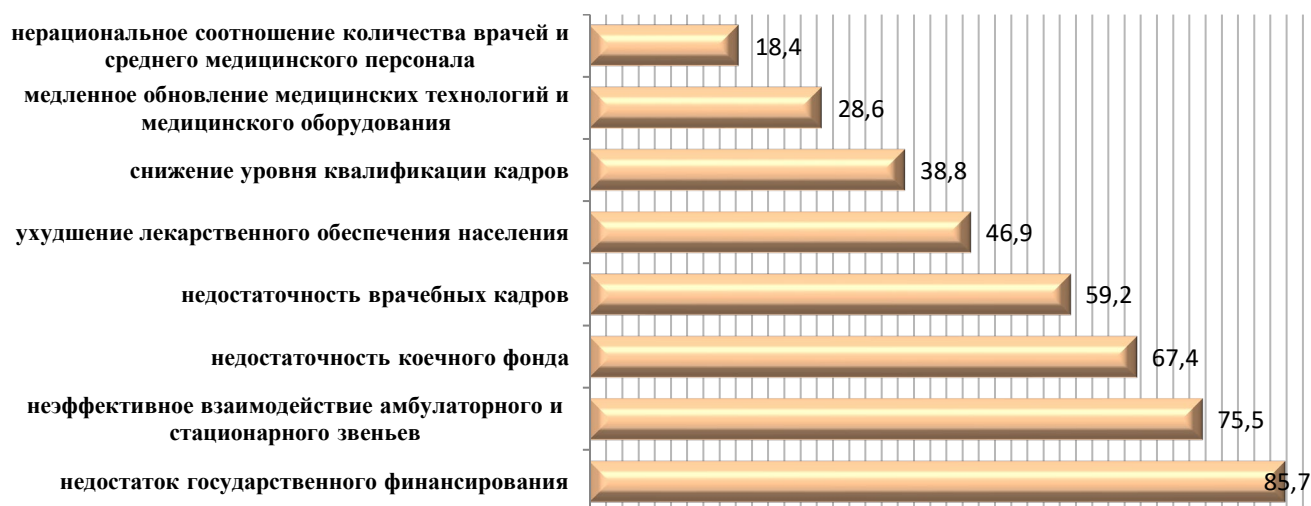


Рисунок 4.13 – Основные проблемы организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в Пензенской области по мнению респондентов, %

Все респонденты считают, что объем оказываемой медицинской помощи по профилю ЧЛХ недостаточный – 3,0 (2,0;5,0) балла, 49 ответивших (100%; 95% ДИ 100–100%) считают, что система нуждается в модернизации, при этом 10 человек (20,4%; 95% ДИ 9,12–31,69%) считают, что система нуждается в модернизации частично. Следует отметить, все респонденты-пациенты также считают, что в настоящее время, обеспеченность региона койками челюстно-лицевой хирургии недостаточная – 3,0 (2,0;4,0) балла.

Распределение ответов на вопрос о реорганизации системы оказания помощи по профилю ЧЛХ представлено в таблице 4.4.

Таким образом, самыми распространенными ответами были «создание центра челюстно-лицевой хирургии» – 87,8%, 77,6% отметили необходимость

использования «мультидисциплинарного подхода к оказанию помощи», 71,4% считают наиболее важным оптимизацию амбулаторного звена.

Таблица 4.4 – Распределение ответов руководителей структурных подразделений и заведующих отделениями на вопрос о том, что должна включать реорганизация оказания помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»

Вариант ответа	Число ответивших, чел.	Доля ответивших, %	95% ДИ, %
Снижение уровня госпитализаций	21	42,9	29–56,71
Развитие стационарзамещающих технологий – дневных стационаров, коек сверхкороткого пребывания	29	59,2	45,42–72,95
Развитие системы реабилитации	34	69,4	56,48–82,29
Сокращение сроков госпитализации	32	65,3	51,98–78,63
Создание центра челюстно-лицевой хирургии	43	87,8	78,58–96,93
Оптимизацию амбулаторного звена	35	71,4	58,78–84,08
Мультидисциплинарный подход к оказанию помощи	38	77,6	65,87–89,23
Система не нуждается в реорганизации	0	0	—

По мнению 49 респондентов (100%; 95% ДИ 100–100%) целесообразно объединение в единый комплекс стационара и амбулаторного звена, 39 опрошенных (79,6%; 95% ДИ 68,31–90,88%) считают, что мероприятия по реорганизации системы оказания помощи по профилю ЧЛХ в регионе не начались, 10 человек (20,4%; 95% ДИ 9,12–31,69%) затруднились ответить.

Среди респондентов 39 человек (79,6%; 95% ДИ 68,31–90,88%) ответили, что на медицинскую организацию, в которой они работают, пациенты предъявляли жалобы, связанные с отсутствием оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ, из числа ответивших 26 (66,7%; 95% ДИ 51,87–81,46%) – руководители медицинских организаций и 13 человек (33,3%; 95% ДИ 18,54–48,13%) – руководители структурных подразделений.

По мнению 49 опрошенных (100%; 95% ДИ 100–100%), необходимо совершенствовать доступность и результативность оказания помощи по профилю ЧЛХ, также 37 респондентов (75,5%; 95% ДИ 63,47–87,55%) считают, что в совершенствовании нуждается компетентность медицинского персонала, 24 человека (49%; 95% ДИ 34,98–62,98%) – безопасность, и 18 человек (36,7%; 95% ДИ 23,24–50,23%) считают, что необходимо совершенствовать этику медицинского персонала.

Вопрос «Что, с Вашей точки зрения, мешает соблюдению утвержденных в Вашем регионе стандартов лечения заболеваний челюстно-лицевой области в полной мере?» представляет собой вопрос с вариантами ответов на выбор, результаты ответов представлены в таблице 4.5.

Таблица 4.5 – Распределение ответов руководителей структурных подразделений и заведующих отделением на вопрос «Что, с Вашей точки зрения, мешает соблюдению утвержденных в Вашем регионе маршрутизации пациентов и стандартов лечения заболеваний челюстно-лицевой области в полной мере?»

Вариант ответа	Число ответивших, чел.	Доля ответивших, %	95% ДИ, %
Отсутствует соответствующее оборудование	31	63,3	49,77–76,76
Отсутствуют соответствующие медикаментозные препараты	20	40,8	27,05–54,58
Не хватает врачей, другого медперсонала	27	55,1	41,18–69,03
Утвержденная маршрутизация пациентов отсутствует	40	81,6	70,79–92,47
Низкое качество утвержденных стандартов	5	10,2	1,73–18,68
Ничего не мешает	0	0	–
Утвержденные стандарты отсутствуют	35	71,4	58,78–84,08
Затрудняюсь ответить	8	16,3	5,98–26,68

Респонденты считают, что основным фактор, затрудняющий соблюдение порядка направления пациентов и стандартов лечения заболеваний челюстно-лицевой области, – это их отсутствие.

Следующий блок специализированных вопросов – вопросы для врачебного персонала челюстно-лицевой хирургии, блок представлен 9 вопросами, 6 из которых с вариантами ответов на выбор. На вопросы данного блока ответили 10 человек.

Из врачебного персонала челюстно-лицевой хирургии 3 человека (30%; 95% ДИ 1,6–58,4%) опрошенных получили специальность «лечебное дело» по окончанию вуза, а 7 ответивших (70%; 95% ДИ 41,6–98,4%) – специальность «стоматология». Также 5 человек (50%; 95% ДИ 19,01–80,99%) проходили обучение в ординатуре по специальности «стоматология хирургическая».

Из респондентов только 5 человек (50%; 95% ДИ 19,01–80,99%) являются сотрудниками кафедры челюстно-лицевой хирургии Медицинского института ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», что говорит о низкой заинтересованности врачей в подготовке молодых кадров и научной деятельности (написание учебно-методических пособий, научных статей).

По мнению 5 анкетированных (50%; 95% ДИ 19,01–80,99%), за последние 3 года возможности по назначению пациентам необходимых обследований ухудшились, необходимые обследования не проводятся, 5 респондентов (50%; 95% ДИ 19,01–80,99%) указали, что возможности проведения обследований не ухудшились, но есть ограничения в проведении обследований. На вопрос, касающийся возможности по выбору лекарственных препаратов для назначения пациентам за последние 3 года, 6 опрошенных (60%; 95% ДИ 29,64–90,36%) ответили, что возможности ухудшились, стало сложнее выбирать и назначать препараты, 4 респондента (40%; 95% ДИ 9,64–70,36%) считают, что возможности не ухудшились, но стало сложнее выбирать и назначать препараты. Из анализа ответов можно сделать вывод, что в целом возможности у врачей в ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», по мнению большинства респондентов, по выбору и назначению обследований, лекарственных препаратов за последние 3 года

ухудшились, что говорит о необходимости расширения методов диагностики и лечения пациентов с патологией челюстно-лицевой области.

Все 10 опрошенных (100%; 95% ДИ 100–100%) врачей знают, что утвержденный порядок оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ отсутствует. Ввиду отсутствия на момент проведения опроса порядка, вопрос № 35 «Существуют ли проблемы применения порядка оказания медицинской помощи в Пензенской области?» пропущен всеми респондентами.

Далее был выделен блок специализированных вопросов для медицинского персонала, оказывающего помощь по профилю ЧЛХ (медицинские сестры и врачи) – 32 человека (39,5%; 95% ДИ 28,86–50,15%). Первым был задан вопрос «Работаете ли Вы по другой специальности / в другой медицинской организации?», «да» ответили 50% опрошенных, в числе которых 6 (37,5%; 95% ДИ 13,78–61,22%) медицинских сестер, 10 (62,5%; 95% ДИ 38,78–86,22%) врачей. Все ответившие утвердительно работают в частной медицинской организации.

Основой своего дохода 16 человек (50%; 95% ДИ 32,68–67,32%) указали заработную плату в другой организации, 16 человек (50%; 95% ДИ 32,68–67,32%) заработную плату в ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко».

Все 32 респондента (100%; 95% ДИ 100–100%) считают, что их рабочее место не укомплектовано всем необходимым для выполнения трудовых обязанностей. Также все опрошенные считают, что за последние 3 года в подразделениях челюстно-лицевой хирургии положительные изменения не происходили.

Был задан вопрос «Какова фактическая продолжительность Вашей рабочей недели по основному месту работы?», 23 человека (71,9%; 95% ДИ 56,3–87,45%) ответили – 41–45 ч, 9 опрошенных (28,1%; 95% ДИ 12,55–43,7%) ответили – более 45 ч, таким образом, время, проведенное на работе, у всех работников превышает норму – не более 40 ч согласно ст. 91 Трудового кодекса Российской Федерации от 30.12.2001 № 197–ФЗ, что является нарушением прав работников [107].

Следующим был задан вопрос «Что из перечисленного Вы больше всего цените в Вашей работе?» с множеством вариантов ответа на выбор, ответы врачебного персонала представлены в таблице 4.6, ответы медицинских сестер представлены в таблице 4.7.

Таблица 4.6 – Распределение ответов врачей отделения челюстно-лицевой хирургии на вопрос «Что из перечисленного Вы больше всего цените в Вашей работе?»

Вариант ответа	Число ответивших, чел.	Доля ответивших, %	95% ДИ, %
Это интересная работа	9	90	71,41–108,59
Удобное месторасположение, транспортная доступность	2	20	–4,79–44,79
Рабочее место, отвечающее самым современным требованиям	1	10	–8,59–28,59
Удобный график работы	2	20	–4,79–44,79
Гарантия сохранения рабочего места	4	40	9,64–70,36
Свобода организации своей деятельности	9	90	71,41–108,59
Возможность совместительства	5	50	19,01–80,99
Хороший трудовой коллектив	7	70	41,6–98,4
Общение с пациентами	4	40	9,64–70,36
Социальная значимость	9	90	71,41–108,59
Возможность хорошо зарабатывать	5	50	19,01–80,99
Пенсия в зависимости от стажа	9	90	71,41–108,59
Возможность продолжать работать, выйдя на пенсию	6	60	29,64–90,36
Перспективы карьерного роста	8	80	55,21–104,79

Наиболее распространенными среди респондентов-врачей ответами оказались: «это интересная работа», «социальная значимость», «пенсия в зависимости от стажа».

В отличие от врачей, медицинские сестры, принимающие участие в оказании помощи по профилю ЧЛХ, чаще всего отвечали: «хороший трудовой коллектив»,

«возможность продолжать работать, выйдя на пенсию» и «социальная значимость». Наименее популярными оказались ответы: «возможность хорошо зарабатывать», «рабочее место, отвечающее самым современным требованиям».

Таблица 4.7 – Распределение ответов медицинских сестер отделения челюстно-лицевой хирургии на вопрос «Что из перечисленного Вы больше всего цените в Вашей работе?»

Вариант ответа	Число ответивших, чел.	Доля ответивших, %	95% ДИ, %
Это интересная работа	14	63,6	43,54–83,74
Удобное месторасположение, транспортная доступность	16	18,6	54,12–91,34
Рабочее место, отвечающее самым современным требованиям	1	4,6	–4,16–13,25
Удобный график работы	9	40,9	20,36–61,45
Гарантия сохранения рабочего места	7	31,8	12,36–51,28
Свобода организации своей деятельности	3	13,64	–0,7–27,98
Возможность совмещения	4	18,2	2,06–34,3
Хороший трудовой коллектив	21	95,5	86,75– 104,16
Общение с пациентами	9	40,9	20,36–61,45
Социальная значимость	17	77,3	59,76–94,78
Возможность хорошо зарабатывать	12	54,6	33,74–75,35
Пенсия в зависимости от стажа	14	63,6	43,54–83,74
Возможность продолжать работать, выйдя на пенсию	19	86,4	72,02–100,7
Перспективы карьерного роста	15	68,2	48,72–84,64

Среди опрошенных 6 человек (18,8%; 95% ДИ 5,23–32,27%) знают, что за последний год к медицинскому персоналу были применены дисциплинарные взыскания в виде публичного выговора, общественного порицания, 8 человек (25%;

95% ДИ 10–40%) ответили, что было вынесено предупреждение, 9 (28,1%; 95% ДИ 12,55–43,7%) считают, что ничего из вышеперечисленного не применялось, 9 опрошенных (28,1%; 95% ДИ 12,55–43,7%) затруднились ответить.

В целом все опрошенные считают свою профессию престижной: утвердительно ответили 17 человек (53,1%; 95% ДИ 35,84–70,41%), ответ «скорее да, чем нет» выбрали 15 опрошенных (46,9%; 95% ДИ 29,59–64,16%).

На вопрос «С учетом положительных и отрицательных сторон Вашей работы в целом в какой степени Вас удовлетворяет работа в Вашей медицинской организации?» 10 респондентов (31,3%; 95% ДИ 15,19–47,31%) ответили «частично удовлетворяет, частично нет», 13 человек (40,6%; 95% ДИ 23,61–57,64%) выбрали ответ «скорее не удовлетворяет, чем удовлетворяет», 9 человек (28,1%; 95% ДИ 12,55–43,7%) совершенно не удовлетворены своей работой. Также 29 сотрудников (90,6%; 95% ДИ 80,53–100,72%) не удовлетворены качеством организации работы.

Из результатов анкетирования можно сделать вывод, что практически все сотрудники не удовлетворены своей работой, это может отрицательно сказываться на трудовой мотивации работников и повлечь за собой негативное отношение к работе и, как следствие, снижение качества медицинской помощи, оказываемой населению с патологией челюстно-лицевой области.

Проведенное анкетирование показало, что более половины опрошенных пациентов остались полностью неудовлетворенными или частично удовлетворенными оказанной медицинской помощью по профилю ЧЛХ. Наименьший процент удовлетворенности отмечен в отношении условий оказания услуг в данной медицинской организации. Среди причин неудовлетворенности медицинской помощью пациенты выделили не только отношение медицинского персонала, плохую организацию работы системы, качество обследования и лечения, но прежде всего санитарно-гигиенические условия пребывания в медицинской организации и оказанный сервис. Практически все показатели работы амбулаторного кабинета оценены респондентами достаточно низко. Выявлены проблемы с записью пациентов, с информированностью об услугах. Все

вышеперечисленное говорит о том, что в целом система оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ не справляется со своими главными задачами.

Особую категорию пациентов составляют люди с ограниченными возможностями и детское население, им необходимы специальные условия для осмотра, обследования и лечения. По данным опроса, практически все респонденты данной группы, законные представители считают, что медицинская организация не укомплектована необходимым оборудованием, отсутствуют условия для приема и оказания медицинской помощи данным категориям пациентов. Выявлены серьезные недостатки, значительно осложняющие пребывание таких пациентов на осмотре, лечении.

Подводя итог изучению мнения пациентов, можно говорить о том, что с точки зрения потребителей медицинских услуг повышение качества медицинской помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области возможно путем проведения ряда организационных мероприятий: внедрение региональных порядков оказания медицинской помощи, развитие амбулаторного звена (создание кабинета челюстно-лицевого хирурга, кабинета реабилитации), расширение перечня оборудования и услуг для более тщательного обследования и лечения пациентов различных категорий; усиление организационной работы, направленной на сокращение сроков ожидания пациентами оказания медицинской помощи.

Резюме. Таким образом, социологическое исследование позволило оценить различные компоненты организации медицинской помощи по профилю члх. выявлен достаточно низкий уровень удовлетворенности качеством работы, большинство получателей медицинских услуг в целом не удовлетворены качеством их оказания. были учтены те стороны деятельности, которые оценивались пациентами положительно, и те, которые были оценены отрицательно. Для пациентов стационара наиболее важны условия содержания в отделении, в том числе комфорт размещения и количество пациентов в палате. Для пациентов, получающих помощь в амбулаторных условиях – время ожидания приема,

возможность и сроки проведения обследований, характер взаимоотношений с медицинским персоналом.

В процессе исследования были обнаружены существенные недостатки в работе системы оказания помощи по профилю ЧЛХ, которые значительно отражаются на качестве оказания медицинской помощи и влекут за собой снижение числа удовлетворенных пациентов. К одним из важнейших относится превышение сроков ожидания пациентами плановой госпитализации, приема специалистов, обследований, установленных в Постановлении Правительства Пензенской области № 627–пП от 22.12.2017 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Пензенской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов». Также важно, что в отделении челюстно-лицевой хирургии совместно (в одних палатах) содержатся пациенты разного возраста (от 0 до 70 лет и старше), пациенты, различающиеся по тяжести состояния и заболеванию (плановые и экстренные), ухаживающие за инвалидами и законные представители детей, разнополые пациенты, что нарушает личные права пациентов и этические нормы [17].

По итогам опроса руководителей структурных подразделений, руководителей медицинских организаций, главных внештатных специалистов отмечена беспокойная ситуация с оказанием медицинской помощи по профилю ЧЛХ, отмечены трудности в работе и необходимость срочных мер для исправления. Среди основных недостатков были выделены следующие: низкий уровень оснащенности диагностической, реабилитационно-восстановительной аппаратуры, отсутствие регламентирующих документов, отсутствие возможности оказания медицинской помощи детям, инвалидам. Выявлены недостатки в виде отсутствия маршрутизации и порядка оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ.

В балльной системе были оценены доступность и качество медицинской помощи, качество работы амбулаторного и стационарного звеньев, все показатели были оценены достаточно низко – от 3 до 5 баллов по 10-балльной шкале. По мнению организаторов здравоохранения, объем оказываемой помощи и коечный

фонд системы оказания помощи по профилю ЧЛХ недостаточные. Выявлена необходимость в реорганизации и модернизации, которые заключаются в создании Центра челюстно-лицевой хирургии, мультидисциплинарном подходе к оказанию помощи, развитии системы реабилитации.

Результаты опроса сотрудников показали низкую удовлетворенность работой в ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко». Врачами отмечено ограничение возможности в назначении обследований и лекарственных препаратов пациентам. Сотрудники не удовлетворены качеством организации работы, отмечена необеспеченность рабочего места необходимым для выполнения трудовых обязанностей, большая загруженность персонала. Часть сотрудников работают дополнительно в частных организациях и отмечают более высокую зарплату в сравнении с ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», что ведет к снижению мотивации персонала к результативному труду и стремлению совершенствовать лечебно-диагностические процессы.

В оказании медицинской помощи огромное значение имеет четко выстроенная система маршрутизации и регламентирующий порядок оказания помощи. Специалисты системы здравоохранения подчеркнули отсутствие порядка, что делает полноценное и квалифицированное оказание медицинской помощи невозможным. Результаты исследования указывают на потребность в развитии и реорганизации системы помощи по профилю ЧЛХ в Пензенской области.

ГЛАВА 5
ЗАТРАТЫ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ПО ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ –
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ
ХИРУРГИЯ» В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

5.1. Методика исследования и структура затрат рабочего времени врачей – челюстно-лицевых хирургов

Модернизация российского здравоохранения предполагает разработку новых методов работы медицинских учреждений на всех этапах оказания медицинской помощи. Это обусловлено изменениями в эпидемиологии, демографии, социальном положении населения, а также улучшением материальной базы и возможностей для проведения диагностики и лечения [37].

Нормирование труда в медицинских организациях направлено на создание условий для рационального использования организационных, технологических и трудовых ресурсов, оптимизацию организации трудового процесса, достижение оптимального уровня интенсивности работы при предоставлении медицинских услуг и повышение их результативности [112].

При проведении исследования были учтены требования к соответствию продолжительности рабочего времени медицинских работников, указанной в Постановлении Правительства Российской Федерации № 101 от 14.02.2003 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой должности и (или) специальности» [15]. Для медицинских работников, чья специальность не указана в данном Постановлении, согласно Письму Минздрава России от 13.07.2018 № 16–3/3070965–4302 [14] сокращенная продолжительность рабочего времени не превышает 39 ч в неделю. Врачи – челюстно-лицевые хирурги, также подпадают под эту категорию с нормой продолжительности рабочего дня 7,8 ч. Изучение средних затрат времени на отдельные технологические операции проводилось методом

фотохронометражных измерений с учетом фактического коэффициента повторяемости операций [14].

Был проведен анализ элементов трудового процесса врачей – челюстно-лицевых хирургов, круглосуточного стационара ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко». График работы, установленный руководством ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко»: будние дни с 08:00 до 15:45 без перерывов. Отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» развернуто на 30 коек, на каждого врача – челюстно-лицевого хирурга, приходится по 15 коек.

Перед началом исследования был разработан перечень (словарь) отдельных трудовых операций и видов работ, входящих в функциональные обязанности наблюдаемых врачей – челюстно-лицевых хирургов, круглосуточного стационара ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» согласно классификации М. А. Рогового. В соответствии с классификацией производительное время включает основную и вспомогательную деятельность, работу с документацией, служебные разговоры, прочую деятельность; непроизводительное время – личное необходимое время и незагруженное время [137].

Данный перечень предварительно был апробирован в течение 2 рабочих дней хронометража с целью коррекции по включению тех или иных трудовых операций, выполняемых врачом – челюстно-лицевым хирургом, круглосуточного стационара.

5.2. Анализ распределения рабочего времени по видам деятельности врачей – челюстно-лицевых хирургов

Фотохронометражные исследования проводились в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», расположенном на втором этаже отдельного здания на территории больницы в 400 м от приемного отделения. В этом корпусе отсутствует оборудование для проведения полного обследования пациентов, такое как компьютерный томограф, магнитно-резонансный томограф, аппарат ультразвуковой диагностики, рентгенограф и клинико-диагностическая лаборатория и др. [152].

Отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» является центральным и единственным звеном оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в Пензенской области.

В 2018 г. в штатном расписании отделения челюстно-лицевой хирургии было три должности: два врача – челюстно-лицевых хирурга, и заведующий отделением [152].

Врачи отделения челюстно-лицевой хирургии работали с 8:00 до 15:45.

Для получения достоверных данных и получения сравнительной оценки затрат рабочего времени врача – челюстно-лицевого хирурга круглосуточного стационара, было принято решение о проведении фотохронометражных измерений двух врачей – челюстно-лицевых хирургов, отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» одновременно, независимо друг от друга двумя экспертами. Исследуемые врачи – челюстно-лицевые хирурги, относятся к лицам трудоспособного возраста (28 ± 4 года), не имеют квалификационную категорию.

Фотохронометраж проводился в течение двух недель – 10 рабочих дней (смен) без перерывов в период с 03.12.2018 по 07.12.2018, 10.12.2018 – по 14.12.2018.

Анализ проведенного фотохронометражного измерения двух врачей – челюстно-лицевых хирургов, за рабочий день – 04.12.2018 (приложение 12), показал, что оба в полном объеме выполнили все свои должностные обязанности (рисунок 5.1).

Врач – челюстно-лицевой хирург, № 1 провел на рабочем месте суммарно 590 мин, или 9,8 ч, в то время как врач № 2 – 580 мин, или 9,7 ч, при норме рабочего времени 7,8 ч.

За данный промежуток времени врачи на переодевание из штатской одежды/верхней одежды и обратно, подготовку рабочего места потратили в среднем 15 мин.

Процесс переодевания в санпропускнике, обработки рук, надевания стерильной одежды и перчаток, снятия этой одежды и перчаток, а также подготовки к осмотру послеоперационных больных включает мытье рук, обработку кожи

антисептиком и использование стерильных перчаток и длится в среднем 31 мин.

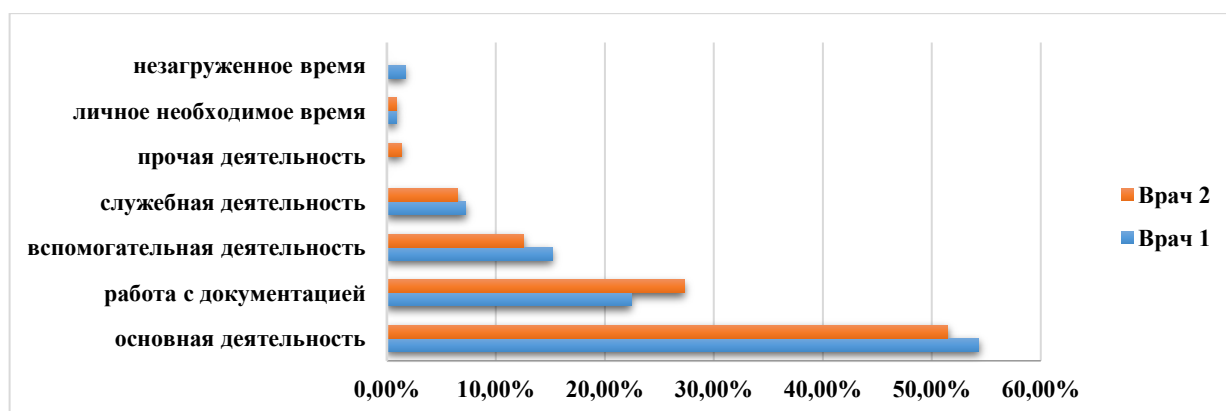


Рисунок 5.1 – Структура затрат рабочего времени врача челюстно-лицевых хирурга, оказывающего помощь в стационарных условиях, %

Проведение ежедневного обхода у обоих врачей заняло 45 мин.

Средняя продолжительность проведения оперативного вмешательства – 31 мин. Так, врач № 1 провел две операции по 32 и 28 мин, врач № 2 – две операции по 30 мин каждая.

На проведение ежедневного осмотра пациентов круглосуточного стационара отделения челюстно-лицевой хирургии тратится 45 мин, в то время как на осмотр плановых пациентов до и после операции занимает 58 мин.

За день врачи осмотрели в приемном отделении 10 пациентов, 8 пациентов из общего количества обратившихся в приемное отделение были непрофильными, требовалось амбулаторное лечение по следующим направлениям: оториноларингология, стоматология детская, стоматология, неврология, онкология. Двоих амбулаторных пациентов госпитализировали в круглосуточный стационар для проведения оперативного вмешательства.

За анализируемый день госпитализировано 4 плановых пациента, оперативное вмешательство двум больным перенесено на следующий день.

На переходы в приемное отделение у врачей затрачивается в среднем $40 \pm 0,16$ мин.

Врач № 1 тратит 24 мин на общение с медицинским персоналом, из которых 5 мин занимает разговор по поводу обратившихся пациентов.

Врач № 2 посвящает разговорам с медицинским персоналом 19 мин, а 4 мин разговаривает по телефону с сотрудниками приемного отделения.

На заполнение документации врач № 1 потратил суммарно 133 мин, из которых на просмотр историй пациентов затрачивалось 30 мин на заполнение документации плановых пациентов ушло 16 мин, документов при выписке – 30 мин, на заполнение документов пациентам в приемном отделении 20 мин. У врача № 2 на работу с документами ушло 159 мин, просмотр историй болезни пациентов – 30 мин, заполнение документации плановых пациентов – 16 мин, заполнение документов пациентов в приемном отделении – 20 мин, а документов при выписке – 30 мин.

Мероприятия личного характера заняли в среднем 5 мин.

Оба врача – челюстно-лицевых хирурга, переработали за данный день более полутора часов, врач № 1 покинул свое рабочее место в 17.37, врач № 2 – 17.31.

Количество выполняемых трудовых операций и время, затрачиваемое на них, похожи у двух врачей, что позволяет сделать вывод об их практически идентичных рабочих днях и нагрузках.

5.3. Результаты фотохронометражных измерений врачей – челюстно-лицевых хирургов, круглосуточного стационара

За 10 рабочих дней пятидневной рабочей недели были проведены одновременно независимо друг от друга замеры рабочего времени двух врачей – челюстно-лицевых хирургов, двумя экспертами. По результатам анализа листа фотохронометражных измерений двух врачей было определено, что каждый день был практически идентичным описанным ранее стандартным дням.

Со слов заведующего и врачей, существуют также нетипичные дни врачей – челюстно-лицевых хирургов, круглосуточного стационара. Так, врачей часто вызывают в другие медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи.

Вызовы поступали из таких медицинских организаций, как ГБУЗ «ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова», ГБУЗ «ООКД», ГБУЗ «КБ № 6 им. Захарьина», ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи».

В среднем на один выезд с учетом времени, потраченного на организацию выезда, дорогу туда и обратно, проведение осмотра и установки диагноза, уходит 4 ч рабочего времени врача – челюстно-лицевого хирурга, круглосуточного стационара.

В период отсутствия одного врача челюстно-лицевого хирурга, вся нагрузка ложится на второго врача.

Вместе с тем врач – челюстно-лицевой хирург, который находится на выезде, не может оказать полноценное специализированное лечение пациентам в условиях другой медицинской организации. Для проведения необходимого лечения производят межбольничный перевод пациента в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко». После транспортировки пациента врач – челюстно-лицевой хирург, по показаниям, выполняет оперативные вмешательства в экстренном или в отсроченном порядке.

Осмотр тяжелобольных пациентов, которые находятся в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), врач – челюстно-лицевой хирург, должен проводить 4 раза в день. Согласно разговору с врачами – челюстно-лицевыми хирургами, на пациентов в реанимации в среднем в день тратится от полутора часов.

Также в приемное отделение обращаются дети с показаниями для экстренной госпитализации, больные с ментальными нарушениями. Данная категория пациентов требует особого отношения и налаживания контакта, в связи с чем увеличивается время осмотра на 15 мин.

Пациенты с сочетанными травмами после ДТП и других происшествий доставляются в приемное отделение бригадой скорой медицинской помощи для дальнейшей госпитализации в круглосуточный стационар отделения челюстно-лицевой хирургии.

За время проведения фотохронометражных измерений нетипичных дней врача – челюстно-лицевого хирурга, не было.

За данный промежуток времени на проведение ежедневного обхода у врачей в среднем было затрачено $45 \pm 0,15$ мин, проведение оперативного вмешательства – $31 \pm 0,11$ мин. На проведение ежедневного осмотра пациентов круглосуточного стационара отделения челюстно-лицевой хирургии тратится $45 \pm 0,16$ мин, в то время как на осмотр плановых пациентов до и после операции занимает $58 \pm 0,22$ мин (таблица 5.1).

Таблица 5.1 – Длительность основной деятельности врача – челюстно-лицевого хирурга

Элемент вида деятельности	Кол-во значений, n	Mean, с	SD, с	Min, с	Q1, с	Med, с	Q3, с	IQR, с	Max, с	Общая длительность
Проведение ежедневного обхода	10	895,7	31,51	853	867	895	924	895	942	8957
Проведение оперативного вмешательства	10	1849,7	23,324	1823	1832	1844,5	1865	1844,5	1891	18497
Проведение ежедневного осмотра пациентов круглосуточного стационара отделения челюстно-лицевой хирургии	10	2390,7	27,92	2348	2374	2384	2422	2384	2430	23907
Осмотр плановых пациентов до и после операции	10	3470,8	41,91	3375	3452	3474	3509	3474	3511	34708

Длительность просмотра историй болезни пациентов врачами составила $30 \pm 0,17$ мин, заполнение документации плановых и экстренных пациентов – $16 \pm 0,21$ мин, заполнение документов при выписке – $30 \pm 0,17$ мин, заполнение документов пациентов в приемном отделении – $20 \pm 0,16$ мин (таблица 5.2)

Таблица 5.2 – Длительность работы с медицинской документацией врача – челюстно-лицевого хирурга

Элемент вида деятельности	Кол-во значений, <i>n</i>	Mean, с	SD, с	Min, с	Q1, с	Med, с	Q3, с	IQR, с	Max, с	Общая длительность
Просмотр историй болезни пациентов	10	1793,1	32,52	1739	1769	1793	1817	1793	1836	17931
Заполнение документации плановых и экстренных пациентов	10	942,7	40,40	861	924	938,5	978	938,5	1001	9427
Заполнение документов при выписке	10	1793,3	32,48	1740	1768	1792,5	1816	1792,5	1837	17933
Заполнение документов в приемном отделении	10	1193,6	31,64	1149	1237	1191	1218	1191	1237	11936

Затраты рабочего времени врачей на служебные разговоры с медицинским персоналом составили в среднем $23 \pm 0,10$ мин, из которых разговоры по телефону по поводу обратившихся в приемное отделение пациентов занимают $5 \pm 0,09$ мин (таблица 5.3).

Таблица 5.3 – Длительность элементов служебной деятельности

Элемент вида деятельности	Кол-во значений, <i>n</i>	Mean, с	SD, с	Min, с	Q1, с	Med, с	Q3, с	IQR, с	Max, с	Общая длительность
Служебные разговоры с медицинским персоналом	10	1325,7	20,47	1300	1308	1326,5	1345	1326,5	1356	13257
Разговоры по телефону с сотрудниками приемного отделения	10	287,7	18,60	264	274	285	300	285	319	2877

Врачи на переодевание из штатской одежды/верхней одежды и обратно, подготовку рабочего места потратили в среднем $15 \pm 0,16$ мин. На переодевание в санпропускнике (хирургический костюм, бахилы, шапочка, маска), хирургическую обработку рук, надевание стерильного белья, стерильных перчаток, снятие стерильного белья и стерильных перчаток, подготовку к осмотру послеоперационных пациентов тратится у врачей в среднем $31 \pm 0,12$ мин. Переходы из корпуса в корпус занимают в среднем $40 \pm 0,14$ мин (таблица 5.4).

Таблица 5.4 – Длительность элементов вспомогательной деятельности врача челюстно-лицевого хирурга

Элемент вида деятельности	Кол-во значений, <i>n</i>	Mean, с	SD, с	Min, с	Q1, с	Med, с	Q3, с	IQR, с	Max, с	Общая длительность
Переодевание из штатской одежды/верхней одежды и обратно, подготовку рабочего места	10	895,7	31,51	853	867	895	924	895	942	8957
Переодевание в санпропускнике (хирургический костюм, бахилы, шапочка, маска), хирургическая обработка рук, надевание стерильного белья, стерильных перчаток, снятие стерильного белья и стерильных перчаток, подготовка к осмотру	10	1849,7	23,32	1823	1832	1844,5	1865	1844,5	1891	18497
Переходы из корпуса в корпус	10	2390,7	27,92	2348	2374	2384	2422	2384	2430	23907

Мероприятия личного характера составляли в среднем $5 \pm 0,18$ мин.

На время ожидания готовности/транспортировки пациента для проведения хирургического вмешательства, проведение анестезиологического пособия

потрачено в среднем $8 \pm 0,22$ мин. Длительность опозданий на работу в среднем составила $5 \pm 1,59$ мин (таблица 5.5).

Таблица 5.5 – Длительность элементов прочей деятельности, личного необходимого и незагруженного времени

Элемент вида деятельности	Кол-во значений, <i>n</i>	Mean, с	SD, с	Min, с	Q1, с	Med, с	Q3, с	IQR, с	Max, с	Общая длительность
Мероприятия личного характера	10	301,8	35,42	251	268	308	334	308	346	3018
Время ожидания готовности/транспортировки пациента для проведения хирургического вмешательства, проведение анестезиологического пособия	10	471,6	41,92	376	453	474,5	510	474,5	512	4716
Опоздания на работу	10	411,42	290,71	0	453	600	510	600	660	2880

В результате анализа полученных данных, представленных в таблице 5.6, выявлено, что незагруженное время составляет всего 0,82% от общих затрат времени. Врачи опаздывали на работу за время проведения фотохронометражных измерений 4 раза: в 1, 2, 5, 6, 7, 9-е дни в среднем на $5 \pm 1,59$ мин. Из-за опозданий врачи не успевали прийти на планерное совещание, из-за чего врачу после завершения совещания приходилось уточнять у коллег, какая информация была дана и какие вопросы обсуждались.

На личное необходимое время потрачено в среднем 0,86% от всего рабочего времени. Данное время затрачивается только на мероприятия личного характера. Из-за высокой загруженности врачи пропускают прием пищи в течение дня, что может негативно влиять на общее самочувствие и работоспособность.

Таблица 5.6 – Структура затрат рабочего времени врачей – челюстно-лицевых хирургов в зависимости от видов деятельности, %

Вид деятельности	03.12. 2018		04.12. 2018		05.12. 2018		06.12. 2018		07.12. 2018		10.12. 2018		11.12. 2018		12.12. 2018		13.12. 2018		14.12. 2018	
	врач 1	врач 2	врач 1	врач 2	врач 1	врач 2	врач 1	врач 2	врач 1	врач 2	врач 1	врач 2	врач 1	врач 2	врач 1	врач 2	врач 1	врач 2	врач 1	врач 2
Основная деятельность	61,41	61,33	54,30	51,46	64,1	63,39	62,01	63,41	62,73	61,16	62,65	62,45	64,86	60,25	62,33	61,19	60,44	62,17	61,89	60,55
несвойственная деятельность	39,63	40,42	43,84	41,67	40,76	41,82	40,32	39,65	40,8	43,67	39,41	41,5	41,89	41,01	41,34	43,13	39,27	40,11	43,74	39,62
Работа с документацией	16,35	17,18	22,43	27,27	15,13	14,97	16,48	16,49	15,85	16,21	15,78	16,31	15,75	16,46	17,01	16,36	16,28	16,52	15,27	17,69
несвойственная деятельность	19,12	21,12	23,04	21,58	20,39	21,16	19,02	19,62	19,97	23,67	19,87	20,19	21,78	20,9	20,72	22,7	19,71	20,41	22,82	19,59
Вспомогательная деятельность	13,74	14,82	15,18	12,52	14,43	15,76	14,57	15,23	13,41	15,15	14,87	13,21	14,48	15,25	13,18	14,66	14,79	15,8	15,48	15,02
несвойственная деятельность	47,81	45,98	46,56	46,79	46,84	45,64	45,68	47,45	45,65	46,53	46,98	46,99	45,46	47,87	46,53	45,86	46,72	45,55	47,23	46,96
Служебная деятельность	4,24	4,52	7,25	6,52	4,11	4,96	4,7	4,13	4,04	5,35	4,5	4,43	4,07	4,15	5,19	5,39	4,11	4,46	5,27	4,5
несвойственная деятельность	10,68	10,74	11,63	10,53	11,86	10,75	10,42	11,59	10,65	10,39	11,96	11,84	10,86	11,67	10,46	11,13	11,24	10,93	11,07	10,49
Прочая деятельность	1,35	1,34	0	1,37	1,29	0	1,41	0	1,36	1,34	1,28	1,4	0	1,35	1,37	1,34	1,42	0,16	1,11	1,3
Личное необходимое время	0,91	0,81	0,84	0,86	0,94	0,92	0,83	0,74	0,75	0,79	0,92	0,85	0,84	0,78	0,92	1,06	0,78	0,89	0,98	0,94
Незагруженное время	2	0	0	0	0	0	0	0	1,86	0	0	1,35	0	1,78	0	0	2,18	0	0	0

Затраты на прочую деятельность составили 1,34% от общего баланса рабочего времени. Большая часть времени затрачивалась на ожидание транспортировки пациента – в среднем 96,2%, на ожидание начала действия анестезии – 3,8%. Во время проведения хронометража было обнаружено, что только одна сестринская бригада отвечает за транспортировку пациентов, поскольку

в больнице не хватает среднего и младшего медицинского персонала. В дни 3, 5 и 8 проведения фотохронометражных измерений эта рабочая операция занимала больше времени по сравнению с другими днями из-за большого количества операций [157].

Доля затрат времени на служебную деятельность составляет 4,59% от общего времени. Из них 11,04% приходится на служебные разговоры с медицинским персоналом приемного отделения (рисунок 5.2). Данные разговоры относятся к несвойственным трудовым операциям данной должности.

Вспомогательная деятельность занимает 14,63% времени. На переодевание из штатской одежды в медицинскую и обратно, а также подготовку и уборку рабочего времени было потрачено 16,67% из данного вида деятельности, на одевание и снятие стерильного белья, стерильных перчаток, а также подготовку к проведению осмотра – 38,89%. Затраты времени на данные трудовые операции можно считать оправданными, так как они обеспечивают дальнейшую безопасность самого врача во время взаимодействия с пациентом (защита от инфицирования вирусами гепатита, ВИЧ; профилактика травматизма).

Из данного вида деятельности 46,55% заняли переходы из корпуса в корпус, которые относятся к несвойственным трудовым операциям данной должности и отнимают большое количество времени врача – челюстно-лицевого хирурга, круглосуточного стационара.

На работу с документацией тратится 16,3% общего баланса рабочего времени. На просмотр историй болезни пациентов затрачивалось 22,56% времени, на заполнение документации плановых пациентов ушло 12,03%. Затрудняют работу с документацией постоянные перебои в региональной информационно-

аналитической информационной системе «ПРОМЕД» (РИАМС «ПРОМЕД»), а также «зависания» компьютерной техники.

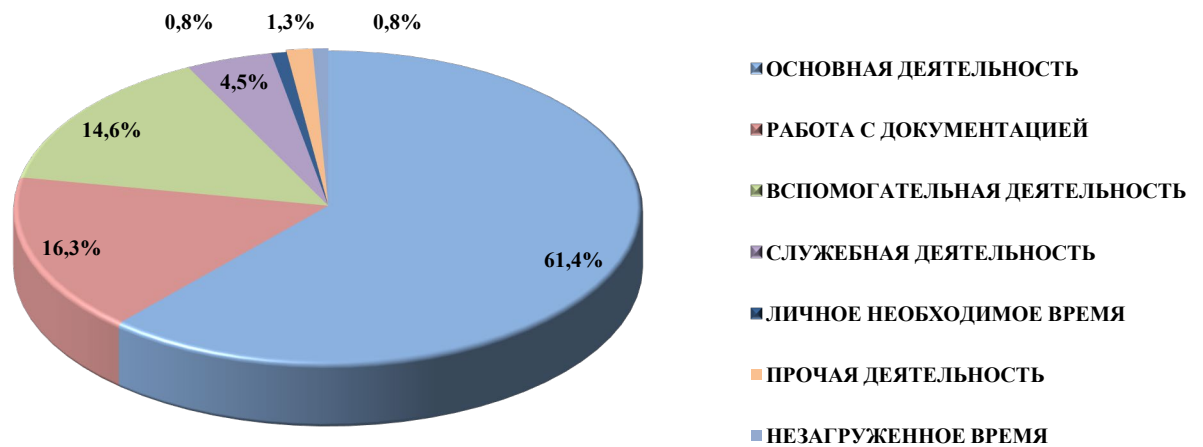


Рисунок 5.2 – Структура видов деятельности врача – челюстно-лицевого хирурга, 2018 г.

Ежедневно госпитализировалось 3 плановых пациента и 2–4 экстренных пациента, поступивших из приемного отделения, в связи с чем коечный фонд отделения постоянно перегружен. Из-за этого стояла необходимость выписки в ближайшие сроки пациентов. На заполнение документов при выписке тратилось 22,56% рабочего времени.

На заполнение документов пациентов в приемном отделении тратилось в среднем 20,86% времени от данного вида деятельности, эти трудовые операции относятся к несвойственным должности врача – челюстно-лицевого хирурга. Врачи круглосуточного стационара согласно анализу фотохронометражных карт не успевали в полном объеме заполнять медицинскую документацию в рабочее время.

Основная деятельность составила 61,46% от общего количества времени. На проведение ежедневного утреннего и вечернего обходов тратилось 16,69% времени. Однако в 3, 7, 9-й дни проведения исследования было потрачено на данные трудовые операции больше времени, что связано с затратой большего времени на ответы пациентов.

Наличие одной перевязочной без разделения на «гнойную» и «чистую» приводило к значительной отсрочке проведения ежедневного осмотра пациентов. Так, после осмотра и обработки ран одним врачом «своих» пациентов необходимо было провести уборку и кварцевание перевязочной. Только после завершения дезинфицирующих мероприятий второй врач имел возможность проводить осмотр своих пациентов. Данные мероприятия приходились на промежуток с 14:20 до 15:30.

Осмотр послеоперационных пациентов проводился после окончания рабочего дня, так как из-за высокой загруженности не укладывался в установленные сроки.

На проведение осмотра пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии выделялось 14,18% времени, на осмотр послеоперационных пациентов – 5,66%, но в 2, 5, 8, 10-й дни этот показатель был выше, в отличие от других дней, из-за большего количества послеоперационных пациентов.

На несвойственную деятельность, такую как осмотр пациентов в приемном отделении, тратится в среднем 41,18% времени. Максимального значения данный фактор достиг в 2, 5, 8, 10-й дни, так как в приемное отделение обратилось 10 пациентов. Стоит отметить, что у 90,9% обратившихся пациентов не были выявлены показания для госпитализации в стационар, им были даны рекомендации для амбулаторного лечения или направление на лечение в амбулаторных условиях у смежных специалистов, таких как врачи – оториноларингологи, неврологи, травматологи-ортопеды, стоматологи, онкологи, ортодонты и др.

При проведении в среднем трех плановых операций в день регулярно одно или два плановых оперативных вмешательства откладывались на следующий день. Данная ситуация возникла из-за того, что врачей часто вызывали в приемное отделение, из-за чего врач не успевал прооперировать всех поступивших плановых пациентов. Плановые пациенты, которым не было проведено оперативное вмешательство в день поступления, были вынуждены ждать проведения оперативного вмешательства.

В среднем на одну операцию тратилось 27,95% от данного вида деятельности. По действующим нормативным документам, регламентирующим действия оперирующего врача в операционном блоке, ассистировать на операции может только врач. Так как врач – челюстно-лицевой хирург, задействован в другой деятельности, врач – челюстно-лицевой хирург, оперирует с хирургической медицинской сестрой. Из-за недостаточности имеющихся навыков ассистирования у медицинской сестры увеличивалось время на проведение операции.

За анализируемый период кодом «0» было обозначено 15 трудовых операций, к которым врач потом возвращался для их завершения.

Был проведен расчет коэффициента использования рабочего времени врачей – челюстно-лицевых хирургов. В результате проведенного вычисления было определено, что врач № 1 использовал рабочее время на 100%, в то время как врач № 2 – на 98%.

Врачи перегружены работой в приемном отделении. По данным фотохронометражного исследования, они проводят на рабочем месте в среднем $9,75 \pm 0,1$ ч, что на 1,95 ч превышает норму. Однако оба врача выполнили все свои должностные обязанности в полном объеме.

Результаты исследований, представленных в данной главе, опубликованы в статье: Лебедев, М. В. Сравнительная характеристика затрат рабочего времени врача – челюстно-лицевого хирурга, оказывающего помощь в стационарных условиях, в условиях организационного эксперимента / М. В. Лебедев, И. М. Сон, Л. И. Меньшикова, И. Х. Цечоева // Менеджер здравоохранения. – 2024. – № 7. – С. 28–38. – doi: 10.21045/1811-0185-2024-7-28-38.

Резюме. На первоначальном этапе проведения фотохронометражных измерений проведена оценка нормативно-правовых актов и действующих должностных инструкций, регламентирующих профессиональную деятельность врачей – челюстно-лицевых хирургов. Была разработана карта хронометражных наблюдений деятельности врача – челюстно-лицевого хирурга, с четким описанием

всех элементов трудового процесса. Полученные данные о затратах времени данных врачей за 10 дней заносились в разработанный лист фотохронометражных наблюдений.

Фотохронометражные измерения помогли определить, сколько времени врачи – челюстно-лицевые хирурги, тратят на разные виды деятельности. Анализ исследования выявил много проблем и ошибок в организации работы этих специалистов. Значительная перегрузка врача может отражаться на качестве оказания медицинской помощи, а также способствовать увеличению количества осложнений у пациентов. Так, согласно статистическим данным повторно в отделение челюстно-лицевой хирургии поступили 62 человека за 2018 г., из них 52 человека были госпитализированы с осложнениями после ранее проведенного лечения.

За все рабочее время врачи – челюстно-лицевые хирурги, посещают приемное отделение в среднем 9 раз для осмотра обратившихся пациентов.

Анализ причин обращений пациентов в приемное отделение показал, что большинство из них нуждаются в амбулаторном лечении или в лечении у врачей смежных специальностей.

Необходимость в госпитализации амбулаторных пациентов в круглосуточный стационар возникала из-за отсутствия условий проведения амбулаторного лечения данных пациентов. Вследствие чего происходил систематический перегруз стационара, плановые операции переносились на следующие дни, что повлияло на статистические показатели, по которым в 2018 г. средняя продолжительность лечения составила 7,54 дня: предоперационный койко-день составил 1,01, а послеоперационный – 6,53.

Также возросло количество экстренных операций (41,3%) по сравнению с плановыми (58,7%).

Ассистентом на плановых операциях выступают медицинская сестра или заведующий отделением из-за занятости второго врача в приемном отделении больницы.

Занятость в операционной повышает нагрузку на заведующего и отвлекает от непосредственных трудовых обязанностей. Медицинской хирургической сестре приходится совмещать свою основную деятельность в операционной с ассистированием врачу-хирургу, не имея при этом соответствующих знаний в ассистировании. Данный фактор может привести к медицинской ошибке в работе медицинской сестры, из-за чего могут возникнуть ятрогенные осложнения у пациента.

Неукомплектованность больницы средним и младшим медицинским персоналом увеличивает время на транспортировку пациентов из операционной и в операционную, что напрямую влияет на увеличение времени нахождения врача в операционном блоке.

Заполнение медицинской документации обратившихся в приемное отделение пациентов увеличивает данный показатель в общей структуре затрат рабочего времени. Значительно осложняют работу с документацией периодические сбои программного обеспечения, что нередко заставляет врача заполнять документацию несколько раз. В соответствии с внутренним графиком больницы с 15:35 приступают к своим обязанностям дежурные медицинские сестры. Из-за высокой загруженности врачи не успевают вносить данные в листы назначений. Данные условия диктуют необходимость дежурным медицинским сестрам уточнять у врачей план назначений, что в свою очередь приводит к пропуску или отсрочке проведения необходимого лечения и медицинских манипуляций.

Во время проведения хронометражных измерений было выявлено, что выписка пациентов проводилась в основном в промежутке от 14 до 15 ч, на отсрочку влияли обращения пациентов в приемное отделение. Из-за этого же обстоятельства возникала необходимость проведения повторного ежедневного осмотра, осмотра послеоперационных пациентов после окончания рабочего времени, что увеличивало время нахождения врача на работе, а также может негативно влиять на удовлетворенность пациентов работой врача.

Остро стоит проблема размещения отделения челюстно-лицевой хирургии в отдельном здании. Врачу – челюстно-лицевому хирургу, приходится тратить

около 40 мин в день на переходы в приемное отделение. При необходимости проведения дополнительных обследований, таких как компьютерная томография (КТ), МРТ, ультразвуковое исследование (УЗИ) и других, возникает потребность в вызове автомобиля для перевозки пациентов в другой корпус, что увеличивает время на диагностику пациентов. А при переводе тяжелобольных пациентов после операций в отделение реанимации и интенсивной терапии приходится вызывать врача-реаниматолога для перевозки пациента в специальном автомобиле с медицинским оборудованием. Это отвлекает реаниматолога от его основной работы.

Стоит обратить внимание на то, что заведующий отделением согласно внутреннему приказу ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» освобожден от непосредственного ведения пациентов, но при необходимости (отпуск, болезнь штатных врачей) может занять 0,25 ставки врача – челюстно-лицевого хирурга, отделения.

Во время отсутствия одного из врачей практически вся нагрузка приходится на второго челюстно-лицевого хирурга. В таких условиях работа отделения проходит более трех месяцев в году. Трудно представить, чтобы при таком режиме работы и наличии сверхнагрузки в виде работы в приемном отделении врач – челюстно-лицевой хирург, сохранял высокую работоспособность.

Из проведенного анализа следует, что все нормативное время челюстно-лицевой хирург тратит на основную деятельность. Однако несвойственные данной должности трудовые операции (работа в приемном отделении) неоправданно занимают большое количество времени врача – челюстно-лицевого хирурга, круглосуточного стационара.

Из-за данных обстоятельств врачи – челюстно-лицевые хирурги, не успевают выполнить все свои должностные обязанности до окончания рабочего дня.

По итогам исследования четко видно, что требуется усовершенствование системы оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ.

Выделены следующие основные проблемы:

- 1) отсутствие оптимизированной маршрутизации пациентов с патологией челюстно-лицевой области;
- 2) отсутствие амбулаторного кабинета врача – челюстно-лицевого хирурга, взрослого (вместо врача – стоматолога-хирурга);
- 3) отсутствие амбулаторного кабинета реабилитации для взрослого населения;
- 4) отсутствие амбулаторного кабинета врача – челюстно-лицевого хирурга, детского;
- 5) отсутствие кабинета врача – челюстно-лицевого хирурга, приемного отделения;
- 6) отсутствие детских коек в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко».
- 7) отсутствие в штате ГБУЗ «КБ № 6 им. Г. А. Захарьина» должности врача – челюстно-лицевого хирурга;
- 8) отсутствие в штате ГБУЗ «ООКД» г. Пензы должности врача-онколога, врача – челюстно-лицевого хирурга;
- 9) отсутствие центра амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП);
- 10) отсутствие круглосуточного кабинета врача-стоматолога.

ГЛАВА 6

**ЭКСПЕРТНЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ
ХИРУРГИЯ» НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ****6.1. Организация и проведение экспертной оценки показателей
деятельности системы оказания медицинской помощи по профилю
«челюстно-лицевая хирургия»**

Оценка доступности медицинской помощи важна для выявления и анализа проблем, потенциальных рисков, а также разработки мер по их предотвращению и устранению.

Для экспертной оценки проведен отбор компетентных и опытных экспертов, чье мнение будет обладать наивысшей точностью и объективностью. Для этого была проведена выборка потенциальных респондентов в количестве 60 специалистов. Отобранные эксперты предложили 64 показателя для оценки организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ на региональном уровне, которые были проанализированы, систематизированы, обобщены, распределены на 11 групп и представлены в виде «Карты экспертной оценки». Для проведения балльной оценки предложенных показателей из 60 экспертов был отобран 21 в соответствии с критериями включения. Каждому из отобранных экспертов предлагалось оценить утверждения из «Карты экспертной оценки».

От общего количества респондентов 18 (85,71%; 95% ДИ 70,75–100%) согласны с тем, что при организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ обязательно наличие порядка по оказанию медицинской помощи по профилю ЧЛХ в Российской Федерации, однако 3 (14,29%) эксперта не согласны с таким утверждением, 1 (4,76%) из них не имеет определенного мнения на этот счет. Все эксперты согласны с утверждением о необходимости наличия приказа регионального органа здравоохранения о маршрутизации по профилю ЧЛХ в регионе, а также постоянного мониторинга мнения пациентов об удовлетворенности деятельностью системы организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ [88].

Согласны с тем, что граждане должны получать актуальную информацию об организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ на стендах медицинских организаций 9 (42,26%; 95% ДИ 21,69 – 64,02%) респондентов, но 4 (19,05%) не согласны с данным утверждением, так как считают, что пациенты в большей части не обращают внимания на информацию, представленную на стендах МО. Все респонденты считали, что население получает актуальную информацию через сайт МО, и именно этот источник информации является ведущим.

С утверждением, что на качество подготовки специалистов по профилю ЧЛХ влияет наличие ординатуры по данному профилю, наличие медицинских факультетов/институтов/университетов в регионе, а также соответствующей кафедры, согласны все эксперты. Респонденты подчеркивали важную роль программ повышения квалификации и подготовки кадров по специальности ЧЛХ, цикла ЧЛХ в учебном плане обучающихся по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология» в учреждении высшего медицинского образования, наличия медицинских колледжей в регионе.

Из 21 эксперта 13 (61,9%; 95% ДИ 41,13–82,67%) согласны с тем, что на доступность оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ влияет число врачей – челюстно-лицевых хирургов – основных сотрудников, 8 (38,1%) экспертов не имеют определенного мнения на этот счет. Все респонденты считали, что на доступность и качество медицинской помощи по профилю ЧЛХ влияет укомплектованность и коэффициент совместительства врачей – челюстно-лицевых хирургов, в профильном отделении.

Все эксперты считали, что для организации амбулаторной помощи по профилю ЧЛХ рекомендуется предусматривать амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, для взрослого и детского населения; амбулаторный кабинет реабилитации врача – челюстно-лицевого хирурга, и круглосуточный амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, в приемном отделении для взрослого и детского населения, кабинет врача-стоматолога терапевта/общей практики в структуре отделения челюстно-лицевой хирургии, амбулаторный кабинет неотложной круглосуточной помощи по профилю «стоматология» и

амбулаторный прием врача-стоматолога детского в МО, оказывающей помощь по профилю «стоматология детская» пациентам с ментальными нарушениями.

Считают важным наличие центра амбулаторной онкологической помощи при медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ 13 (61,9%; 95% ДИ 41,13–82,67%) экспертов. Все респонденты согласны, что наличие дневного стационара и коек сверхкороткого пребывания с возможностью лечения пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области имеет высокое социальное и экономическое значение.

Из 21 эксперта 14 (66,67%; 95% ДИ 46,5–86,83%) считают, что для организации стационарной помощи по профилю ЧЛХ рекомендуется предусматривать койки круглосуточного пребывания по профилю ЧЛХ для взрослого населения; с утверждением о необходимости наличия коек круглосуточного пребывания по профилю ЧЛХ для детского населения согласны все эксперты. Все эксперты выразили единодушное мнение, что в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ, необходимо наличие в структуре кадров врача – стоматолога-терапевта, врача-ортодонта, врача-стоматолога детского, клинического фармаколога, врача-педиатра стационара во взрослой МО, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению. Эксперты не имели определенного мнения по вопросу введения в штаты социального работника и воспитателя. Выразили мнение о необходимости наличия в структуре кадров врача – стоматолога-ортопеда – 15 экспертов (71,73%; 95% ДИ 52,1–90,75%), зубного техника – 15 экспертов (71,73%; 95% ДИ 52,1–90,75%).

Все респонденты согласны с утверждением, что в регионе обязательно должны быть возможности: проведения терапевтического лечения зубов взрослому и детскому населению с ментальными нарушениями под наркозом; организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) по профилю ЧЛХ взрослому и детскому населению, не включенных в базовую программу ОМС; возможность предоставления платных услуг по профилю ЧЛХ, не входящих в базовую программу ОМС (имплантация, костная пластика и т.д.); организации неотложной круглосуточной помощи по профилю «стоматология»; проведения ортогнатических хирургических операций взрослому и детскому населению.

Согласны 16 (76,19%; 95% ДИ 57,97–94,41%) экспертов с тем, что необходимо оказание ВМП по профилю ЧЛХ взрослому населению, включенному в базовую программу обязательного медицинского детского населению, включенному в базовую программу ОМС – 14 (66,67%; 95% ДИ 46,5–86,83%) экспертов.

Все респонденты единогласно согласны с тем, что медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, должна быть обеспечена конусно-лучевым компьютерным томографом, спиральным компьютерным томографом, пьезохирургическим аппаратом, физиодиспенсером, стоматологическими установками, системой для интраоперационного нейромониторинга, набором инструментов для хейло- и уранопластики. Необходимо наличие магнитно-резонансного томографа – считают 14 (66,67%; 95% ДИ 46,5–86,83%) экспертов; мобильного рентгеновского аппарата с электронно-оптическим приемником (радиовизиограф или иное) – 16 (76,19%; 95% ДИ 57,97–94,41%) экспертов; микроскопа – 14 (66,67%; 95% ДИ 46,5–86,83%) экспертов; 3D-модуля программного обеспечения для планирования ортогнатических операций – 16 (76,19%; 95% ДИ 57,97–94,41%) экспертов; эндоскопической стойки и инструментов для ЧЛХ – 10 (47,62%; 95% ДИ 26,26–68,98%) экспертов; набора инструментов для внутриротового остеосинтеза мышечного отростка, набора инструментов для проведения ортогнатических операций – 18 (85,71%; 95% ДИ 70,75–100%) экспертов; комплекта инструментов для костно-пластических операций в челюстно-лицевой области – 14 (66,67%; 95% ДИ 46,5–86,83%) экспертов. По вопросу необходимости оснащения набором для имплантации, костной пластики и синус-лифтинга, 3D принтера с программным обеспечением эксперты не имели определенного мнения.

Все эксперты (100%) считают, что в структуре медицинских кадров обязательно наличие врача – челюстно-лицевого хирурга, в областном онкологическом клиническом диспансере, в травмоцентре I уровня. Наличие такого специалиста в областной детской клинической больнице считали необходимым 6 (76,19%; 95% ДИ 57,97–94,41%) экспертов (таблица 6.1) [107].

После проведения анализа полученных ответов от респондентов выявлены наиболее значимые показатели, влияющие на организацию оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ (таблица 6.2).

Таблица 6.1 – Оценка показателей, влияющих на организацию оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевой хирургия»

Показатели		Среднее значение	95% ДИ, %	<i>W</i>	χ^2
1		2	3	4	5
Обязательно наличие	порядка в оказании медицинской помощи по профилю ЧЛХ в Российской Федерации	7,61	6,74–8,50	0,79	33,13
	приказа регионального органа здравоохранения о маршрутизации по профилю ЧЛХ в регионе / порядка в оказании медицинской помощи по профилю ЧЛХ в регионе	9,80	9,63–9,99		
	постоянного мониторинга мнения пациентов об удовлетворенности деятельности системы организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ	8,19	8,50–8,93		
В целях информирования граждан актуальную информацию об организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ МО должна публиковать...	на стендах медицинских организаций	6	5,25–6,75	0,77	16,2
	на сайтах медицинских организаций	8,52	8,15–8,89		
На качество подготовки специалистов, работающих в организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ влияет наличие...	программ ординатуры по профилю ЧЛХ	7,42	7,20–7,66	0,72	76,04
	медицинских институтов/факультетов	7,28	7,07–7,50		
	медицинских колледжей	5,52	5,29–5,76		
	кафедры челюстно-лицевой хирургии	7,33	7,11–7,55		
	программ повышения квалификации и подготовки кадров по специальности ЧЛХ	6,33	6,11–6,55		
	цикла ЧЛХ в учебном плане обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология» в учреждении высшего медицинского образования	6,42	6,20–6,66		

Продолжение таблицы 6.1

1		2	3	4	5
На доступность оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ влияет...	число врачей – челюстно-лицевых хирургов, основных сотрудников	6,80	6,19–7,43	0,8	33,71
	укомплектованность врачами – челюстно-лицевыми хирургами отделения	9,71	9,50–9,93		
	коэффициент совместительства врачей – челюстно-лицевых хирургов	7,52	7,05–7,99		
Для организации работы амбулаторной помощи по профилю ЧЛХ в ее структуре рекомендуется предусматривать...	амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, взрослый прием	9,04	8,74–9,35	0,7	102,95
	амбулаторный кабинет реабилитации врача – челюстно-лицевого хирурга, взрослый прием	8,95	8,65–9,26		
	кабинет врача – стоматолога-терапевта/общей практики в структуре отделения челюстно-лицевой хирургии	8,90	8,77–9,04		
	амбулаторный кабинет неотложной круглосуточной помощи по профилю «стоматология»	7,42	7,20–7,66		
	круглосуточный амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, в приемном отделении, взрослый и детский прием	9,33	9,11–9,55		
	амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, с реабилитацией, детский прием	9,3809523 81	9,15–9,61		
	амбулаторный прием врача-стоматолога детского в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю «стоматология детская» пациентам с ментальными нарушениями	9,28	9,07–9,50		
	центр амбулаторной онкологической помощи	6,71	6,26–7,17		
Экономическое значение имеют стационар-замещающие структуры	койки сверхкороткого пребывания	7,38	7,15–7,61	0,81	17
	дневной стационар по профилю ЧЛХ	8,71	8,50–8,93		

Продолжение таблицы 6.1

1		2	3	4	5
Для организации работы стационарной помощи по профилю ЧЛХ в ее структуре рекомендуется предусматривать...	койки круглосуточного пребывания по профилю ЧЛХ для взрослого населения	6,95	6,59–7,32	1	21
	койки круглосуточного пребывания по профилю ЧЛХ для детского населения	9,61	9,39–9,85		
В медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ, необходимо наличие в структуре кадров...	врача – стоматолога-терапевта, в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ	9,23	9,04–9,44	0,9	150,5 4
	врача – стоматолога-ортопеда, в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ	7,04	6,68–7,41		
	врача-ортодонта в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению	7,52	7,29–7,76		
	врача-стоматолога детского в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению	9,52	9,29–9,76		
	зубного техника в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению	6,71	6,50–6,93		
	социального работника в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению	5,47	5,24–5,71		
	врача-педиатра стационара во взрослой медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению	7,47	7,24–7,71		
	клинического фармаколога в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ	7,71	7,50–7,93		
	воспитателя в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению	4,61	4,39–4,85		

Продолжение таблицы 6.1

1		2	3	4	5
В регионе обязательно оказание...	терапевтического лечения зубов взрослому и детскому населению с ментальными нарушениями под наркозом	9,47	9,24–9,71	0,7	117,12
	высокотехнологичной медицинской помощи по профилю ЧЛХ взрослому населению, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования	7,71	7,50–7,93		
	высокотехнологичной медицинской помощи по профилю ЧЛХ детскому населению, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования	7,38	6,99–7,77		
	высокотехнологичной медицинской помощи по профилю ЧЛХ взрослому населению, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования	6,71	6,46–6,97		
	высокотехнологичной медицинской помощи по профилю ЧЛХ детскому населению, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования	7,42	7,20–7,66		
	платных услуг по профилю ЧЛХ, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования (имплантация, костная пластика и т.д.)	7,42	7,20–7,66		
	неотложной круглосуточной помощи по профилю «стоматология»	8,66	8,45–8,89		
	проведение ортогнатических хирургических операций взрослому населению	7,47	7,24–7,71		
	проведение ортогнатических хирургических операций детскому населению	7,42	7,20–7,66		

Окончание таблицы 6.1

1		2	3	4	5
Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, должна быть обеспечена следующим материально-техническим оснащением...	конусно-лучевой компьютерный томограф	9,19	9,01–9,37	0,7	233,89
	спиральный компьютерный томограф	7,71	7,50–7,93		
	магнитно-резонансный томограф	6,66	6,45–6,89		
	мобильный рентгеновский аппарат с электронно-оптическим приемником (радиовизиограф или иное)	6,76	6,56–6,96		
	микроскоп	7,04	6,65–7,44		
	пьезохирургический аппарат	7,57	7,34–7,80		
	физиодиспенсер	7,95	7,88–8,50		
	стоматологическая установка	7,61	7,39–7,85		
	система для интраоперационного нейромониторинга	7,42	7,20–7,66		
	3D-принтер с программным обеспечением	5,52	5,29–5,76		
	3D-модуль программного обеспечения для планирования ортогнатических операций	7,28	6,90–7,67		
	эндоскопическая стойка и инструменты для челюстно-лицевой хирургии	6,47	6,24–6,71		
	набор инструментов для хейло- и уранопластики	9,14	8,93–9,36		
	набор инструментов для внутриротового остеосинтеза мышечкового отростка	7,23	6,81–7,67		
	набор инструментов для проведения ортогнатических операций	7,57	7,34–7,80		
	комплект инструментов для костно-пластических операций в челюстно-лицевой области	7,57	7,02–8,12		
	наборы для имплантации, костной пластики и синус-лифтинга	4,61	4,39–4,85		
В структуре медицинских кадров обязательно наличие врача – челюстно-лицевого хирурга...	в областном онкологическом клиническом диспансере	8,47	8,24–8,71	0,7	29,61
	в травмоцентре I уровня	8,33	8,11–8,55		
	в областной детской клинической больнице	7	6,44–7,56		

Таблица 6.2 – Экспертное мнение о наиболее значимых показателях, влияющих на организацию оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»

Показатель	Среднее значение, $M \pm m$	S	95% ДИ, %	W
1	2	3	4	5
1. Наличие приказа регионального органа управления здравоохранением о маршрутизации по профилю ЧЛХ в регионе / наличие порядка по оказанию медицинской помощи по профилю ЧЛХ	$9,80 \pm 0,08$	0,40	9,63–9,99	0,86
2. Высокая укомплектованность врачами – челюстно-лицевыми хирургами, отделения	$9,71 \pm 0,10$	0,46	9,50–9,93	0,80
3. Наличие коек круглосуточного пребывания по профилю ЧЛХ для детского населения	$9,61 \pm 0,10$	0,49	9,39–9,85	1,0
4. Наличие врача-стоматолога детского в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению	$9,52 \pm 0,11$	0,51	9,29–9,76	0,90
5. Терапевтическое лечение зубов взрослому и детскому населению с ментальными нарушениями под наркозом	$9,47 \pm 0,11$	0,51	9,24–9,71	0,70
6. Амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, с реабилитацией, детский прием	$9,38 \pm 0,10$	0,49	9,15–9,61	0,70
7. Круглосуточный амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, в приемном отделении, взрослый и детский прием	$9,33 \pm 0,10$	0,48	9,11–9,55	0,70
8. Амбулаторный прием врача-стоматолога детского в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю «стоматология детская» пациентам с ментальными нарушениями	$9,28 \pm 0,10$	0,46	9,07–9,50	0,70

Окончание таблицы 6.2

1	2	3	4	5
9. Врач – стоматолог-терапевт, в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ	$9,23 \pm 0,95$	0,43	9,04–9,44	0,9
10. Наличие конусно-лучевого компьютерного томографа	$9,19 \pm 0,87$	0,40	9,01–9,37	0,70
11. Наличие набора инструментов для хейло- и уранопластики	$9,14 \pm 0,10$	0,47	8,93–9,36	0,70
12. Амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, взрослый прием	$9,04 \pm 0,14$	0,66	8,74–9,35	0,70
13. Амбулаторный кабинет реабилитации врача – челюстно-лицевого хирурга, взрослый прием	$8,95 \pm 0,14$	0,66	8,65–9,26	0,70
14. Кабинет врача – стоматолога-терапевта/общей практики в структуре отделения ЧЛХ	$8,90 \pm 0,65$	0,30	8,77–9,04	0,70
15. Дневной стационар с возможностью лечения пациентов по профилю ЧЛХ	$8,71 \pm 0,14$	0,46	8,50–8,93	0,81
16. Неотложная круглосуточная помощь по профилю «стоматология»	$8,66 \pm 0,10$	0,48	8,45–8,89	0,7
17. Наличие актуальной информации об организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ на сайте медицинской организации	$8,52 \pm 0,17$	0,81	8,15–8,89	0,77
18. Наличие в структуре медицинских кадров областного онкологического клинического диспансера врача – челюстно-лицевого хирурга	$8,47 \pm 0,11$	0,51	8,24–8,71	0,70
19. Наличие в структуре медицинских кадров травмоцентра I уровня врача – челюстно-лицевого хирурга	$8,33 \pm 0,10$	0,48	8,11–8,55	0,70
20. Постоянный мониторинг мнения пациентов об удовлетворенности деятельности системы организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ	$8,19 \pm 0,13$	0,60	7,92–8,46	0,70

Анализ полученных результатов и их ранжирование позволили определить 20 наиболее значимых показателей, имеющих оценку более 8 баллов и коэффициент конкордации 0,7 и более. Показатель альфа Кронбаха составил 0,98, что свидетельствует о высокой согласованности мнений экспертов и устойчивости их ответов.

При анализе проведенного экспертного опроса было определено, что наиболее важными являются показатели, касающиеся маршрутизации пациентов с патологией челюстно-лицевой области. Наличие порядка в оказании медицинской помощи по профилю ЧЛХ как в Российской Федерации, так и в регионе оказывает существенное влияние на организацию помощи населению по данному профилю. В нем определены этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача), стандарты оснащения медицинской организации, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, прописаны рекомендуемые штатные нормативы иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи. Наличие приказа регионального органа здравоохранения о маршрутизации по профилю ЧЛХ в регионе позволяет правильно распределить поток пациентов при оказании плановой, экстренной и неотложной медицинской помощи.

Наличие центра амбулаторной онкологической помощи позволит на ранних стадиях проводить диагностику онкологических заболеваний головы и шеи, а также своевременно получать медицинскую помощь.

Оказание неотложной круглосуточной помощи по профилю «стоматология» приводит к существенной разгрузке врачей – челюстно-лицевых хирургов, круглосуточного стационара, а также врачей, оказывающих помощь в амбулаторных условиях.

Укомплектованность кадрами является важным показателем доступности медицинской помощи.

Актуальной остается проблема оказания помощи детскому населению. Эта группа населения является наиболее значимой для системы здравоохранения. Наличие детского отделения челюстно-лицевой хирургии в регионе улучшает

качество медицинской помощи детям. Благодаря обеспечению региона детскими койками по профилю ЧЛХ пациенты могут получать услуги без долгого ожидания.

Оказание терапевтического лечения зубов детскому населению с ментальными нарушениями под наркозом является важным аспектом, входящим в комплекс оказания помощи по профилю ЧЛХ. Стоматологическая помощь детям с психоневрологическими расстройствами требует учета индивидуальных особенностей каждого пациента.

Наличие амбулаторного кабинета врача – челюстно-лицевого хирурга детского, позволит разделить поток пациентов по возрастному признаку, а также своевременно оказывать помощь детскому населению; появится возможность проведения малоинвазивного оперативного лечения и реабилитационных работ.

Наличие врача-стоматолога детского в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению; позволяет проводить предоперационную санацию полости рта пациентам детского возраста, а также проведение терапевтического лечения зубов. Предоперационной подготовкой пациентов, а также выявлением показаний или противопоказаний для проведения операций, определением состояния здоровья детей занимается врач-педиатр.

В целях повышения доступности медицинской помощи населению одной из приоритетных задач является обеспечение ее современным медицинским оборудованием в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ, однако в нем указан не весь перечень необходимого оборудования и набора инструментов. Так, наличие в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ, современного оборудования значительно повышает возможности оказания медицинской помощи и оптимизирует работу врача – челюстно-лицевого хирурга.

Проведение анкетирования пациентов на предмет их удовлетворенности оказанной медицинской помощью по профилю ЧЛХ позволяет профилактировать

жалобы, обращения граждан, выявлять проблемные моменты и оперативно их устранять на уровне медицинской организации [107].

По результатам полученных данных было выявлено 64 показателя, которые влияют на организацию оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ, они сформулированы в 66 вопросов для определения их значимости, каждому присужден балл, соответствующий среднему значению ответов экспертов (таблица 6.3).

Таблица 6.3 – Распределение баллов по сформулированным вопросам

Вопрос	Среднее значение, $M \pm m$
1	2
1. Имеется порядок по оказанию медицинской помощи по профилю ЧЛХ в Российской Федерации?	$7,61 \pm 0,42$
2. Имеется приказ регионального органа управления здравоохранением о маршрутизации по профилю ЧЛХ в регионе / порядок по оказанию медицинской помощи по профилю ЧЛХ в регионе?	$9,80 \pm 0,08$
3. Проводится постоянный мониторинг мнения пациентов об удовлетворенности деятельности системы организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ?	$8,19 \pm 0,13$
4. На стендах медицинских организаций имеется актуальная информация об организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ?	$6 \pm 0,35$
5. На сайтах медицинских организаций имеется актуальная информация об организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ?	$8,52 \pm 0,17$
6. Имеется возможность прохождения ординатуры по профилю ЧЛХ?	$7,42 \pm 0,11$
7. В регионе имеются медицинские институты/факультеты?	$7,28 \pm 0,10$
8. В регионе имеются медицинские колледжи?	$5,52 \pm 0,11$
9. В регионе имеется кафедра челюстно-лицевой хирургии?	$7,33 \pm 0,10$
10. В регионе имеются программы повышения квалификации и подготовки кадров по специальности ЧЛХ?	$6,33 \pm 0,10$
11. В программе обучения в учреждении высшего медицинского образования имеется цикл ЧЛХ в учебном плане обучающихся по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология»?	$6,42 \pm 0,11$
12. Преобладает ли число сотрудников, трудоустроенных по основному месту работы в отделении над числом сотрудников, трудоустроенных по совместительству?	$6,80 \pm 0,29$
13. Укомплектовано ли отделение врачами – челюстно-лицевыми хирургами?	$9,71 \pm 0,10$
14. Трудоустроены ли врачи – челюстно-лицевые хирурги, по совместительству?	$7,52 \pm 0,22$
15. Есть амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, взрослый прием?	$9,04 \pm 0,14$

Продолжение таблицы 6.3

1	2
16. Есть амбулаторный кабинет реабилитации врача – челюстно-лицевого хирурга, взрослый прием?	$8,95 \pm 0,14$
17. Есть кабинет врача – стоматолога-терапевта/общей практики в структуре отделения челюстно-лицевой хирургии?	$8,90 \pm 0,65$
18. Есть амбулаторный кабинет неотложной круглосуточной помощи по профилю «стоматология»?	$7,42 \pm 0,11$
19. Есть круглосуточный амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, в приемном отделении, детский прием?	$9,33 \pm 0,10$
20. Есть круглосуточный амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга в приемном отделении, взрослый прием?	$9,33 \pm 0,10$
21. Есть амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, с реабилитацией, детский прием?	$9,38 \pm 0,10$
22. Есть амбулаторный прием врача – стоматолога детского в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю «стоматология детская» пациентам с ментальными нарушениями?	$9,28 \pm 0,10$
23. Есть центр амбулаторной онкологической помощи?	$6,71 \pm 0,21$
24. Есть койки сверхкороткого пребывания?	$7,38 \pm 0,10$
25. Есть дневной стационар по профилю ЧЛХ?	$8,71 \pm 0,14$
26. Есть койки круглосуточного пребывания по профилю ЧЛХ для взрослого населения?	$6,95 \pm 0,17$
27. Есть койки круглосуточного пребывания по профилю ЧЛХ для детского населения?	$9,61 \pm 0,10$
28. В структуре кадров медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ, имеется врач – стоматолог-терапевт?	$9,23 \pm 0,95$
29. В структуре кадров медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ, имеется врач – стоматолог-ортопед?	$7,04 \pm 0,17$
30. В структуре кадров в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению, имеется врач-ортодонт?	$7,52 \pm 0,11$
31. В структуре кадров в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению, имеется врач-стоматолог детский?	$9,52 \pm 0,11$
32. В структуре кадров в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению, имеется зубной техник?	$6,71 \pm 0,10$
33. В структуре кадров в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению, имеется социальный работник?	$5,47 \pm 0,11$
34. В структуре кадров взрослой медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению, имеется врач-педиатр стационара?	$7,47 \pm 0,11$
35. В структуре кадров медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ, имеется клинический фармаколог?	$7,71 \pm 0,10$
36. В структуре кадров медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению, имеется воспитатель?	$4,61 \pm 0,10$
37. В регионе проводится терапевтическое лечение зубов взрослому населению с ментальными нарушениями под наркозом?	$9,47 \pm 0,11$
38. В регионе проводится терапевтическое лечение зубов детскому населению с ментальными нарушениями под наркозом?	$9,47 \pm 0,11$

Продолжение таблицы 6.3

1	2
39. В регионе оказывается высокотехнологичная медицинская помощь по профилю ЧЛХ взрослому населению, включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования?	$7,71 \pm 0,10$
40. В регионе оказывается высокотехнологичная медицинская помощь по профилю ЧЛХ детскому населению, включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования?	$7,38 \pm 0,18$
41. В регионе оказывается высокотехнологичная медицинская помощь по профилю ЧЛХ взрослому населению, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования?	$6,71 \pm 0,12$
42. В регионе оказывается высокотехнологичная медицинская помощь по профилю ЧЛХ детскому населению, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования?	$7,42 \pm 0,11$
43. В регионе оказываются платные услуги по профилю ЧЛХ, не входящие в базовую программу обязательного медицинского страхования (имплантация, костная пластика и т.д.)?	$7,42 \pm 0,11$
44. В регионе оказывается неотложная круглосуточная помощь по профилю «стоматология»?	$8,66 \pm 0,10$
45. В регионе проводятся ортогнатические хирургические операции взрослому населению?	$7,47 \pm 0,11$
46. В регионе проводятся ортогнатические хирургические операции детскому населению?	$7,42 \pm 0,11$
47. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена конусно-лучевым компьютерным томографом?	$9,19 \pm 0,87$
48. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена спиральным компьютерным томографом?	$7,71 \pm 0,10$
49. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена магнитно-резонансным томографом?	$6,66 \pm 0,10$
50. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена мобильным рентгеновским аппаратом с электронно-оптическим приемником (радиовизиограф или иное)?	$6,76 \pm 0,09$
51. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена микроскопом?	$7,04 \pm 0,18$
52. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена пьезохирургическим аппаратом?	$7,57 \pm 0,11$
53. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена физиодиспенсером?	$7,95 \pm 0,17$
54. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена стоматологической установкой?	$7,61 \pm 0,10$
55. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена системой для интраоперационного нейромониторинга?	$7,42 \pm 0,11$
56. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена 3D-принтером с программным обеспечением?	$5,52 \pm 0,11$
57. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена 3D-модулем программного обеспечения для планирования ортогнатических операций?	$7,28 \pm 0,18$

Окончание таблицы 6.3

1	2
58. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена эндоскопической стойкой и инструментами для челюстно-лицевой хирургии?	$6,47 \pm 0,11$
59. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена набором инструментов для хейло- и уранопластики?	$9,14 \pm 0,10$
60. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена набором инструментов для внутриротового остеосинтеза мышечелкового отростка?	$7,23 \pm 0,20$
61. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена набором инструментов для проведения ортогнатических операций?	$7,57 \pm 0,11$
62. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена комплектом инструментов для костно-пластических операций в челюстно-лицевой области?	$7,57 \pm 0,26$
63. Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена набором для имплантации, костной пластики и синус-лифтинга?	$4,61 \pm 0,10$
64. В структуре медицинских кадров областного онкологического клинического диспансера имеется врач – челюстно-лицевой хирург?	$8,47 \pm 0,11$
65. В структуре медицинских кадров травмоцентра I уровня имеется врач – челюстно-лицевой хирург?	$8,33 \pm 0,10$
66. В структуре медицинских кадров областной детской клинической больницы имеется врач – челюстно-лицевой хирург?	$7 \pm 0,26$

Таким образом, методом экспертной оценки была разработана балльная система показателей для интегральной оценки анализа организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ на уровне субъекта.

Результаты исследований, представленных в данной главе, опубликованы в статье: Лебедев, М. В. Экспертные подходы к оценке организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» на региональном уровне / М. В. Лебедев, И. М. Сон, Л. И. Меньшикова, А. В. Гажева, И. Х. Цечоева // Менеджер здравоохранения. – 2024. – № 6. – С. 40–49. – doi: 10.21045/1811-0185-2024-6-40-49.

Итоговый показатель (ИП) представлял собой сумму средних значений (баллов) и составил максимально 507,19 баллов. Согласно методике «Светофор» итоговая сумма была разделена на три равных части – терциля. Терцили представляют собой точки среза, это значения признака, делящие ранжированную совокупность на три равные части.

Значения ИП в интервале первого терциля соответствуют стагнирующему уровню показателя, второй терциль – стабильный уровень, третий терциль – развивающийся уровень (таблица 6.4).

Для наглядного изображения полученных результатов целесообразно использовать условные обозначения. Стагнирующий уровень ИП маркируется красным цветом, стабильный уровень – желтым и, соответственно, развивающийся уровень – зеленым цветом:

1. 0–169 баллов – стагнирующий недостаточный уровень организации оказания медицинской помощи, требующий кардинального изменения.

2. 170–338 баллов – стабильный уровень организации оказания медицинской помощи с наличием и доступностью ресурсов здравоохранения. Имеются проблемные направления, требуются мероприятия для устранения.

3. 339–507 баллов – развивающийся уровень организации оказания медицинской помощи. Имеются незначительные недостатки, находящиеся в процессе устранения.

Таблица 6.4 – Интерпретация интервалов терцилей

Наименование терциля	Условное обозначение	Уровень итогового показателя	Значение итогового показателя	Интерпретация значения итогового показателя
Первый терциль	Красный	Стагнирующий	0–169 баллов	Недостаточный уровень организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ, необходимо срочно принимать антикризисные меры, требуются кардинальные изменения
Второй терциль	Желтый	Стабильный	170–338 баллов	Уровень организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ достаточный, но имеются проблемные направления, требуются мероприятия для их устранения
Третий терциль	Зеленый	Развивающийся	339–507 баллов	Отмечается развитие системы оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в регионе, имеются незначительные недостатки, находящиеся в процессе устранения

6.2. Анализ работы системы оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в изучаемых субъектах Приволжского федерального округа

Для разработки оптимальной модели организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в Пензенской области был изучен опыт субъектов Российской Федерации, входящих в состав Приволжского федерального округа: Чувашской Республики, Республики Мордовия и Ульяновской области. Республика Мордовия и Ульяновская область граничат с Пензенской областью.

Изучались показатели, характеризующие систему оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ: число коек челюстно-лицевой хирургии для взрослых и детей, обеспеченность койками челюстно-лицевой хирургии населения, средняя занятость койки в год, оборот койки, число врачей – челюстно-лицевых хирургов, обеспеченность врачами – челюстно-лицевыми хирургами, наличие в вузе кафедры (курса) челюстно-лицевой хирургии, подготовка ординаторов, наличие дневного стационара по профилю ЧЛХ, организация помощи по профилю в амбулаторных условиях, организация неотложной круглосуточной помощи и т.д.

В Республике Мордовия отделение челюстно-лицевой хирургии располагается на базе ГБУЗ РМ «Мордовская республиканская клиническая больница». Стационар круглосуточного пребывания рассчитан на 30 коек для лечения взрослого населения. В 2018 г. штатное расписание отделения челюстно-лицевой хирургии включало 7,75 штатных должностей врачей, число физических лиц врачей – 5, обеспеченность врачами – челюстно-лицевыми хирургами, составила 0,06. Как и в Пензенской области на 2018 г., в Республике Мордовия медицинская помощь в плановом порядке по профилю ЧЛХ детям не оказывалась. Показатель оборота койки составил 40,4, средняя длительность пребывания пациента на койке в днях – 7,9, показатель летальности 0,08 [23].

В 2018 г. в Ульяновской области медицинская помощь пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области оказывалась в трех медицинских организациях. Отделение челюстно-лицевой хирургии имеется в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница». Оно представляет собой круглосуточный

стационар на 30 коек взрослого населения. Помощь детям с заболеваниями челюстно-лицевой области оказывается на базе ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю. Ф. Горячева» в отделении оториноларингологии, в котором имеется 10 коек профиля ЧЛХ. Помощь онкологическим больным по профилю ЧЛХ оказывается в ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер». В данной медицинской организации в структуре отделения головы и шеи имеется врач – челюстно-лицевой хирург-онколог. Показатель средней занятости койки в год в днях равен 316, отмечен самый низкий показатель средней длительности пребывания пациента на койке – 7,0 дней, при этом, так же как и в Пензенской области, показатель летальности равен 0. Число штатных должностей – 8,75, в области насчитывалось в 2018 г. 7 специалистов –челюстно-лицевых хирургов. Обеспеченность врачами – челюстно-лицевыми хирургами, на 10 тыс. населения составляет 0,06 [25, 136].

В Чувашской Республике помощь взрослому населению оказывается в отделении челюстно-лицевой хирургии на 30 коек Бюджетного учреждения Чувашской Республики «Больница скорой медицинской помощи» Минздрава Чувашии, детям – на 10 профильных койках в 35-коечном отделении отоларингологии Бюджетного учреждения Чувашской Республики «Республиканская детская клиническая больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики. Медицинскую помощь детскому населению оказывал 1 врач, не был организован отдельный амбулаторный прием детей, таким образом, возникали диагностические ошибки, сложности, врач не был заменяем, при отпусках/болезни врача медицинская помощь детскому населению оказывалась только в экстренном порядке [24].

В организациях работали 8 врачей – челюстно-лицевых хирургов, число штатных должностей – 8,75. Показатель обеспеченности врачами на 10 тыс. населения равен 0,06 [136]. Показатель средней занятости койки в год среди выбранных регионов самый высокий – 341 день, при этом средняя длительность пребывания пациента на койке 7,6 дня.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что во всех четырех регионах остро стоит проблема дефицита врачей.

Для восполнения свободных вакансий врачей – челюстно-лицевых хирургов, в рассматриваемых субъектах имеются: в г. Пензе кафедра челюстно-лицевой хирургии Медицинского института Пензенского государственного университета; в г. Чебоксары кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Медицинского факультета Чувашского государственного университета им. И. Н. Ульянова. Данные учебные заведения регулярно выпускают специалистов профиля ЧЛХ. В том числе обеспечивают врачами не только свой регион, но и другие регионы Приволжского федерального округа. Ульяновский и Саранский университеты не располагают в своем составе отдельную кафедру по профилю ЧЛХ и ординатуру по направлению 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия.

Отсутствие кафедр по специальности «Челюстно-лицевая хирургия» приводит в первую очередь к дефициту кадров данного направления. Несомненным минусом является то, что программа обучения для студентов «Лечебное дело» и «Педиатрия» не включает цикл занятий по челюстно-лицевой хирургии. В результате этого уменьшается количество абитуриентов, так как невозможно заинтересовать студентов в этих направлениях. Однако знания и практические навыки, полученные студентами при прохождении курса по челюстно-лицевой хирургии, могут облегчить диагностику некоторых патологий, снизить количество осложнений.

Дефицит кадров связан с тем, что обучение в ординатуре по данному направлению проходит на договорной основе, так как бюджетные места не выделяются университетом, несмотря на острую нехватку специалистов. Соответственно количество выпускников меньше, чем могло бы быть при обучении за счет бюджетных ассигнований. При этом не все выпускники работают по специальности в практической медицине. Например, в 2018 г. в Медицинском институте Пензенского государственного университета было выпущено 3 врача – челюстно-лицевых хирурга, из которых только 1 остался работать в отделении челюстно-лицевой хирургии.

К тому же предусмотренные меры социальной поддержки молодым врачам – челюстно-лицевым хирургам (стоит отметить, что средний возраст врачей данной специальности составляет 27 лет), со стороны государства не оказываются, так как данные специалисты не относятся к первичному звену здравоохранения.

В дополнение к этому отделения челюстно-лицевой хирургии располагаются только в областных центрах и столицах республик, соответственно стимулирующие и подъемные выплаты, предусмотренные молодым врачам сельской местности, им не полагаются.

Актуальной проблемой оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области является также отсутствие дневного стационара на территории всех четырех рассматриваемых регионов. Стационар дневного пребывания организуется для осуществления диагностических и лечебных мероприятий при заболеваниях и состояниях, не требующих постоянного медицинского наблюдения, что существенно позволило бы разгрузить круглосуточные отделения по профилю ЧЛХ.

Хочется обратить внимание на то, что ни в одном из описанных регионов нет амбулаторного кабинета – как детского, так и взрослого. Это не позволяет оказывать медицинскую помощь на базе имеющихся поликлиник пациентам, не требующим стационарного лечения, что в свою очередь увеличивает нагрузку на отделение челюстно-лицевой хирургии. Следовательно снижается эффективность оказания медицинской помощи больным с заболеваниями челюстно-лицевой области.

Альтернативой первичного приема пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области являются консультации у хирургов-стоматологов, которые не имеют нужной квалификации и, зачастую, ставят неправильный диагноз. Госпитализация таких пациентов осуществляется несвоевременно (очередь для планового стационарного лечения может достигать двух и более месяцев), а в ряде случаев наблюдается повторная госпитализация.

Это обусловлено прежде всего тем, что отсутствует порядок оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ. В некоторых регионах из рассматриваемых субъектов Приволжского федерального округа нет

маршрутизации пациентов с патологией челюстно-лицевой области. Это приводит к тому, что пациенты проходят лечение не в профильных медицинских организациях.

Более того, большая часть населения не осведомлена, что в регионе оказывается медицинская помощь по профилю ЧЛХ. На сайтах медицинских организаций нет актуальной информации в свободном доступе о таком структурном подразделении. К тому же информационные стенды внутри медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю ЧЛХ, обновляются несвоевременно. Из-за этого пациенты обращаются в профильные отделения слишком поздно, когда уже имеются осложнения.

6.3. Организация оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» детям в возрасте от 0 до 17 лет, в том числе детям-инвалидам

В отделениях челюстно-лицевой хирургии оказывается помощь по большому количеству заболеваний челюстно-лицевой области. Однако большое количество данных заболеваний (например, расщелина мягкого и твердого неба, расщелина губы) требует лечения в раннем детском возрасте. Пациентам детского возраста с заболеваниями челюстно-лицевой области, которые не смогли получить высокотехнологичную медицинскую помощь в ведущих медицинских организациях данного профиля России, медицинская помощь оказывалась в ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» в условиях круглосуточного стационара для взрослых в нарушение Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и санитарно-эпидемиологических норм [1]. Пациентам других регионов из-за отсутствия специалистов высокотехнологичная медицинская помощь по профилю ЧЛХ вообще не оказывалась.

Лечение детей с ментальными нарушениями и задержкой психического развития, включающее в себя малоинвазивные операции без госпитализации в круглосуточный стационар, под наркозом не проводится. Одно из наиболее часто

встречающихся заболеваний среди лиц с ментальными нарушениями – синдром Дауна. Согласно статистическим данным Федеральной службы государственной статистики в 2018 г. с синдромом Дауна на территории Пензенской области был зарегистрирован у 91 человека (из них дети 0–14 лет – 64, дети 15–17 лет – 10, взрослые – 17), в Ульяновской области – 207 (из них дети 0–14 лет – 167, дети 15–17 лет – 22, взрослые – 18), в Республике Мордовия – 91 (из них дети 0–14 лет – 74, дети 15–17 лет – 5, взрослые – 12), Чувашской Республике 176 человек (из них дети 0–14 лет – 150, дети 15–17 лет – 12, взрослые – 14).

Таким образом, анализируя рисунок 6.1, можно сделать вывод, что во всех рассматриваемых регионах с синдромом Дауна преобладают дети до 14 лет (особенно ярко это прослеживается на территории Ульяновской области и Чувашской Республики), соответственно оказание медицинской помощи данной категории граждан является необходимым во всех четырех анализируемых регионах.

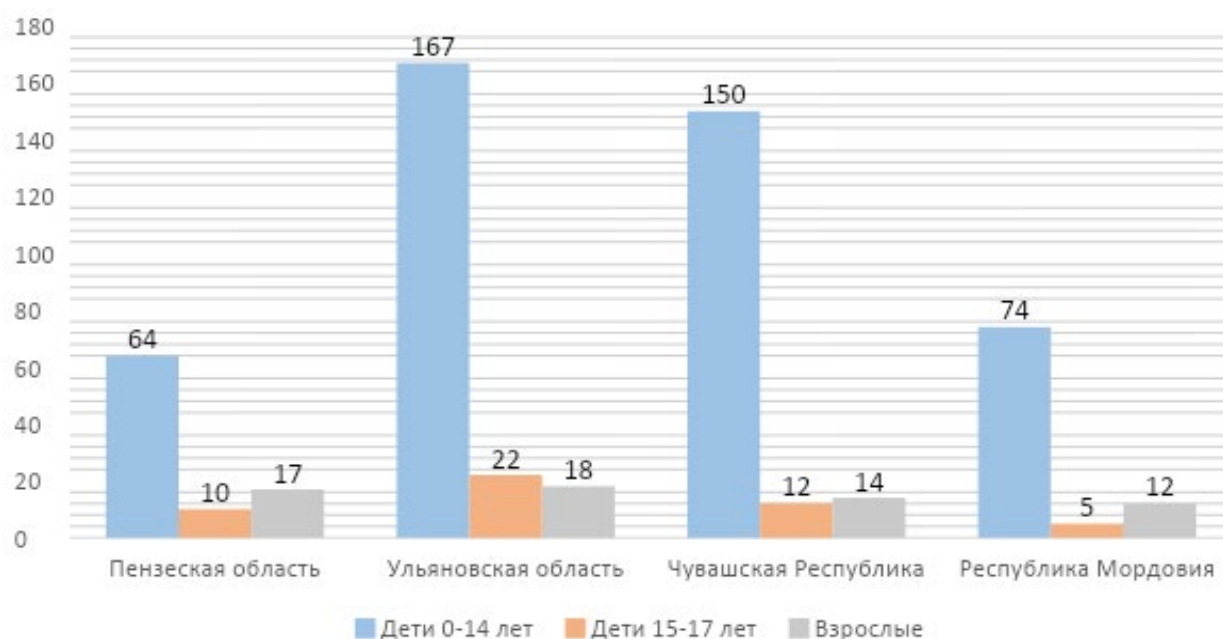


Рисунок 6.1 – Численность лиц с синдромом Дауна в анализируемых субъектах ПФО, абс. число

Как уже говорилось выше, лечение детей с ментальными нарушениями и задержкой психического развития в Чувашской Республике и Ульяновской области в плановом порядке оказывается с нарушениями и не в полной мере, в Республике

Мордовия и Пензенской области не оказывается совсем. Это зависит от того, что в структуре отделения челюстной-лицевой хирургии нет ставок детского врача-стоматолога, а также из-за отсутствия нормативной базы.

Для предоперационной подготовки пациентов крайне важны врачи – стоматологи-терапевты, которые в штате отделения челюстно-лицевой хирургии не предусмотрены ни в одном из анализируемых субъектов Приволжского Федерального округа. Отсутствие таких специалистов ведет к увеличению числа осложнений, так как не проводится санация полости рта и не устраняется первичный очаг воспаления. Более того, в имеющихся отделениях челюстно-лицевой хирургии наблюдается нехватка специализированного оборудования: стоматологических установок, физиодиспенсеров, пьезо-ножей, микроскопов, наборов инструментов для хейло- и уранопластики (по проф. Ад. Мамедову). Для получения трехмерного изображения зубов или любого участка челюстно-лицевой области используют компьютерную томографию, так как конусно-лучевая компьютерная томография в данных регионах не выполняется. Это в свою очередь снижает точность диагностики, увеличивает загруженность аппаратов КТ, и негативно сказывается на здоровье пациентов вследствие большой области облучения.

Недостаточное использование цифровых технологий в управлении здравоохранением регионов Приволжского федерального округа негативно сказывается на оказании медицинской помощи. Возможности телемедицины позволяют оказывать квалифицированную медпомощь на расстоянии врачами-специалистами без отрыва их от основного места работы. В регионах Приволжского федерального округа для упрощения сбора, обработки и хранения медицинской, экономической и статистической информации используются региональные информационно-аналитические медицинские системы. Однако в настоящее время данные программы несовершенны: система часто дает сбои, «зависает». Врачам приходится большое количество времени проводить за компьютером, в том числе в свое личное время, что негативным образом сказывается на оказании медицинской помощи.

Оказание неотложной круглосуточной стоматологической помощи также не предусмотрено на территории рассматриваемых субъектов. Это в свою очередь увеличивает количество осложнений, процент повторных госпитализаций и снижает доступность и качество оказания помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями. Вследствие этого увеличивается показатель смертности от заболеваний челюстно-лицевой области.

В 2018 г. проведена интегральная оценка организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ на уровне субъекта, которая показала, что Пензенская область набрала 80,52 балла, Республика Мордовия – 49,16 балла, Ульяновская область – 105,12 балла, Республика Чувашия набрала 113,6 балла. Организация оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ описанных регионов находится на низком уровне (таблица 6.6).

На основании полученных баллов и данных таблицы 6.6 все регионы находятся на низком уровне организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ. Для упрощения проведения расчетов целесообразно создание автоматизированной системы оценки организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ.

Таблица 6.6 – Анализ организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в регионах за 2018 г.

Регион	Низкий Уровень	Средний Уровень	Высокий Уровень
Республика Мордовия	49,16		
Пензенская область	80,52		
Ульяновская область	105,12		
Чувашская Республика	113,6		

6.4. Автоматизированная система оценки организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»

С целью оценки специалистами здравоохранения организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ на уровне субъекта была разработана автоматизированная система оценки организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ.

Анализ данных проводился с целью определения доступности медицинской помощи и выявления проблем в системе оказания помощи по профилю ЧЛХ в регионе. Показатели, используемые в автоматизированной системе оценки, ориентированы на оценку различных аспектов системы оказания медицинской помощи. Полученная итоговая оценка представляет собой сумму баллов, начисляемых за каждый показатель, выбранный пользователем.

Разработано техническое задание для автоматизированной системы оценки организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ, которое представляет собой электронное приложение. К минимальным системным требованиям разработанного программного обеспечения относятся: операционная система: Windows 7, 8, 8.1, 10, 11; оперативная память размером 1 Гб; 500 Мб доступного пространства на жестком диске; видеоадаптер, соответствующий стандарту DirectX 9 и поддерживающий разрешение экрана 1280 × 720 пикселей или выше.

Автоматизированная система представляет собой электронное приложение с наличием главной страницы, т.е. главного модуля, из которого происходит переход на необходимую страницу (блок) оценки. Интерфейс системы изображен на рисунке (рисунок 6.2).

Система состоит из вопросов для оценки организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ. Автоматизированная система предоставляет комплексную оценку деятельности системы, которую может провести главный внештатный специалист, специалист регионального Министерства здравоохранения, руководитель медицинской организации, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии, врач – челюстно-лицевой хирург.

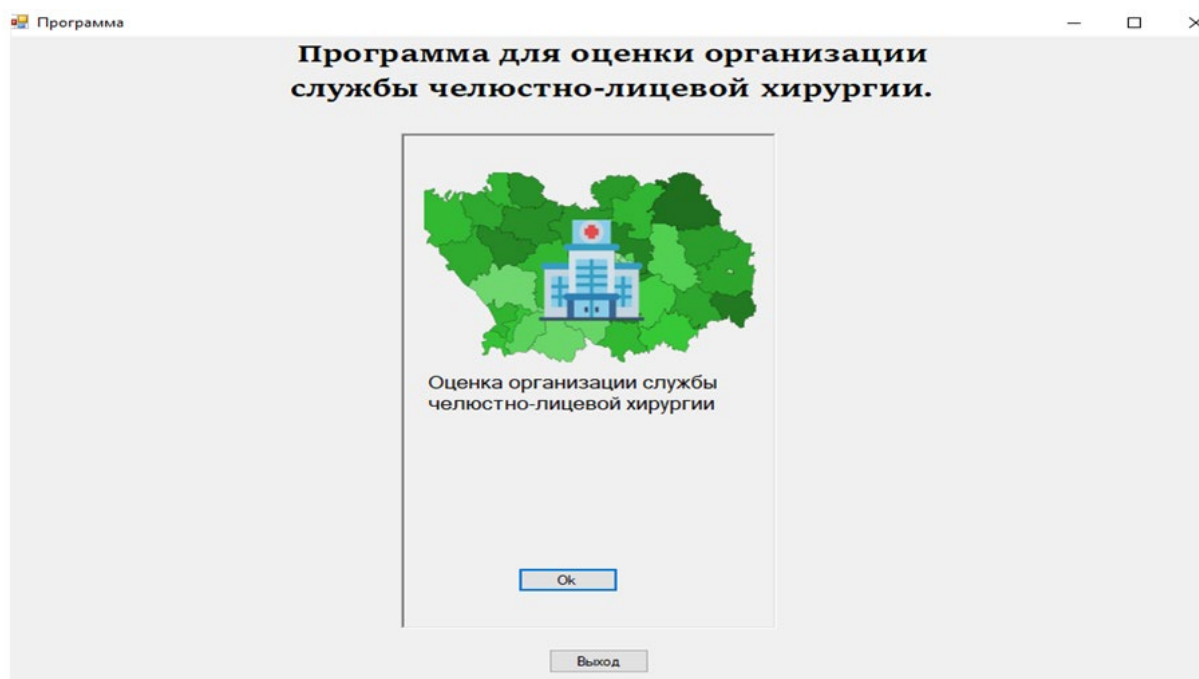


Рисунок 6.2 – Интерфейс автоматизированной системы оценки организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»

После запуска программы пользователь должен указать исследуемый регион и год исследования. Программа состоит из 66 показателей с двумя вариантами ответов на выбор или с балльной оценкой от 0 до 10, характеризующих организацию оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в регионе (рисунок 6.3):

- главные аспекты организации оказания медицинской помощи, в том числе наличие нормативно-правовой базы, количество медицинских организаций, наличие кадров;
- возможность лечения разных категорий пациентов (взрослые, дети, инвалиды), в том числе оказание высокотехнологичной медицинской помощи;
- наличие необходимого для оказания медицинской помощи оборудования: спиральный компьютерный томограф, магнитно-резонансный томограф, физиодиспенсер; оборудования, не включенного в порядок оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ: система для интраоперационного нейромониторинга, эндоскопическая стойка, 3D-принтер с программным обеспечением, пьезохирургический аппарат и т.д.

Программа

Регион: Пример
Год: Пример

Программа для оценки организации службы челюстно-лицевой хирургии.

Оценка организации службы челюстно-лицевой хирургии

1. Наличие порядка по оказанию медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в Российской Федерации

☒ Нет
☐ Да

Следующий вопрос Выход

Рисунок 6.3 – Пример вопроса с вариантами ответов на выбор из программы

По результатам ответов пользователю становится доступна итоговая оценка (максимально возможное набранное количество баллов – 507,19). В конце опроса программа в зависимости от числа баллов отразит уровень и слабые стороны организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ (рисунок 6.4).

Программа

Регион: Пример
Год: Пример

Программа для оценки организации службы челюстно-лицевой хирургии.

Итоги:
Оценка организации службы челюстно-лицевой хирургии:
138,76
Категория эффективности службы:
Ниже среднего
Расшифровка
Умеренный уровень эффективности. Значение позволяет оценить в целом организацию службы как неэффективную, с низкой удовлетворенностью пациентов и медицинского персонала. Недостаточное материально-техническое обеспечение, не соответствующее эффективному развитию службы, есть серьезные трудности в работе медицинских организаций. Медицинская помощь, оказываемая населению по профилю «челюстно-лицевая хирургия» удовлетворительного качества

Завершить Показать недостатки и рекомендации

Рисунок 6.4 – Расшифровка категории эффективности организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»

С обозначением недостатков будут приведены рекомендации по их устранению, которые, в свою очередь, будут способствовать принятию правильных организационных решений по совершенствованию оказания медицинской помощи населению по профилю ЧЛХ.

Резюме. Использование метода экспертных оценок позволило выявить наиболее значимые показатели для оценки организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ на региональном уровне. Балльная оценка данных показателей, проведенная экспертами, позволила выделить 20 наиболее важных из них.

Проведенная оценка организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в регионах Приволжского федерального округа с использованием разработанной методики позволяет ранжировать субъекты в зависимости от уровня развития системы по профилю ЧЛХ, мониторировать ситуацию в динамике, выделять слабые стороны и оперативно проводить устранение недостатков. Все это будет способствовать принятию правильных организационных решений по совершенствованию оказания медицинской помощи населению по профилю ЧЛХ.

ГЛАВА 7

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ И МЕТОДЫ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ»

Анализ организации оказания медицинской помощи населению и деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю ЧЛХ; изучение удовлетворенности пациентов и родственников пациентов условиями оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в амбулаторных и стационарных условиях, мнения руководителей, врачей, медицинских сестер об организации помощи по профилю ЧЛХ; исследование затрат рабочего времени врачей – челюстно-лицевых хирургов, по видам деятельности до начала проведения организационного эксперимента позволили выявить недостатки и зоны неэффективности в организации деятельности системы (таблица 7.1).

Кроме проблем, перечисленных в предыдущих главах, был еще ряд вопросов, которые существенно затрудняли работу врачей и среднего медицинского персонала, снижали удовлетворенность пациентов процессом оказания медицинской помощи по данному профилю. В частности, отделение ЧЛХ не было оснащено детскими кроватками, индивидуальным питанием для пациентов младше 5 лет и лекарственными формами (суспензиями) для пациентов младше 6 лет, лекарственными препаратами, разрешенными детям до 6–12 лет, детскими манжетами, инфракрасными термометрами, интубационными трубками и венозными катетерами, портативными электрокардиографами с подходящими по возрасту комплектами электродов, детскими скарификаторами. К началу 2019 г. у врачей ЧЛХ отсутствовала возможность консультирования с врачами: педиатром, диетологом, клиническим фармакологом; отсутствовала возможность проведения МРТ и СКТ исследований детям до 5 лет или детей с лабильной психикой. У врачей смежных специальностей и среднего медицинского персонала отсутствовал опыт работы с детьми дошкольного возраста, в том числе не было опыта забора крови у детей дошкольного возраста и детей-инвалидов.

Таблица 7.1 – Пути решения проблем организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»

Проблема	Пути решения
1	2
Отсутствие Приказа регионального органа здравоохранения, регламентирующего маршрутизацию пациентов разных возрастных групп с патологией челюстно-лицевой области	Обновить и утвердить маршрутизацию пациентов по профилю ЧЛХ
Недостатки в организации оказания стоматологической помощи взрослому и детскому населению, которые отягощают организацию оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ	• Организовать на базе ГАУЗ ПО «Пензенская стоматологическая поликлиника» круглосуточный амбулаторный кабинет неотложной стоматологической помощи. • Ввести должность врача – стоматолога-терапевта, в отделение челюстно-лицевой хирургии. • Ввести должность врача-стоматолога детского в отделение челюстно-лицевой хирургии. • Организовать амбулаторный кабинет детского врача-стоматолога на базе ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко»

Продолжение таблицы 7.1

1	2
Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилю ЧЛХ в неполном объеме	• Организовать кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, на базе Консультативно-диагностической поликлиники в ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко». • Организовать кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, приемного отделения в ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко». • Организовать кабинет реабилитации пациентов взрослого населения с патологией челюстно-лицевой области. • Привлечь врачей – челюстно-лицевых хирургов, из других регионов. • Выделить бюджетные и целевые места для обучения в ординатуре по специальности «Челюстно-лицевая хирургия». • Ввести в штат медицинских организаций (ГБУЗ «ООКД», ГБУЗ «КБ № 6 им. Г. А. Захарьина») должность врача – челюстно-лицевого хирурга. • Совершенствовать материально-техническую базу, закупать современные инструментарий и оборудование, не включенные в порядки и стандарты оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ; • Организовать дневной стационар с целью лечения пациентов, не требующих круглосуточного наблюдения, а также оказывать своевременную стоматологическую помощь пациентам с ментальными нарушениями всех возрастов

Окончание таблицы 7.1

1	2
Отсутствие специализированной медицинской помощи по профилю ЧЛХ детскому населению	• Открыть детское отделение или детские койки при имеющемся стационаре. • Организовать кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, детского совместно с реабилитацией. • Организовать амбулаторный кабинет детского врача-стоматолога на базе ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко». • Внедрить специалистов в отделение челюстно-лицевой хирургии: врач – челюстно-лицевой хирург детский, врач-стоматолог детский, врач – стоматолог-ортодонт, врач-педиатр, логопед, детский диетолог; зубной-техник. • Провести обучение имеющихся специалистов и среднего медицинского персонала особенностям оказания помощи пациентам детского возраста и пациентам с патологией челюстно-лицевой области. • Совершенствовать модели закупки за счет внесения поправок в федеральный закон № 44, направленных на возможность заказа эффективных, но в то же время доступных лекарственных средств и изделий медицинского назначения для отделения. • Повышать квалификацию врачей – челюстно-лицевых хирургов, на обучающих циклах и стажировках в ведущих Центрах России. • Совершенствовать материально-техническую базу, закупать современный инструментарий и оборудование, не включенные в порядки и стандарты оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ. • Организовать дневной стационар с целью лечения пациентов, не требующих круглосуточного наблюдения, а также оказывать своевременную стоматологическую помощь пациентам с ментальными нарушениями всех возрастов. • Привлечь врачей – челюстно-лицевых хирургов, из других регионов. • Выделить бюджетные и целевые места для обучения в ординатуре по специальности «Челюстно-лицевая хирургия». • Внедрить клинических медицинских сестер

Отсутствие специальных детских дозировок растворов для парентерального введения (Фентанил, Цефазолин и др.) приводило к тому, что 80% лекарственных средств утилизировалось, соответственно возрастали финансовые затраты на содержание отделения.

**Региональная модель организации оказания населению
специализированной медицинской помощи по профилю
«челюстно-лицевая хирургия»**

В результате анализа выявленных недостатков была разработана региональная модель организации оказания населению специализированной медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» (далее Модель), которая включает комплекс организационных мероприятий, выстроенных с учетом принципов системного подхода.

Применение этого подхода позволяет: организовать четкую структуризацию процесса; определить иерархию и распределить ответственность, полномочия каждого сотрудника; повысить качество оказываемой помощи, удовлетворенность пациентов; сократить временные, медицинские и экономические затраты.

Модель включает четыре основных компонента: организационно-структурный, организационно-функциональный (коррекция маршрутизации различных групп пациентов), внутриведомственное взаимодействие, организация помощи по профилю ЧЛХ детям в возрасте от 0 до 17 лет и инвалидам (рисунок 7.1).

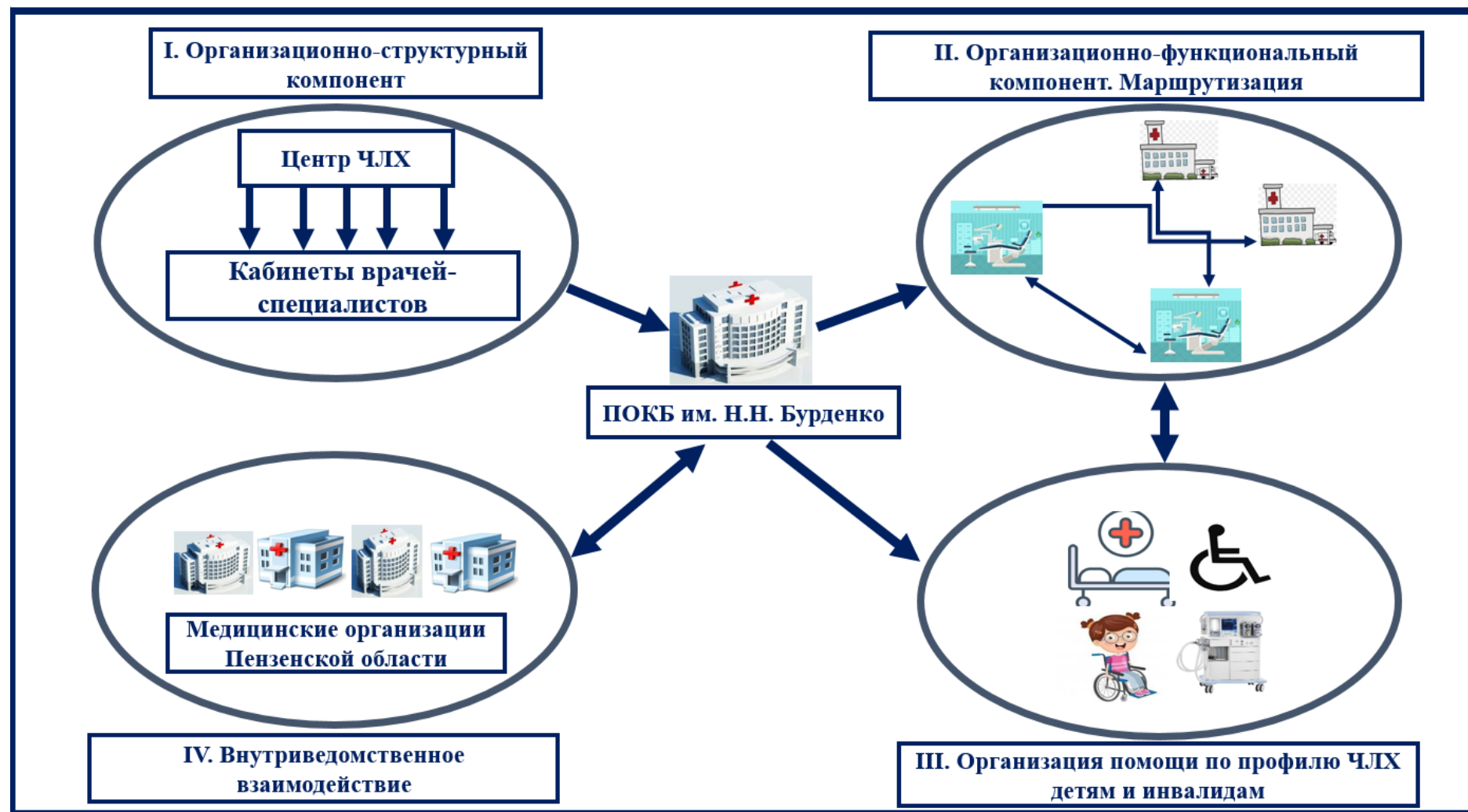


Рисунок 7.1 – Региональная модель организации оказания населению специализированной медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия». Основные компоненты

I. Организационно-структурный компонент Модели

Организационно-структурный компонент региональной модели организации оказания населению специализированной медицинской помощи по профилю ЧЛХ представлен Центром челюстно-лицевой хирургии (рисунок 7.2).

В структуре ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» в 2020 г. организован Центр челюстно-лицевой хирургии.

В соответствии с Положением (приложение 2) Центр челюстно-лицевой хирургии является самостоятельным структурным подразделением ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» и подчиняется непосредственно заместителю главного врача по хирургической помощи по вопросам оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным с заболеваниями челюстно-лицевой области и стоматологическими заболеваниями.

1. Для оказания помощи в амбулаторных условиях на базе Поликлиники Консультативно-диагностической поликлиники ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» организованы 2 кабинета врачей – челюстно-лицевых хирургов, для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи взрослым по профилю ЧЛХ (адрес: ул. Богданова, 53А, кабинеты 620, 623; режим работы: пн-пт 08:00–15:42). Основные должностные обязанности сотрудников соответствуют приказу от 14 июня 2019 г. № 422н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ от 30.08.2019» [11].

1.1. Кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, в 2019 г. был реорганизован из кабинета врача – стоматолога-хирурга, с введением в штат новой должности врача – челюстно-лицевого хирурга.

В обязанности врача – челюстно-лицевого хирурга, входит:

- проведение диагностики заболеваний челюстно-лицевой области;
- составление плана лечения и определение показаний к плановой или экстренной госпитализации;
- проведение оперативных вмешательств под местным обезболиванием;
- проведение расширенных консультаций, позволяющих улучшить взаимосвязь между пациентом и врачом.

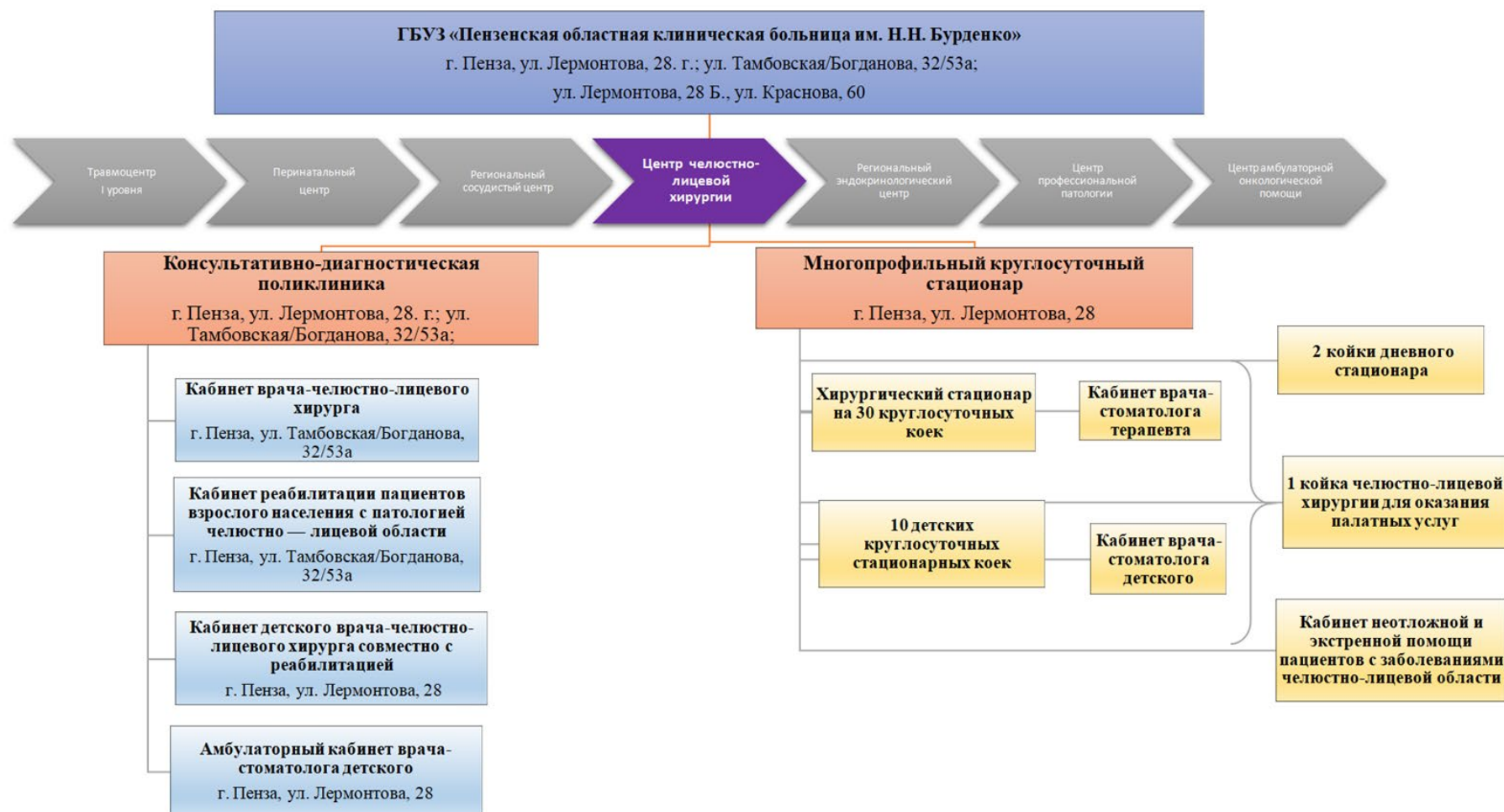


Рисунок 7.2 – Организационно-структурный компонент региональной Модели организации оказания населению специализированной медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» – Центр челюстно-лицевой хирургии.

Организация кабинета врача – челюстно-лицевого хирурга, способствовала:

- снижению количества непрофильных госпитализаций в отделение челюстно-лицевой хирургии;
- повышению доступности и комфортности медицинской помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области в амбулаторных условиях.

1.2. Кабинет реабилитации для взрослых пациентов с патологией челюстно-лицевой области был организован в 2022 г., штатная должность врача – травматолога-ортопеда, была заменена на должность врача – челюстно-лицевого хирурга.

В обязанности врача – челюстно-лицевого хирурга, кабинета реабилитации входит:

- динамическое наблюдение за пациентами, выписанными из отделения челюстно-лицевой хирургии с травмами костей лицевого скелета, гнойно-воспалительными заболеваниями, новообразованиями челюстно-лицевой области и шеи;
- своевременное проведения медицинских манипуляций: замена межчелюстной резиновой тяги, снятие начелюстных шин, туалет раны, физиотерапевтическое лечение, снятие швов;
- проведение консилиума с врачами стационара при сложных, спорных клинических ситуациях, определение показаний к повторной госпитализации;
- контролирование процесса лечения у смежных специалистов;
- оформления документов для медико-социальной экспертизы;
- оформление и продление листков временной нетрудоспособности;
- проведение телемедицинских консультаций.

Организация кабинета врача – челюстно-лицевого хирурга, реабилитации способствовала:

- ускорению восстановления работоспособности взрослых пациентов и снижению экономических затрат;

- уменьшению числа осложнений;
- уменьшению числа рецидивов;
- снижению нагрузки на врачей стационара, распределению четких обязанностей между врачами – челюстно-лицевыми хирургами, амбулаторного звена.

2. Для оказания помощи детям в составе Центра были организованы:

- кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи детям по профилю ЧЛХ на базе ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» (адрес: ул. Лермонтова, 28, 16 корпус, 1 этаж, кабинет 1; режим работы: пн-пт 08:00–15:42);
- кабинет врача-стоматолога детского для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи детям по профилю «стоматология детская», на базе ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» (адрес: ул. Лермонтова, 28, 16 корпус, 1 этаж, кабинет 2; режим работы: пн-пт 08:00–15:42).

2.1. Кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, детского совместно с реабилитацией на базе ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» был организован в 2021 г., была введена новая должность детского врача – челюстно-лицевого хирурга.

В обязанности детского врача – челюстно-лицевого хирурга, входит:

- своевременное выявление патологии челюстно-лицевой области у детей;
- проведение первичных консультаций с родителями новорожденных пациентов с врожденными пороками лица;
- определение показаний и сроков проведения необходимых оперативных вмешательств и реабилитационных мероприятий;
- динамическое наблюдение выписанных детей из отделения челюстно-лицевой хирургии с травмами костей лицевого скелета, гнойно-воспалительными заболеваниями, новообразованиями челюстно-лицевой области и шеи;

- своевременное проведение медицинских манипуляций: замена межчелюстной резиновой тяги, снятие начелюстных шин, туалет раны, физиотерапевтическое лечение, снятие швов;

- контролирование процесса лечения у смежных специалистов;
- оформления документов для медико-социальной экспертизы;
- проведение телемедицинских консультаций.

Введение штатной должности врача – челюстно-лицевого хирурга, для оказания помощи детям способствовало:

- оказанию специализированной медицинской помощи по профилю ЧЛХ детскому населению;
- разделению потоков на взрослое и детское население, закрепление каждого на своем амбулаторном звене,
- ускорению восстановления трудоспособности, предотвращению развития рецидивов, улучшению анатомического, функционального и эстетического показателей прооперированной области у детей.

3. Для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи по профилю ЧЛХ (взрослым круглосуточно, детям пн-пт 16:00–08:00, сб-вс – круглосуточно) на базе приемного отделения ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» был организован кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга (ул. Лермонтова, 28, 16 корпус).

В штатное расписание приемного отделения ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» была в 2022 г. введена должность врача – челюстно-лицевого хирурга, взамен должности врача приемного отделения.

В обязанности врача – челюстно-лицевого хирурга, кабинета неотложной экстренной помощи пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области в приемном отделении входит:

- осмотр и консультирование пациентов, обратившихся в приемное отделение с направлятельными документами или без них к врачу – челюстно-лицевому хирургу;

- проведение экстренных оперативных вмешательств под местным обезболиванием;

- консультирование пациентов других отделений ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко».

Введение штатной должности врача – челюстно-лицевого хирурга, кабинета неотложной экстренной помощи пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области в приемном отделении способствовало:

- снижению нагрузки на врачей стационара;
- распределению четких обязанностей между врачами – челюстно-лицевыми хирургами, амбулаторного звена;
- ускорению сроков оказания экстренной и неотложной специализированной медицинской помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области;
- уменьшению количества непрофильных госпитализаций в отделение челюстно-лицевой хирургии;
- рациональному использованию рабочего времени врачей – челюстно-лицевых хирургов, стационара – прекращение отрыва от основных служебных обязанностей;
- снижению количества жалоб и неудовлетворенности временем ожидания пациентов, обратившихся в приемное отделение.

4. В структуру Центра челюстно-лицевой хирургии входит также:

4.1. Отделение челюстно-лицевой хирургии на 43 койки на базе ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» (ул. Лермонтова, 28, 1 корпус, 2 этаж), из них:

- 30 коек для оказания круглосуточной медицинской помощи по профилю ЧЛХ взрослому населению с кабинетом врача – стоматолога-терапевта;
- 10 коек для оказания круглосуточной медицинской помощи по профилю ЧЛХ детскому населению с кабинетом врача-стоматолога детского;
- 2 койки дневного стационара (при круглосуточном стационаре) для оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению Пензенской

области без необходимости госпитализации в стационар – при условии небольшого объема оперативного вмешательства и невозможности его проведения без анестезиологического пособия, а также для лечения множественного осложнения кариеса у детей до 3 лет и иных стоматологических заболеваний по медицинским показаниям у детей, независимо от возраста, под общей анестезией, в соответствии с пунктом 19 Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 ноября 2012 г. № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» (с изменениями и дополнениями)

– 1 койка для оказания круглосуточной медицинской помощи по профилю ЧЛХ взрослому и детскому населению на договорной основе.

Дневной стационар (ДС) был организован в 2022 г. За дневным стационаром закреплены дополнительные штатные должности: врач – челюстно-лицевой хирург, врач-стоматолог детский, врач – стоматолог-терапевт, медицинские сестры.

На базе дневного стационара проводится лечение пациентов со следующими заболеваниями (при необходимости с анестезиологическим пособием):

- ретинированные и дистопированные зубы;
- одонтогенные кисты челюстей;
- доброкачественные новообразования челюстно-лицевой области;
- ментальные нарушения у пациентов всех возрастов;
- непереносимость местных анестетиков у пациентов всех возрастов;
- врожденные расщелины челюстно-лицевой области у детей (физиотерапевтическое лечение).

Организация дневного стационара способствовала:

- снижению числа гнойно-воспалительных осложнений челюстно-лицевой области;
- созданию наиболее благоприятного психоэмоционального состояния пациентов;

- повышению эффективности использования материальных и кадровых ресурсов здравоохранения;
- уменьшению расходов медицинской организации в целом на лекарственное обеспечение, питание, энергоресурсы;
- снижению нагрузки на стационарные койки для госпитализации пациентов с тяжелыми диагнозами и проведения более сложных оперативных вмешательств, с повышенным коэффициентом по КСГ.

4.2. Кабинет врача-стоматолога детского. Кабинет был организован в 2022 г., была введена должность врача-стоматолога детского.

В обязанности врача-стоматолога детского входит:

- оказание медицинской помощи по профилю «стоматология детская» детям с ментальными нарушениями, детям в возрасте до трех лет с множественными кариозными поражениями и их осложнениями, детям с непереносимостью местных анестетиков;
- определение показаний к плановой или экстренной госпитализации;
- подготовка пациента и его сопровождение к плановой госпитализации;
- диспансеризация пациентов, выписанных из стационара;
- проведение терапевтического лечения зубов, профессиональной гигиены полости рта под местным обезболиванием.

Введение штатной должности врача-стоматолога детского способствовало:

- оказанию специализированной медицинской помощи по профилю «стоматология детская» особым категориям граждан;
- комплексному подходу и снижению травматизации при гнойно-воспалительных заболеваниях у детей;
- улучшению стоматологического здоровья детей-инвалидов.

4.3. Кабинет врача – стоматолога-терапевта, на базе отделения челюстно-лицевой хирургии. Кабинет был создан в 2020 г., должность врача – стоматолога-терапевта переведена из Консультативно-диагностической поликлиники ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» в отделение челюстно-лицевой хирургии.

В обязанности врача – стоматолога-терапевта, входит:

- оказание медицинской помощи по профилю «стоматология терапевтическая» взрослым пациентам с ментальными нарушениями, с непереносимостью местных анестетиков;
- проведение терапевтического лечения зубов, профессиональной гигиены полости рта перед оперативным вмешательством.

Введение штатной должности врача – стоматолога-терапевта, способствовало:

- обеспечению оказания специализированной медицинской помощи по профилю «стоматология терапевтическая» особым категориям граждан (детям и детям-инвалидам);
- внедрению комплексного подхода и снижению травматизации при ГВЗ и травмах ЧЛЮ;
- улучшению стоматологического здоровья лиц, имеющих инвалидность.

Кроме того, организация Центра амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) в Консультативно-диагностической поликлинике ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» позволила проводить одновременное консультирование врача – челюстно-лицевого хирурга, и врача-онколога, а следовательно, улучшить диагностику первичного процесса, ускорить верификацию диагноза и назначение специализированного лечения пациентам.

II. Организационно-функциональный компонент Модели. Маршрутизация

До начала организационного эксперимента в Пензенской области действовала маршрутизация пациентов с патологией челюстно-лицевой области, представленная на рисунке 7.3.

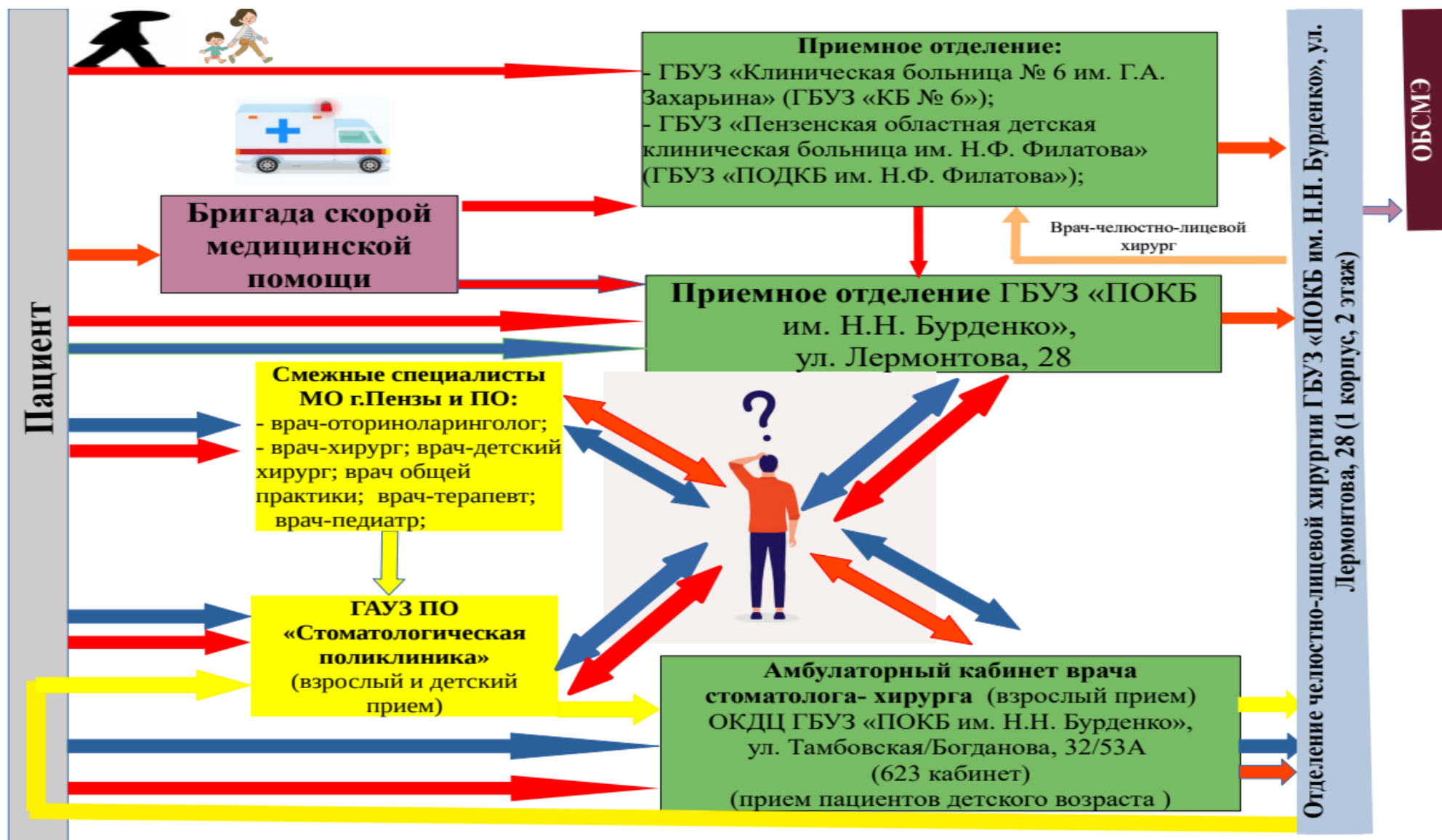


Рисунок 7.3 – Маршрутизация пациентов с патологией челюстно-лицевой области, действующая в 2018 г.

Основные недостатки этой схемы маршрутизации:

- отсутствие врача – челюстно-лицевого хирурга, на амбулаторном приеме в поликлинике (отсутствие первичной диагностики и реабилитационных мероприятий после выписки из стационара);
- госпитализация в непрофильное отделение МО;
- отсутствие в штате врача – челюстно-лицевого хирурга, в других МО региона;
- пересечение потоков взрослого и детского населения;
- отсутствие врача – челюстно-лицевого хирурга, в приемном отделении;
- загруженность приемного отделения профильными и непрофильными пациентами со стоматологическими заболеваниями и патологией челюстно-лицевой области.

Для реализации модели оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ на территории Пензенской области была введена маршрутизация пациентов. Схема маршрутизации разработана на основе приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 июня 2019 г. № 422н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» [11], приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 2012 г. № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» [5], приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 августа 2021 г. № 866н «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность» и учитывает особенности Пензенской области [13].

Совершенствование логистического потока пациентов построено с учетом распределения обязанностей медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь по профилю (первичную доврачебную, первичную врачебную, первичную специализированную); определения порядка обращения (самостоятельно, по направлению, с конкретизацией специалистов); конкретизации

деятельности всех структурных подразделений, участвующих в оказании медицинской помощи по профилю ЧЛХ.

Маршрутизация разработана для всех групп пациентов при оказании первичной специализированной медицинской помощи по профилю ЧЛХ в плановой и экстренной форме, и включает перечень медицинских показаний для каждого вида помощи (рисунок 7.4).

На базе Городской стоматологической поликлиники было организовано отделение по оказанию круглосуточной экстренной стоматологической помощи населению Пензенской области.

Стоматологическая помощь оказывается врачами – стоматологами-терапевтами, стоматологами-хирургами, стоматологами детскими и взрослому, и детскому населению по профилю. При невозможности оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях пациента в дневное время направляют в амбулаторные кабинеты врачей – челюстно-лицевых хирургов, ОКДЦ.

Для планирования проведения более сложных оперативных вмешательств приглашается врач – челюстно-лицевой хирург кабинета реабилитации для обсуждения дальнейших этапов реабилитации. Врачи амбулаторного звена совместно со средним медицинским персоналом проводят беседы, направленные на психологическую подготовку к стационарному, оперативному и терапевтическому лечению. В работу амбулаторных кабинетов Центра внедрен call-центр с целью обзвона за день до госпитализации, улучшения и контроля предварительной подготовки пациента, плана госпитализаций.

Работа врача – челюстно-лицевого хирурга, амбулаторного кабинета Консультативно-диагностической поликлиники ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» направлена на определение показаний для оказания специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях стационара.



Специалистом выполняются под местной анестезией зубосохраняющие операции, вскрытие и дренирование абсцессов полости рта, репозиция и фиксация верхнечелюстного и нижнечелюстного переломов, хирургическая обработка раны или инфицированной ткани, удаление зуба, пластика ороантрального сообщения, репозиция вывиха нижней челюсти.

В обязанности врача – челюстно-лицевого хирурга, амбулаторного кабинета реабилитации Консультативно-диагностической поликлиники ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» включено диспансерное наблюдение взрослых пациентов с патологией челюстно-лицевой области, выписанных из стационара или направленных от врача – челюстно-лицевого хирурга, амбулаторного кабинета; врача – челюстно-лицевого хирурга, ГБУЗ «КБ № 6 им. Г. А. Захарьина»: проведение экспертизы временной нетрудоспособности; определение медицинских показаний для осуществления медицинской реабилитации в послеоперационном периоде у взрослых пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области; подготовка медицинской документации и направление на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности.

Врач – челюстно-лицевой хирург, приемного отделения ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» принимает обратившихся пациентов взрослого населения в 8:00–15:45 в будние дни. Специалист определяет показания для оказания специализированной медицинской помощи амбулаторно или в условиях стационара. Выполняются оперативные вмешательства под местной анестезией или при необходимости с анестезиологическим пособием: вскрытие и дренирование гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области; репозиция и фиксация переломов костей лицевого скелета, хирургическая обработка раны или инфицированной ткани, удаление зуба; репозиция вывиха нижней челюсти и т.д. Исходами обращения кабинета являются продолжение лечения у врача – челюстно-лицевого хирурга, кабинета реабилитации или госпитализация в многопрофильный стационар.

В будние дни в 15:45–08:00, в выходные и праздничные дни в кабинете ведет приём дежурный врач Центра челюстно-лицевой хирургии, специализированная медицинская помощь оказывается взрослому и детскому населению, что говорит об универсальности и подготовленности врачей.

Амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, и кабинет реабилитации открыты на базе Консультативно-диагностической поликлиники ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко». Амбулаторный кабинет детского врача – челюстно-лицевого хирурга, и кабинет врача-стоматолога детского базируются в ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко». Прием пациентов проводится ежедневно в 8:00–15:45 врачами – челюстно-лицевыми хирургами, а в стоматологическом кабинете врачом – стоматологом-детским, совместно с медицинской сестрой.

Модернизация догоспитального этапа включает разработку медико-организационных мероприятий, направленных на улучшение общественного здоровья и обеспечение качественной медицинской помощи по профилю ЧЛХ: предоставление расширенной медицинской информации о возможных причинах заболевания, видах, преимуществах и рисках хирургического лечения, способах обезболивания, длительности лечения, возможных осложнениях, работе круглосуточного и дневного стационаров и правилах поведения.

За время проведения организационно-штатных мероприятий отмечено, что у психологически подготовленных пациентов достигается наилучший результат ввиду последовательной и повторяемой несколькими врачами информации. Сократилось время ожидания плановой госпитализации на стационарное лечение пациентами – в пределах 14 дней.

Отмечается снижение числа осложнений за счет динамического наблюдения пациентов врачами кабинетов реабилитации и детского врача – челюстно-лицевого хирурга, в послеоперационном периоде. Ежедневно выделяются резервные окна для записи пациентов, выписанных из стационара. При завершении стационарного лечения лечащим врачом выдается подробный выписной эпикриз со всеми рекомендациями, клинико-лабораторными результатами; диспансерное

наблюдение проводится через 1, 3, 6 и 12 месяцев с момента оперативного лечения, применяются контрольные дополнительные методы исследования.

III. Компонент Модели – организация помощи по профилю ЧЛХ детям в возрасте от 0 до 17 лет и детям-инвалидам

Уникальным для маршрутизации в Пензенской области является выделение порядка организации терапевтического лечения зубов с анестезиологическим пособием у пациентов до 3 лет, пациентов с непереносимостью местных анестетиков, детей-инвалидов, инвалидов с неврологическими заболеваниями (рисунок 7.5).

В 2021 г. администрацией ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» выделено помещение, оснащенное с учетом приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 июня 2019 г. № 422н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю челюстно-лицевая хирургия» [11] для отделения челюстно-лицевой хирургии с возможностью внедрения амбулаторных кабинетов для детского врача – челюстно-лицевого хирурга, врача-стоматолога детского и дневного стационара, с отдельными входными группами для разобщения потоков детского и взрослого населения; предусмотрены режимные кабинеты, отдельные операционные для взрослых пациентов и детей, доступная среда для лиц с ограниченными возможностями, палаты дневного стационара.

В штат отделения Центра введена должность врача-стоматолога детского для проведения предоперационной подготовки пациентам, находящимся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии, для проведения лечения причинного очага инфекции с возможностью сохранения зуба при гнойно-воспалительном заболевании.

С 2022 г. открыт амбулаторный кабинет врача-стоматолога детского с отдельной должностью, в функциональные обязанности врача входит осмотр пациентов, определение показаний для оказания специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, диспансеризация пациентов со стоматологическими заболеваниями вышеуказанных групп.

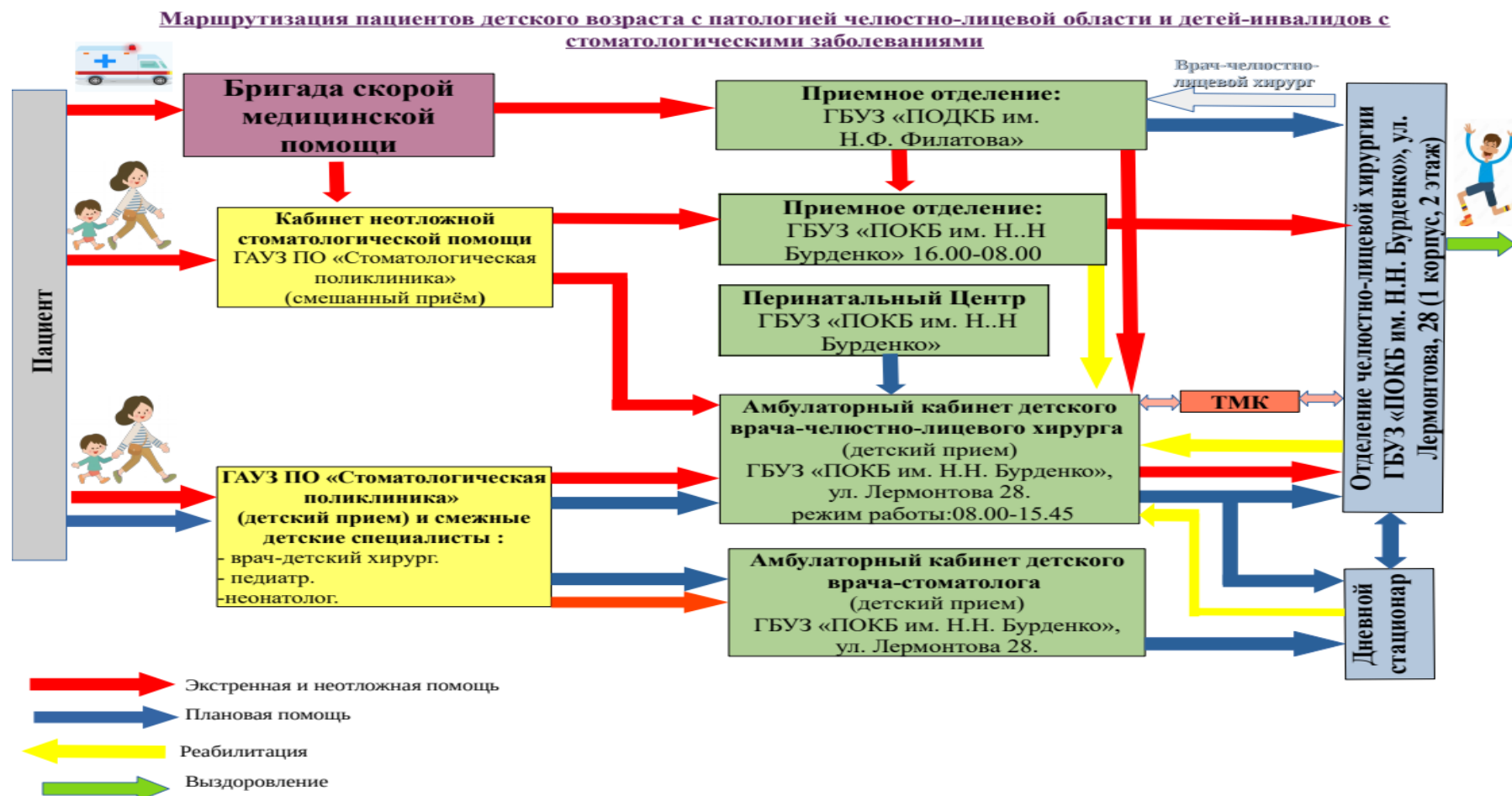


Рисунок 7.5 – Маршрутизация пациентов детского возраста с патологией челюстно-лицевой области и детей-инвалидов с стоматологическими заболеваниями, действующая в 2023 г.

Детский врач – челюстно-лицевой хирург, амбулаторного кабинета в условиях местного обезболивания проводит хирургическую обработку ран или инфицированной ткани, пластику уздечек губ и языка; репозицию и фиксацию переломов челюстей у детей старшего возраста, удаление зубов; осуществляет диспансерное наблюдение детей с заболеваниями челюстно-лицевой области; определяет показания для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара; определяет показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи и контроль таких пациентов; проводит медицинскую реабилитацию; готовит медицинскую документацию на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности у ребенка.

В связи с совместным нахождением детских коек челюстно-лицевой хирургии, амбулаторного кабинета детского врача – челюстно-лицевого хирурга, врача-стоматолога детского организован механизм активного взаимодействия. Механизм направлен на передачу медицинских документов и обсуждение клинических случаев, необходимости дополнительных обследований, на сокращение визитов законных представителей и пациентов с целью передачи документации. При невозможности проведения ряда исследований на догоспитальном этапе забор материала и диагностика проводятся в условиях стационара.

Высокую эффективность показало внедрение амбулаторного кабинета детского врача – челюстно-лицевого хирурга, осмотр новорожденных пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области в условиях кабинета и Перинатального центра ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», проведение консультаций беременных женщин при выявлении патологии челюстно-лицевой области у плода. В результате уменьшилось число пациентов, уезжающих за пределы Пензенской области для получения медицинской помощи; увеличилось число ВМП-операций; уменьшилось число непрофильных госпитализаций в другие медицинские организации Пензенской области и повторных травмирующих оперативных вмешательств; улучшилось качество оказываемой помощи за счет развития телемедицинских консультаций и сотрудничества

с федеральными центрами; увеличилось число пациентов детского возраста с 29 до 2130 человек. Совместно с врачами-ортодонтами частных медицинских организаций, по личной договоренности, применен междисциплинарный подход в лечении детей с врожденными расщелинами лица, переломами мышечковых отростков нижней челюсти: установка ортодонтических конструкций в послеоперационном периоде, способствующих безопасной, менее травматичной и быстрой реабилитации детей.

IV. Компонент внутриведомственного взаимодействия в Модели

Поскольку патология челюстно-лицевой области включена в разные классы болезней: класс «Болезни органов пищеварения», класс «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения», класс «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин», класс «Болезни нервной системы», класс «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани», – зачастую для оказания помощи пациентам необходима мультидисциплинарная команда, в которую могут входить врачи различных специальностей (рисунок 7.6).

В систему внутриведомственного взаимодействия региональной модели организации медицинской помощи населению по профилю ЧЛХ входит несколько медицинских организаций Министерства здравоохранения Пензенской области (ГБУЗ «КБ № 6 им. Г. А. Захарьина», ГБУЗ «ООКД», ГАУЗ ПО «Пензенская стоматологическая поликлиника», ГБУЗ «ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова», ГБУЗ «Каменская центральная районная больница», ГБУЗ «Нижнеломовская центральная районная больница», ГБУЗ «Сердобская центральная районная больница им. А. И. Настина», ГБУЗ «Кузнецкая центральная районная больница» и т.д. (рисунок 7.7).

На основании принятого документа маршрутизации в ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», ГБУЗ «КБ № 6 им. Г. А. Захарьина» и ГБУЗ «ООКД» введены должности врачей – челюстно-лицевых хирургов.

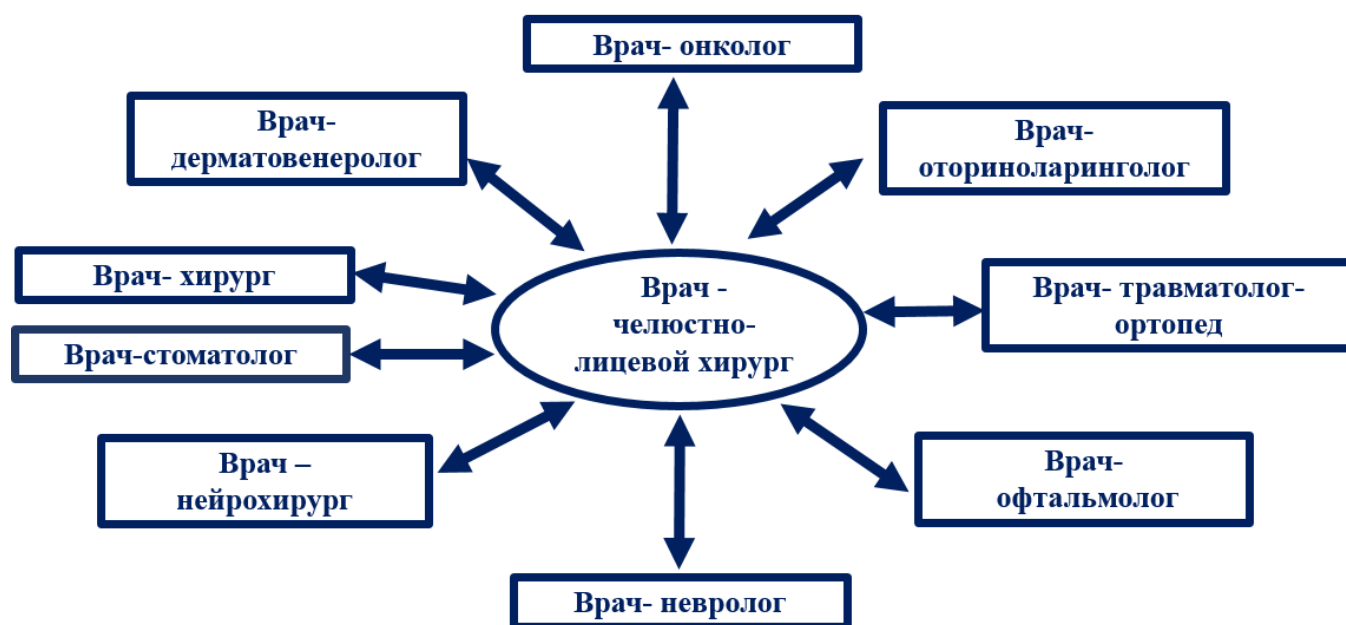


Рисунок 7.6 – Врачи-специалисты, которые взаимодействуют с врачом – челюстно-лицевым хирургом

ГБУЗ «КБ № 6 им. Г. А. Захарьина» является травмоцентром I уровня. Медицинская организация оказывает специализированную медицинскую помощь пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами. Ввиду роста травматизма, ДТП, осложнений, связанных с поздним оказанием медицинской помощи при патологии челюстно-лицевой области, в ГБУЗ «КБ № 6 им. Г. А. Захарьина» введена должность врача – челюстно-лицевого хирурга.

Врач – челюстно-лицевой хирург, одновременно с другими специалистами выполняет по показаниям временную или постоянную репозицию и фиксацию переломов костей лицевого скелета, остановку кровотечения челюстно-лицевой области, удаление зубов из линии перелома. Пациенты после выписки продолжают реабилитацию у врача – челюстно-лицевого хирурга, Консультативно-диагностической поликлиники ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко».

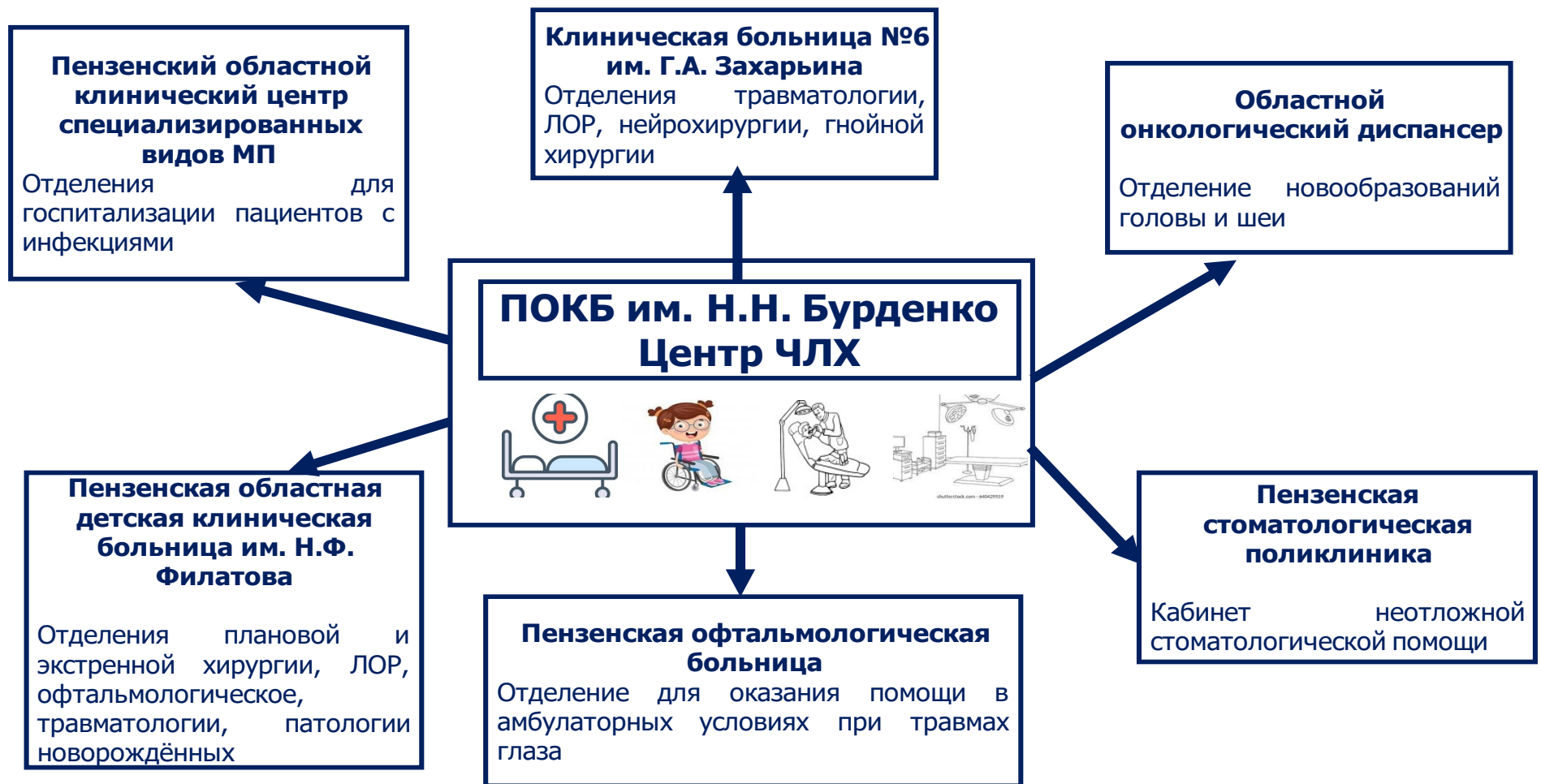


Рисунок 7.7 – Внутриведомственное взаимодействие в региональной Модели

В результате пациенты быстрее реабилитируются, восстанавливается трудоспособность, снижается риск развития осложнений и отпадает необходимость повторной реконструктивной, более травматичной операции: экономический эффект достигается за счет снижения проведенных койко-дней. В ГБУЗ «КБ № 6 им. Г. А. Захарьина» функционируют отделение гнойной хирургии и отделение оториноларингологии; врач – челюстно-лицевой хирург, при необходимости участвует при оперативных вмешательствах: вскрытии флегмон шеи, удалении зубов и пластики ороантрального сообщения при одонтогенных верхнечелюстных синуситах.

В обязанности врача – челюстно-лицевого хирурга, амбулаторного кабинета реабилитации Консультативно-диагностической поликлиники ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» включено диспансерное наблюдение взрослых пациентов с патологией челюстно-лицевой области, выписанных из стационара или направленных врачом – челюстно-лицевым хирургом, амбулаторного кабинета; врачом – челюстно-лицевым хирургом, ГБУЗ «КБ №6 им. Г. А. Захарьина»: проведение экспертизы временной нетрудоспособности; определение медицинских показаний для осуществления медицинской реабилитации в послеоперационном периоде у взрослых пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области; подготовка медицинской документации и направление на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности.

В ГБУЗ «ООКД» выполняются различные по объему оперативные вмешательства, в том числе оказывается высокотехнологичная медицинская помощь, также применяются современные и инновационные методы диагностики и лечения злокачественных образований. Пациентам с подозрением на ЗНО головы и шеи оказывают помощь в отделении опухолей головы и шеи. В штат отделения в 2022 г. принят врач – челюстно-лицевой хирург, с действующими сертификатами по специальностям «Челюстно-лицевая хирургия», «Онкология».

Пациентам предлагается комплексный и междисциплинарный подход к лечению. Специалисты проводят радикальные операции с удалением костных структур и мягких тканей челюстно-лицевой области. При возможности

проводится одномоментное замещение сформированных дефектов или создание благоприятных условий для восстановления в дальнейшем анатомических структур, протезирование. Пациенты получают реабилитацию в условиях ГБУЗ «ООКД», они больше не вынуждены «скитаться» в поисках помощи.

При обращении в Консультативно-диагностическую поликлинику ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» пациента с новообразованием ЧЛО осматривает врач-онколог организованного ЦАОП. При необходимости приглашается врач – челюстно-лицевой хирург. Специалисты выполняют правильный забор материала с учетом анатомо-топографических особенностей челюстно-лицевой области, что позволяет снизить число повторных биопсий, число неверных диагнозов, улучшить верификацию диагноза и при подтверждении злокачественности процесса быстрее приступить к лечению. Снизилось число госпитализаций в Центр челюстно-лицевой хирургии для проведения гистологических исследований и верификации диагноза. Организованный комплекс мер имеет весомый социальный и экономический эффект.

В 2020 и 2021 гг. неоднократно в результате пандемии останавливалась плановая госпитализация в стационар, что привело к изменению маршрутизации оказания специализированной медицинской помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области на время перепрофилирования ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» для оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19. В ГБУЗ «ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова» и ГБУЗ «КБ № 6 им. Г. А. Захарьина» введено по одной должности врача – челюстно-лицевого хирурга, с целью оказания специализированной медицинской помощи при гнойно-воспалительных заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области. Организованы телемедицинские консультации (ТМК) с другими медицинскими организациями Пензенской области, способствующие дальнейшему развитию ТМК с якорными организациями. С 2022 г. полноценно применены организационные мероприятия.

Реализация всех компонентов Модели запланирована в несколько этапов.

I этап: организация круглосуточного амбулаторного кабинета неотложной стоматологической помощи на базе ГАУЗ ПО «Пензенская стоматологическая

поликлиника», что приведет к снижению числа непрофильных обращений, госпитализаций в отделение челюстно-лицевой хирургии, нагрузки на врачей челюстно-лицевых хирургов, стационара и амбулаторного звена.

II этап: внедрение Центра челюстно-лицевой хирургии с кабинетами на базе Консультативно-диагностической поликлиники, приемного отделения и отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» со специалистами:

- врач – челюстно-лицевой хирург, детский (2 штатных должности) – для оказания специализированной медицинской помощи детскому населению по профилю ЧЛХ в амбулаторных и стационарных условиях;

- врач – челюстно-лицевого хирург, на базе Консультативно-диагностической поликлиники ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» (2 ставки), на базе приемного отделения ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» (1 штатная должность) для оказания специализированной медицинской помощи взрослому населению по профилю ЧЛХ в амбулаторных условиях;

- врач – стоматолог-терапевт (1 штатная должность) – для оказания специализированной медицинской помощи взрослому населению по профилю «стоматология терапевтическая: для проведения предоперационной санации полости рта пациентам, находящимся на госпитализации в отделении челюстно-лицевой хирургии, проведения профессиональной гигиены полости рта у пациентов на бимаксилярных шинах, подготовки к оперативным вмешательствам при кистах челюстей, для терапевтического лечения зубов у пациентов с ментальными нарушениями, непереносимостью местных анестетиков.

- врач-стоматолог детский (1,5 штатных должности) – для оказания специализированной медицинской помощи детскому населению по профилю «стоматология детская» в амбулаторных и стационарных условиях: для проведения санации полости рта пациентам перед оперативным вмешательством, терапевтического лечения причинного зуба при гнойно-воспалительном

заболевании челюстно-лицевой области, терапевтической и хирургической санации полости рта у ранее описанных групп с анестезиологическим пособием;

– врач-педиатр (1 штатная должность) – для оказания специализированной медицинской помощи детскому населению по профилю «педиатрия»: для проведения предоперационной подготовки при травматических оперативных вмешательствах и коррекции послеоперационных показателей, определения показаний или противопоказаний в спорных ситуациях, для проведения оперативного вмешательства, выявления признаков бактериальных или вирусных заболеваний, лечения и определения возможности продолжения лечения в амбулаторных условиях.

– врач-логопед ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», работающий с пациентами Центра нарушения мозгового кровообращения, – для лечения и реабилитации пациентов детского возраста, выписанных из отделения челюстно-лицевой хирургии с врожденными расщелинами лица, анкилосоглоссиями;

– врач-диетолог – для подбора питания возрастным группам до 0 лет, 0–3 года, 3–5 лет; подбора питания послеоперационным пациентам детского возраста, взрослым пациентам с травмами и гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области;

– врач – клинический фармаколог – для подбора и коррекции консервативной терапии при длительно текущих гнойно-воспалительных процессах в челюстно-лицевой области;

– врач – челюстно-лицевой хирург, в ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина» (травмоцентр I уровня) (1 штатная должность) – для оказания специализированной помощи пациентам с травмами и гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, ЛОР-патологией;

– врач – челюстно-лицевой хирург, в отделение опухолей головы и шеи ГБУЗ «ООКД» (1 штатная должность) – для организации комплексного лечения с реабилитацией путем применения междисциплинарного подхода при оказании

специализированной медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области.

III этап: обновление и утверждение маршрутизации пациентов по профилю ЧЛХ. Предложенная маршрутизация разработана с учетом всех рисков и потребностей пациента и предложенных организационных мероприятий, направлена на сокращение сроков ожидания консультации врача – челюстно-лицевого хирурга, путем скоординированного взаимодействия медицинских организаций Пензенской области и сокращения времени на каждом этапе клинического пути пациента.

IV этап: планирование ввести в Центр челюстно-лицевой хирургии специалистов:

- врач – стоматолог-ортодонт (0,25 штатной должности) – для лечения и проведения реабилитации пациентов детского возраста, выписанных из отделения челюстно-лицевой хирургии с врожденными расщелинами лица, фолликулярными кистами челюстей, вторичными деформациями челюстных костей;

- врач – стоматолог-ортопед (0,25 штатной должности) – для оказания специализированной медицинской помощи по профилю «стоматология ортопедическая» в амбулаторных условиях на договорной основе;

- врач – зубной техник (0,25 штатной должности) – для изготовления ортопедических и ортодонтических конструкций пациентам на договорной основе.

Успешная реализация предложенной модели также будет зависеть от следующих факторов:

- 1) обучения имеющихся специалистов и среднего медицинского персонала особенностям оказания помощи пациентам детского возраста с патологией челюстно-лицевой области, внедрение должности клинической медицинской сестры;

- 2) увеличения финансирования на основании планируемого повышения объемов медицинской помощи;

- 3) увеличения объемов и расширения перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного

медицинского страхования, для выполнения оперативных вмешательств у пациентов детского возраста, сохранения квот в регионе, снижения количества уезжающих пациентов для получения специализированного лечения в других регионах России, развитие медицинского туризма;

4) модернизации материально-технической базы, закупки современного инструментария и оборудования, не включенных в порядки и стандарты оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ: стоматологический томограф (проведение предоперационной и послеоперационной диагностики, планирование оперативных вмешательств при оказании платных услуг), пьезохирургический аппарат (проведение костно-пластических операций), интраоперационный нейромониторинг (с целью минимизации повреждения ветвей нервов, снижения риска инвалидности пациента), 3D-принтер с программным обеспечением (планирование костно-пластических, ортогнатических операций), набор инструментов для эндоскопической хирургии при лечении переломов мышечкового отростка нижней челюсти, калькулезных слюноаденитов, кист челюстей, одонтогенных верхнечелюстных синуситов (снижение травматизации во время проводимых вмешательств, ускорение реабилитации пациентов), набор инструментов для хейло- и уранопластики. Все вышеперечисленное необходимо для увеличения числа проводимых оперативных вмешательств, в том числе для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, увеличения тарифов КСГ, финансовой прибыли медицинской организации;

5) улучшения информационно-маркетинговой деятельности путем создания сайта Центра челюстно-лицевой хирургии, брошюр, стендов для информирования жителей города и области и ближайших регионов о возможностях получения специализированного лечения по профилю ЧЛХ, «стоматология детская» внутри региона; развития медицинского туризма;

6) организации оказания медицинской помощи путем дистанционного взаимодействия медицинских организаций с целью улучшения качества оказываемой помощи при сложных клинических ситуациях, спорных юридических

моментах путем получения от врача-консультанта оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, методов диагностики и лечения, решения о целесообразности перевода в другую медицинскую организацию;

7) увеличения целевых мест в ординатуре по профилю «челюстно-лицевая хирургия», что даст возможность привлечения студентов для обучения в ординатуре по профилю ЧЛХ на базе Центра челюстно-лицевой хирургии; разработки, публикации и внедрения в учебный процесс учебно-методических пособий по челюстно-лицевой хирургии для обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология» и разработки учебной программы с дальнейшим внедрением ее в учебный план.

Резюме. Предложенные медико-организационные мероприятия совершенствования медицинской помощи по профилю ЧЛХ, оказываемой в амбулаторных условиях позволят: вести пациента от начала заболевания до полного его выздоровления с процедурами реабилитации при необходимости; повысить доступность и комфортность медицинской помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области; улучшить психо-эмоциональный статус пациента; уменьшить количество жалоб и неудовлетворенности временем ожидания и качеством оказания медицинской помощи; быстрее восстанавливать работоспособность, что приведет к снижению экономических затрат; своевременно выявлять патологию челюстно-лицевой области, особенно у пациентов детского возраста; уменьшить количество непрофильных обращений к врачам – челюстно-лицевым хирургам, в приемное отделение и госпитализаций в отделение челюстно-лицевой хирургии; снизить нагрузку на врачей стационара.

Внедрение трехуровневой системы маршрутизации обеспечит четкий алгоритм направления и обследования пациентов. Это поможет снизить количество случаев, когда помощь пациентам с патологиями ЧЛЮ оказывают другие специалисты, и уменьшить число осложнений из-за неквалифицированной медицинской помощи, а также непрофильных обращений. Такая система

структурирует порядок медицинских учреждений и видов помощи на каждом этапе. Обновленная маршрутизация позволит сократить сроки ожидания консультации врача – челюстно-лицевого хирурга, путем скоординированного взаимодействия медицинских организаций Пензенской области и сокращения времени на каждом этапе клинического пути пациента.

Внедрение новых должностей в структуру стационарной помощи основных медицинских организаций г. Пензы (ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», ГБУЗ «ООКД», ГБУЗ «КБ № 6 им. Г. А. Захарьина») приведет к уменьшению числа рецидивов и осложнений, числа повторных операций; уменьшению сроков нетрудоспособности и скорейшей реабилитации; снижению непрофильных пациентов в отделении челюстно-лицевой хирургии; уменьшению выездов на консультации в другие медицинские организации. Введение коек для оказания специализированной помощи детскому населению позволит выйти новый уровень развития организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в Пензенской области, внедрить дополнительную должность врача – челюстно-лицевого хирурга, детского, осуществлять закупку необходимых лекарственных препаратов и расходных материалов.

Обновление материально-технического оснащения, оборудования ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» позволит улучшить качество оказания и увеличить число проводимых оперативных вмешательств, в том числе для проведения высокотехнологичной медицинской помощи, увеличить тарифы КСГ, финансовую прибыль медицинской организации.

ГЛАВА 8

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ-ХИРУРГИЯ»

Региональная модель организации специализированной медицинской помощи по профилю ЧЛХ была разработана в 2019 г., что было связано с необходимостью исполнения Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 422н от 14 июня 2019 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ [11]. С 2022 г. в Пензенской области началось планомерное внедрение региональной модели оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ.

Для оценки эффективности Модели в Пензенской области проводились следующие мероприятия:

- сравнительный анализ эффективности оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в стационарных условиях до и после внедрения Модели и ретроспективный анализ показателей деятельности подразделений медицинской организации ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» за 2019–2023 гг.;
- экономический анализ деятельности подразделений медицинской организации по профилю ЧЛХ за 2018 и 2023 гг.;
- исследование удовлетворенности пациентов и их родственников условиями оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в 2018 и 2023 гг.;
- исследование мнения главных внештатных специалистов, руководителей медицинских организаций, руководителей структурных подразделений, врачей, медицинских сестер об организации помощи по профилю ЧЛХ в 2018 и 2023 гг.;
- изучение затрат рабочего времени по видам деятельности врачей – челюстно-лицевых хирургов, оказывающих медицинскую помощь по профилю ЧЛХ в стационарных условиях, в 2018 и 2023 гг.;
- оценка организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в нескольких субъектах Приволжского федерального округа в 2018 и 2023 гг.

8.1. Оценка деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия»

Для подтверждения эффективности внедрения региональной модели оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ были изучены показатели деятельности койки челюстно-лицевой хирургии в Российской Федерации, в Приволжском федеральном округе и Пензенской области в 2020–2023 гг. и проведено их сравнение с показателями 2019 г. (таблица 8.3).

Показатели 2020–2021 г. при оценке динамики в расчет не принимались, так как на их уровень влияла пандемия COVID-19.

Из данных, представленных в таблице 8.3, следует, что в 2022–2023 гг. численность коек челюстно-лицевой хирургии в Пензенской области увеличилась до 41 (с 31 койки в 2019 г.), темп роста составил 32,3%. К 2023 г. в целом в Российской Федерации число коек ЧЛХ практически не изменилось, произошло их сокращение всего на 1,3%; в Приволжском федеральном округе их численность также практически не изменилась (911 – в 2019 г. и 909 – в 2023 г.).

Соответственно, в отличие от показателя по Российской Федерации и ПФО, обеспеченность койками ЧЛХ в Пензенской области за этот период возросла (с 0,24 в 2019 г. до 0,33 на 10 тыс. нас. в 2023 г.). Если в 2019 г. обеспеченность койками ЧЛХ в Пензенской области была ниже среднероссийского показателя на 33,3%, то к 2023 г. обеспеченность койками ЧЛХ в области достигла уровня среднероссийского показателя и показателя обеспеченности койками в ПФО (0,35 и 0,32 на 10 тыс. населения, соответственно).

Показатель средней занятости койки ЧЛХ в год в Пензенской области и в 2019 г. был существенно ниже, чем в Российской Федерации и ПФО (313, 313 и 273 дня соответственно), к 2023 г. ситуация кардинально изменилась: койка ЧЛХ в области стала работать с большей интенсивностью, чем койка этого профиля в среднем по стране и ПФО (288, 297 и 313 дней соответственно).

Таблица 8.3 – Показатели деятельности койки челюстно-лицевой хирургии в Российской Федерации, в Приволжском федеральном округе и Пензенской области в 2019–2023 гг.

Показатель	2019 г.			2020 г.			2021 г.			2022 г.			2023 г.			Темп прироста/убыли, %		
	РФ	ПФО	ПО	РФ	ПФО	РФ	ПФО	ПО	ПО	РФ	ПФО	ПО	РФ	ПФО	ПО	РФ	ПФО	ПО
Число коек ЧЛХ	5212	911	31	4365	756	5144	909	41	41	4572	817	31*	5121	885	41	–1,75	–2,9	32,3
Обеспеченность койками ЧЛХ, 10 тыс. нас.	0,36	0,31	0,24	0,30	0,26	0,35	0,32	0,33	0,32	0,31	0,28	0,24	0,35	0,31	0,33	–2,8	0	37,5
Средняя занятость койки ЧЛХ, дни	313	313	273	262	258	288	297	313	245	282	280	291	282	288	289	–9,61	–7,99	5,86
Средняя длительность пребывания на койке ЧЛХ, дни	6,8	6,9	7,7	6,5	6,6	6,3	6,2	5,5	6,2	6,3	6,4	6,6	6,3	6,3	5,9	–7,35	–7,99	–23,37
Оборот койки	46,0	45,2	35,3	40,5	39,2	45,7	47,6	57,1	39,4	44,5	43,8	44,1	44,9	46,0	48,7	–2,40	1,77	37,96
Летальность на койках ЧЛХ, %	0,07	0,07	0,18	0,1	0,08	0,09	0,07	0,0	0,0	0,08	0,05	0,0	0,08	0,05	0,0	14,3	–28,6	–100

*10 коек перепрофилированы администрацией ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» пациентов с COVID-19.

То что койка ЧЛХ в Пензенской области стала работать с большей интенсивностью, подтверждается и более интенсивным оборотом койки ЧЛХ в Пензенской области по сравнению с Российской Федерацией и ПФО. В 2023 г. оборот койки ЧЛХ в области достиг значения 57,1 пролеченных пациентов на одной койке ЧЛХ за год. В среднем по стране в 2023 г. этот показатель был равен 45,7, в ПФО – 47,6. И, как положительный момент, следует отметить отсутствие в 2022–2023 гг. летальных исходов лечения на койках ЧЛХ в Пензенской области. В 2023 г. в Пензенской области по сравнению с 2019 г. сократилась длительность пребывания пациентов в круглосуточном стационаре с 7,7 дня до 5,5 дня, к 2023 г. средняя длительность пребывания пациентов на койке ЧЛХ стала ниже, чем в Российской Федерации и ПФО (6,3 и 6,2 дня соответственно). Одновременно уменьшилась длительность пребывания пациента в отделении ЧЛХ до начала оперативного лечения с 0,36 до 0,17, а после операции пациенты оставались в отделении несколько более длительное время, в 2023 г. – 6 дней.

В 2022 г. на круглосуточных койках челюстно-лицевой хирургии медицинскую помощь получили 1797 пациентов, в 2023 г. – 1990. Рост числа пациентов связан с увеличением количества пациентов детского возраста.

По сравнению с 2019 г. число пролеченных пациентов к 2022 г. возросло на 59,3%, к 2023 г. – на 76,4% (в 2019 г. было пролечено 1128 пациентов).

Таким образом, можно констатировать, что к 2023 г. по сравнению с 2019 г. число пролеченных в отделении пациентов увеличилось на 76,4%, что было связано в том числе с увеличением числа коек в отделении с 31 в 2019 г. до 41 в 2023 г. В связи с увеличением числа выбывших из стационара пациентов отмечался рост числа проведенных пациентами койко-дней за один год (2022–2023 г.) – с 10 844 до 12 966.

Сравнительный анализ гендерного состава пролеченных пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии показал, что за все время наблюдения (2019–2023 гг.) он остается нестабильным: в 2022 г. среди пролеченных пациентов преобладали мужчины – 54,4% (978 человек), в 2023 г., наоборот, их доля составила

49%. В 2019 г. среди пролеченных также преобладали женщины, их доля составляла 60,4%. Знание гендерного состава пациентов, пролеченных в отделении ЧЛХ, необходимо для планирования числа палат для мужчин и женщин в отделении (рисунок 8.1).

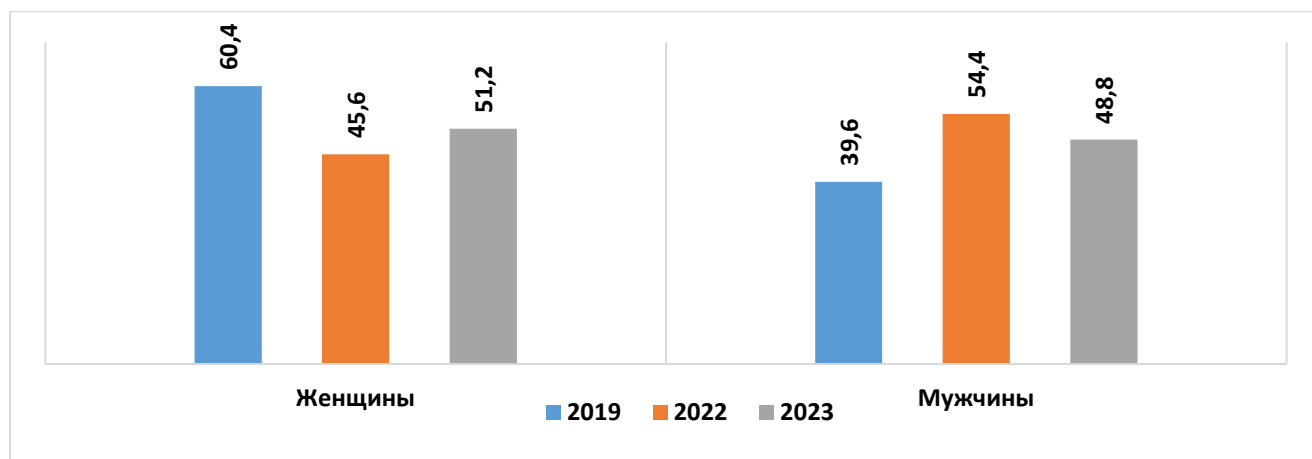


Рисунок 8.1 – Гендерный состав пациентов, пролеченных в отделении ЧЛХ в 2019, 2022 и 2023 гг., %

В возрастной структуре пролеченных пациентов в отделении челюстно-лицевой хирургии (круглосуточный и дневной стационар) отмечается увеличение доли пациентов детского возраста – с 9,9 до 38,6%. С 2022 по 2023 г. доля детей, пролеченных на круглосуточных койках, увеличилась на 8,2%, это связано с тем, что с 1 января 2023 г. полноценно заработала стоматологическая помощь под наркозом детям-инвалидам на базе дневного стационара Центра челюстно-лицевой хирургии.

Доля пациентов старше 60 лет, пролеченных в ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», осталась прежней в 2022 и 2023 гг. – 10,5% и 10,9% соответственно, по сравнению с 2019 г. доля таких пациентов уменьшилась на 5,9% – с 16,8 до 10,9% (рисунок 8.2).

Доля работающего населения среди пролеченных постепенно снижается, в 2022 г. она составила 59,0%, а в 2023 г. – 50,5%, что связано с ростом числа пролеченных лиц в возрасте от 0 до 18 лет.

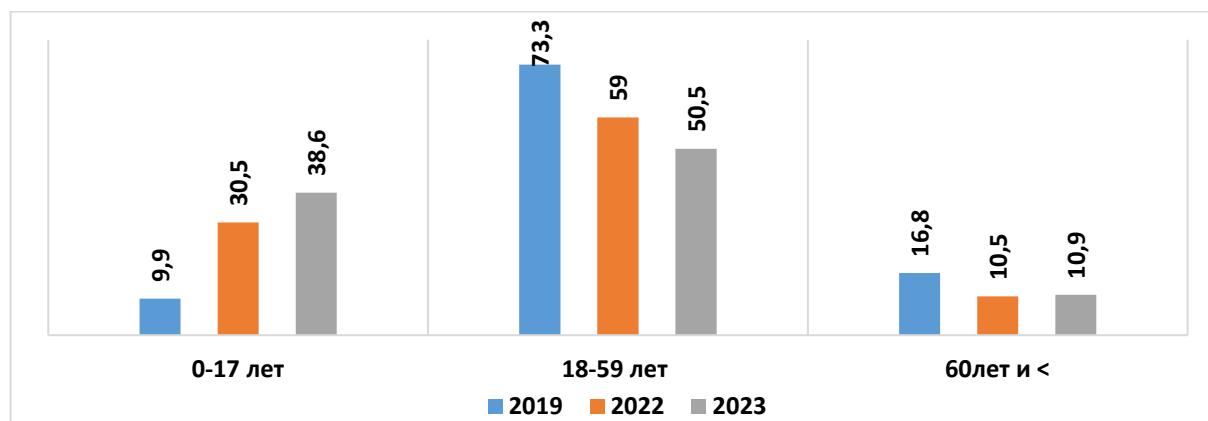


Рисунок 8.2 – Возрастная структура пациентов в отделении ЧЛХ в 2019, 2022 и 2023 гг., %

Соотношение городского и сельского населения в 2022 и 2023 гг. практически не изменилось. Доля городских жителей в 2022 г. составила 69,2% (1244 пациента), а в 2023 г. – 71,4% (1676 пациентов). По сравнению с 2019 г. среди пролеченных по-прежнему преобладают жители городов (64,1%), что может быть связано с меньшей доступностью для жителей села медицинской помощи по профилю ЧЛХ (рисунок 8.3).

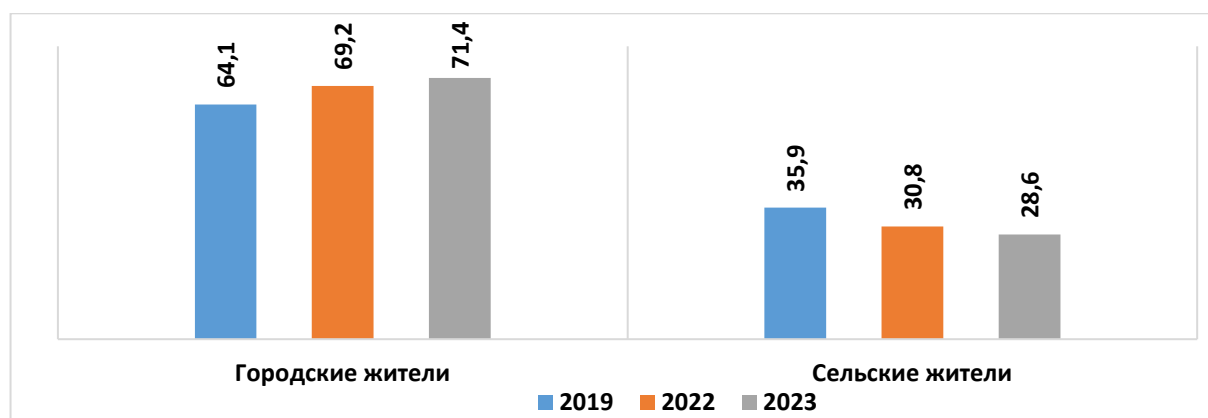


Рисунок 8.3 – Доля городских и сельских жителей, выписанных из отделения ЧЛХ в 2019, 2022 и 2023 гг., %

Большая часть пациентов была направлена на госпитализацию в стационар челюстно-лицевой хирургии врачами областной больницы.

В 2019 г. этот показатель составил 86,4%, в 2022 г. – 92%, в 2023 г. – 94%. Отмечается снижение доли госпитализированных пациентов по направлению других МО с 9,8% в 2019 г. до 0,6% в 2022 г. и 0,7% в 2023 г., что свидетельствует об эффективности разработанной маршрутизации и работы амбулаторных кабинетов врачей – челюстно-лицевых хирургов.

Доля пациентов, доставленных бригадами скорой медицинской помощи, незначительно увеличилась (0,8%) в сравнении с 2019 и 2023 гг., однако в 2022 г. этот показатель достиг 6%. Самообращение составляло около 1,0% от всех госпитализированных пациентов в 2019 г., в 2023 г. – 1,7% (рисунок 8.4).

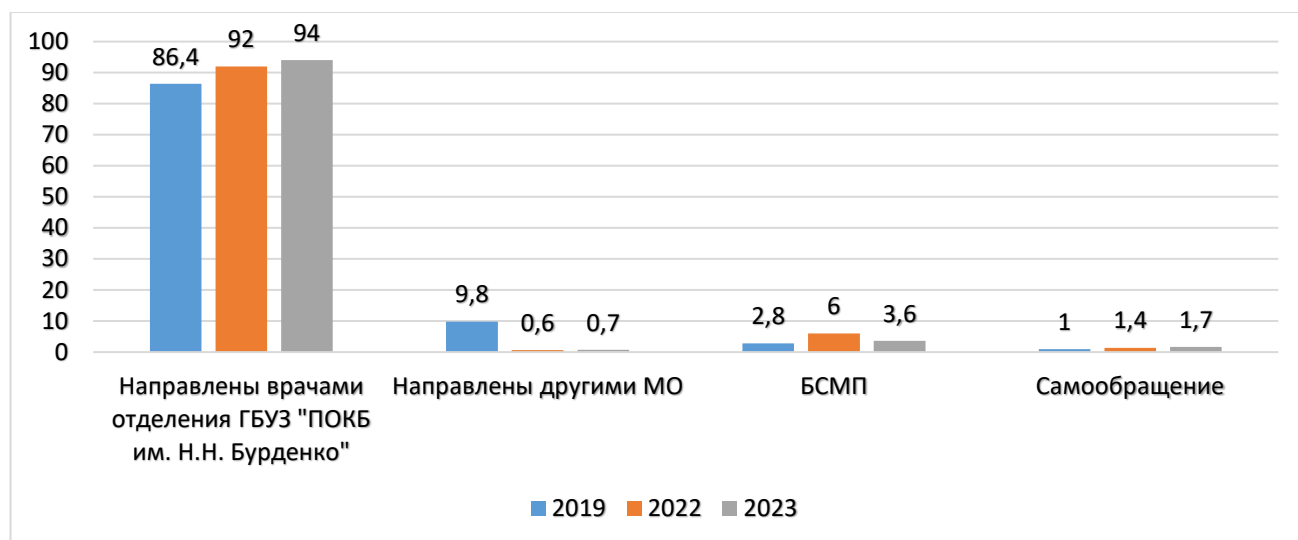


Рисунок 8.4 – Путь поступления пациентов в отделение ЧЛХ в 2019, 2022 и 2023 гг., %

В 2019, 2023 гг. пациенты чаще госпитализировались в отделение в плановом порядке, в 2022 г. экстренная госпитализация преобладала над плановой на 285 человек (15,8%). Однако доля плановой госпитализации снизилась на 2,5%. В сравнении с 2022 г. выявлена положительная динамика в оказании плановой помощи врачами отделения Центра челюстно-лицевой хирургии. Процент плановых госпитализаций вырос с 42,1 до 56,1% (рисунок 8.5). Плановая госпитализация пациентов в медицинскую организацию отражает важность рационального использования коечного фонда и эффективность планирования занятости

стационарных коек; это связано с оптимизацией взаимодействия амбулаторного и стационарного звеньев с целью снижения общей и послеоперационной летальности, сокращения длительности пребывания пациентов в больнице и возвращением работоспособности.

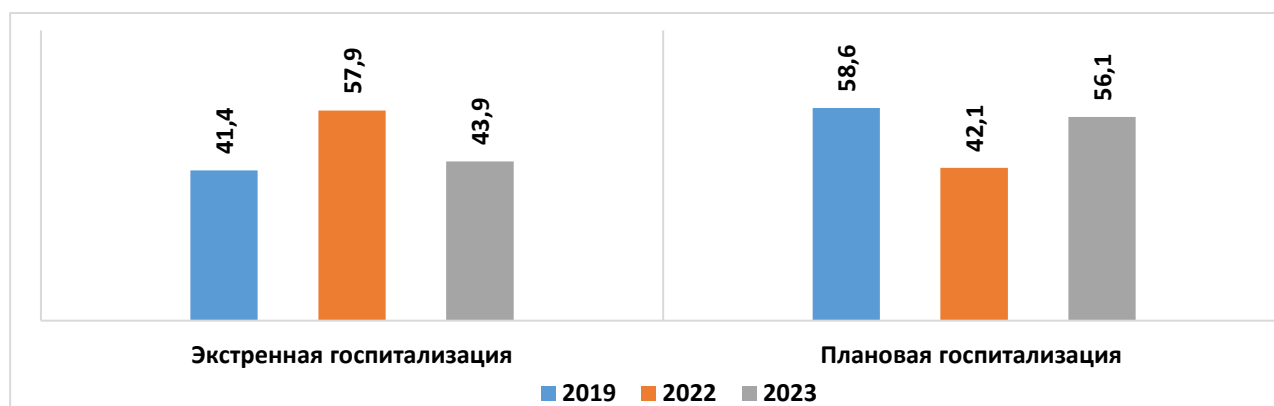


Рисунок 8.5 – Распределение экстренных и плановых госпитализаций в отделение ЧЛХ в 2019, 2022 и 2023 гг., %

Доля первично госпитализированных пациентов в 2023 г. в сравнении с 2019 г. снизилась на 14,5% – до 79,7% (1867 человек), что связано с ростом доли госпитализируемых пациентов по рекомендациям лечащего врача на 17,1% (439 человек). Доля повторных госпитализаций, связанных с осложнениями, снизилась на 4,1% в 2019 г. до 0,8% в 2022 г. и 1,6% в 2023 г. Доля повторных госпитализаций в плановом порядке по рекомендации лечащего врача стационара возросла с 1,6% в 2019 г. до 18,7% в 2023 г. (рисунок 8.6).

У пролеченных пациентов нозологические формы заболеваний можно сгруппировать по 7 направлениям: злокачественные и доброкачественные новообразования челюстно-лицевой области, кисты челюстей, воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области, аномалии и врожденные пороки развития, кариес зубов и его осложнения.

Структура госпитализируемых пациентов в 2022 и 2023 гг. изменилась в сравнении с 2019 г. Так, в 2019 г. преобладали пациенты с кистами челюстей, а в 2022–2023 гг. – с воспалительными процессами лица и шеи, аномалиями, и пороками развития ЧЛЮ.

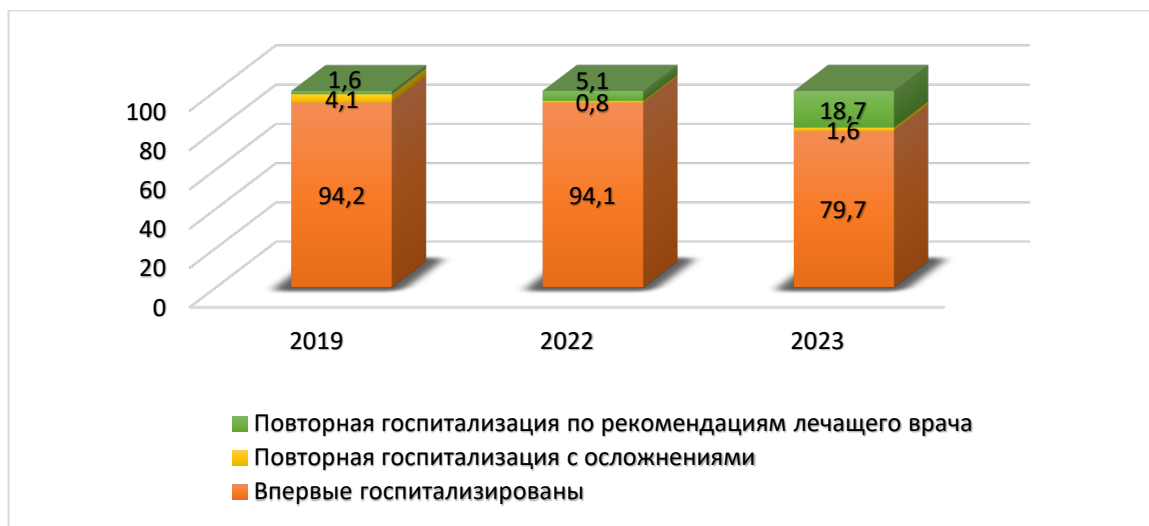


Рисунок 8.6 – Распределение первичной и повторной госпитализаций в отделение ЧЛХ в 2019, 2022, 2023 гг., %

К 2022 г. состав госпитализированных пациентов полностью изменился. В структуре госпитализированных пациентов стали преобладать пациенты с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи (29,4%) от всех госпитализированных, что было связано с развитием осложнений после лечения врачами-стоматологами во время перепрофилирования медицинской организации для оказания помощи пациентам с COVID-19. Пациенты с аномалиями и пороками развития ЧЛО составили 27,2%, кистами челюстей – 18,9%, доброкачественными новообразованиями – 2,4%, травмами ЧЛО – 14,6%. Впервые стали госпитализироваться пациенты с кариесом зубов и его осложнениями – 7,5%.

В структуре госпитализированных пациентов в 2023 г. преобладали пациенты с аномалиями и пороками развития ЧЛО – 27,4%, доля госпитализаций по поводу воспалительных заболеваний ЧЛО и шеи составила 24,4% и кист челюстей – 19,7%. Отмечается увеличение доли пролеченных пациентов по поводу кариеса зубов и его осложнений на 7,6%. Реже в качестве причины госпитализации встречались доброкачественные новообразования – 2,5%, травмы ЧЛО – 10,9% (рисунок 8.7).

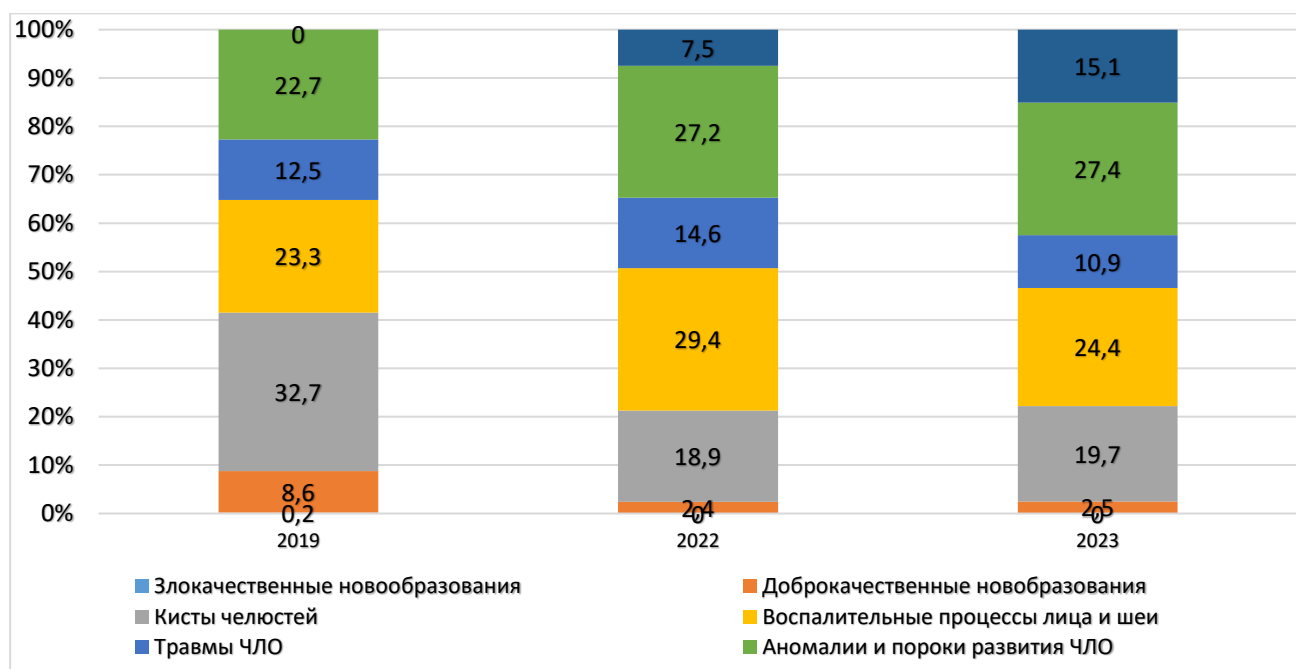


Рисунок 8.7 – Структура пациентов по нозологическим группам болезней в 2019, 2022 и 2023 гг., %

При анализе исходов госпитализации было выявлено, что в 2023 г. по сравнению с 2019 г. отмечается увеличение доли выписанных пациентов с выздоровлением с 80,1 до 86,7% и, соответственно, уменьшение доли пациентов, вписанных с улучшением с 19,5 до 12,8%. Отмечается снижение числа и доли летальных исходов: в 2019 г. – 4 случая (0,3%), в 2022 г. – 3 пациента (0,2%), в 2023 г. – 2 пациента (0,09%) (рисунок 8.8).

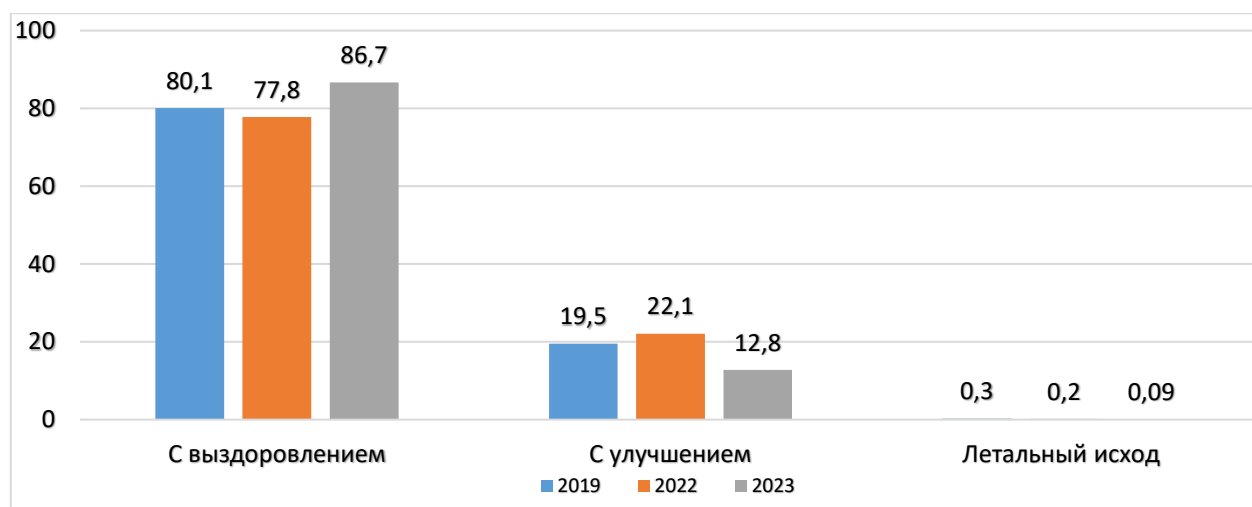


Рисунок 8.8 – Исходы лечения в отделении ЧЛХ в 2019, 2022 и 2023 гг., %

Сезонные колебания по числу выписанных из отделения за 2022–2023 гг. выражены незначительно. Отмечается общая тенденция к снижению доли пролеченных пациентов в I квартале года (рисунок 8.9)

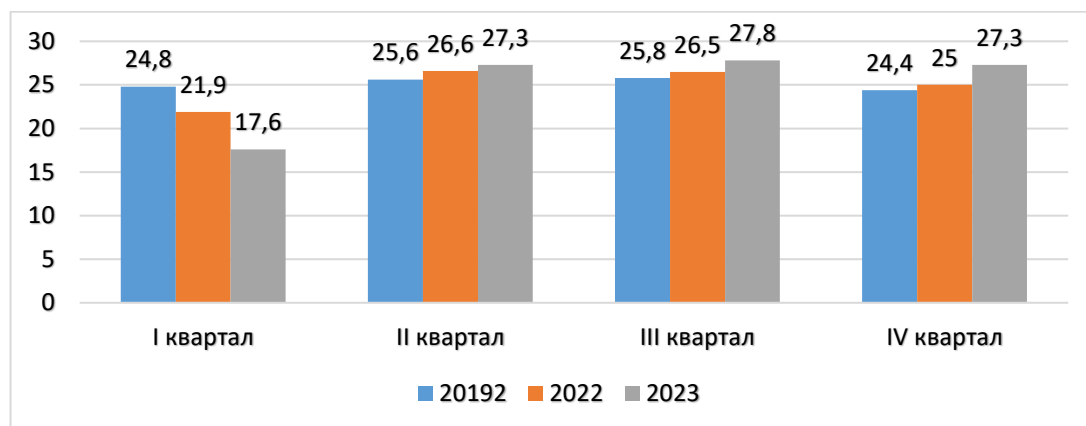


Рисунок 8.9 – Доля выписанных пациентов по кварталам в 2019, 2022 и 2023 гг., %

Медико-социальный портрет пациента, пролеченного в отделении ЧЛХ в 2022–2023 гг., практически не изменился, несмотря на существенное улучшение показателей деятельности подразделений медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ: в отделение ЧЛХ по-прежнему чаще госпитализируются женщины трудоспособного возраста с высшим, неоконченным высшим или средним образованием, проживающие в городе, госпитализируются впервые, в плановом порядке по поводу воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи, по направлению врачей отделения ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», пациентам проводится оперативное вмешательство и они выписываются с выздоровлением.

8.2. Организационные технологии в отделении челюстно-лицевой хирургии

Поскольку в Пензенской области реализуется стратегия повышения доступности помощи по профилю ЧЛХ, как можно более раннего начала оказания специализированного лечения и сокращения времени на догоспитальном этапе, в приемном отделении в шаговой доступности были организованы: кабинеты

врачей-специалистов, обеспеченные современным диагностическим оборудованием для проведения дополнительных методов обследования (УЗИ, КТ, МРТ и т.д.), лабораторно-диагностический кабинет и операционный блок. При экстренном обращении пациента в условиях приемного отделения врач – челюстно-лицевой хирург, анестезиолог-реаниматолог, смежные специалисты (терапевт, педиатр, при необходимости оториноларинголог, нейрохирург, хирург, травматолог) оценивают тяжесть состояния пациента, определяют индивидуальную тактику лечения, необходимость перевода пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии в предоперационном и послеоперационном периодах.

Предоперационный период сфокусирован на сокращении времени ожидания, упрощении и помощи медицинскими сестрами в оформлении документации. Предоперационный период длился от 30 мин до 3 ч, его продолжительность не превышала 24 ч. Госпитализация в день операции снижает уровень тревожности пациентов, повышает их удовлетворённость и уменьшает экономические затраты. В отделении Центра челюстно-лицевой хирургии имеется 2 операционных для оказания плановой помощи отдельно взрослым и детям, а при необходимости оказания экстренной хирургической помощи в общем операционном блоке организована отдельная операционная, которая позволяет планировать график операций. График операций и лечения составляется в начале рабочей недели, корректировался ежедневно по информации от врачей амбулаторного звена и дежурных врачей о госпитализируемых пациентах. Таким образом, возможное изменение количества плановых госпитализаций не влияет на запланированную работу и не создает дополнительных проблем для пациентов.

Внедрение новых организационных мер позволило улучшить работу Центра челюстно-лицевой хирургии. В результате увеличилась пропускная способность операционных, количество выполненных операций возросло с 1456 до 2541. Это значит, что в среднем операция стала проводиться каждому пациенту. Соотношение планируемых и выполненных операций (факт/план) составляло 95,3% в 2018 г., 2022 г. – 99,5% и 99,8% в 2023 г.

На фоне увеличения количества операций штатная структура операционного блока осталась прежней, что указывает на повышение эффективности работы персонала. За Центром челюстно-лицевой хирургии закреплены 2 операционные медицинские сестры и младший медицинский работник, количество ставок среднего медицинского персонала за анализируемый период не изменилось.

Структура оперативных вмешательств по нозологиям за период 2018–2023 гг. изменилась незначительно, но увеличилось количество операций с повышенным уровнем сложности, за счет чего увеличился тариф за законченный случай.

Чаще выполнялись операции при врожденных аномалиях челюстно-лицевой области (остеотомия челюстей с удалением ретинированного зуба, экстирпация боковых и срединных кист шеи); при гнойно-воспалительных заболеваниях – вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса), бужирование протоков околоушных слюнных желез, удаление подчелюстных, подъязычных и малых слюнных желез, хирургическая обработка раны или инфицированной ткани; при травмах костей лицевого (остеосинтез титановыми мини-пластинами) и др.

Начиная с 2019 г. врачами – челюстно-лицевыми хирургами, были усовершенствованы технологии оперативных вмешательств при врожденных пороках челюстно-лицевой области, одонтогенных верхнечелюстных синуситах, переломах костей лицевого скелета и внедрены в работу 6 рационализаторских предложений. В результате было обеспечено увеличение объемов оказания ВМП. Ежегодно подается в 2 раза больше заявок для оформления квот, которые не одобряют и перераспределяют на другой профиль. Министерством здравоохранения Пензенской области в 2022 г. выделена 21 квота, средний тариф составил 135 552 руб., что позволило дополнительно получить финансирование в размере 2 846 592 руб. В 2023 г. высокотехнологичная медицинская помощь оказана 26 пациентам, средний тариф оплаты составил 150 056 руб., общая сумма дополнительного бюджетного финансирования составила 3 901 456 руб. Увеличение объемов финансирования оказания ВМП в данный период характеризуется ростом на 27%.

Врачами – челюстно-лицевыми хирургами, совместно с врачами – анестезиологами-реаниматологами, используются современные хирургические и анестезиологические способы ведения пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области: уменьшение размеров хирургического разреза, которые выполняются исключительно с соблюдением анатомических ориентиров; инфильтрация участка вмешательства местными анестетиками длительного действия; использование рассасывающегося шовного материала; использование наркотических средств короткого действия; периоперационная антибиотикопрофилактика; химиопрофилактика послеоперационной тошноты и рвоты; мониторинг показателей пациента во время операции; наложение компрессионных повязок с целью купирования послеоперационных отеков и др.

Проведение адекватного местного обезболивания анестетиками длительного действия является неотъемлемой частью при проведении оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области. Ранее в отделении челюстно-лицевой хирургии проводилась отдельная закупка одноразовых шприцев 2,5 или 5,0 мл и артикаина в разведении 1:100 000 или 1:200 000 или лидокаина по показаниям. Себестоимость одной анестезии с артикаином ≈ 90 руб., при использовании карпульного шприца ≈ 220 руб. С 2021 г. для уменьшения травматизации и болевой чувствительности мягких тканей в месте инъекций нами предложена закупка одноразовых комплектов для проведения местной анестезии (артикаин + шприц карпульный) 1:100 000 ≈ 70 руб., 1:200 000 ≈ 150 руб. Это позволило, в годовой заявке на лекарственные средства грамотно распределить финансовые средства в сравнении с предыдущими годами, приобрести другие необходимые лекарственные средства (пробиотики).

При наличии сочетанной травмы и сопутствующей патологии к лечению пациентов привлекаются специалисты отделений, входящих в состав ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» и используются все диагностические возможности медицинской организации. С момента организации Центра администрацией ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» приобретено оборудование для проведения конусно-лучевой компьютерной томографии ЧЛО, за Центром ЧЛХ

закреплен врач, специализирующийся на исследовании ЧЛЮ. Таким образом, стало возможным проведение точной диагностики и сокращение сроков предоперационной подготовки.

Совместно с врачом-оториноларингологом выполняются оперативные вмешательства с использованием эндоскопического оборудования при лечении одонтогенного верхнечелюстного синусита. Врач – челюстно-лицевой хирург, устраняет одонтогенную причину, а врач-оториноларинголог выполняет малоинвазивную санацию верхнечелюстной пазухи. Такой подход уменьшает травматизацию твердых и мягких тканей, риски послеоперационных осложнений (неврит лицевого нерва, гематома мягких тканей, ороназальный свищевой ход), длительность пребывания на стационарном лечении, быструю реабилитацию и восстановление трудоспособности.

При проведении микрохирургических вмешательств по удалению новообразований околоушных слюнных желез, новообразований челюстно-лицевой области, занимающих более двух анатомических областей, используется система для интраоперационного нейромониторинга. Такой комплекс помогает минимизировать возможность повреждения черепно-мозговых нервов, развития рецидивов.

Послеоперационный период направлен на ускоренный процесс восстановления и выписки из стационара. На этом этапе пациенту проводится массивная консервативная терапия, контрольное обследование (рентгенография, конусно-лучевая и мультиспиральная компьютерная томография), при необходимости лабораторный контроль показателей. С целью купирования послеоперационных отеков, ускорения заживления ран пациентов осматривает врач-физиотерапевт, закрепленный за Центром. Выполняется восстановление питания путем подбора индивидуального питания врачом-диетологом. У большинства пациентов с патологией челюстно-лицевой области подвижность восстанавливается к вечеру. Всем пациентам выполняется профилактика тромбообразования перед и после операции. С целью минимизации негативных воспоминаний у пациентов детского возраста антибактериальная

и обезболивающая терапия преимущественно проводится жидкими лекарственными формами, при необходимости и при тяжелых заболеваниях устанавливается венозный катетер с целью исключения внутримышечных болезненных инъекций. Этап послеоперационного лечения направлен на снижение риска послеоперационных осложнений.

Пациенты в возрасте от 0 до 17 лет госпитализируются в отделение через отдельную от взрослых входную группу. Койки организованы в отдельном крыле Центра с собственным медицинским постом, перевязочной, процедурной, операционной. Детское крыло представлено 5 палатами двухместного пребывания с отдельными санитарными комнатами. Для пациентов младше 3 лет закуплены детские кровати, имеется оснащенное игровое помещение. За пациентами детского возраста осуществляют уход, наблюдение и лечебно-диагностические процедуры клинические медицинские сестры, имеющие дополнительную переподготовку «сестринское дело педиатрии».

С открытием Перинатального центра ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» в 2019 г. у медицинской организации появилась лицензия на оказание медицинской помощи детскому населению, что позволило ввести в штатное расписание должности врачей-педиатров.

С 2020 г. появилась возможность оформления в годовой заявке антибактериальных, противовоспалительных и жаропонижающих, сосудосуживающих лекарственных препаратов в жидких формах и детских дозировках, наиболее подходящих по специфике для заболеваний челюстно-лицевой области. Проблема с дозированием лекарственных средств стала неактуальной для Центра челюстно-лицевой хирургии, снизился расход лекарственных средств для парентерального введения, и с 2022 г. территориальный фонд обязательного медицинского страхования увеличил финансирование на закупку лекарственных средств и расходных материалов для пациентов детского возраста.

За время внедрения организационно-штатных мероприятий отмечается рост числа случаев оказания специализированной медицинской помощи по профилю

ЧЛХ детям: с 112 пациентов в 2019 г. до 430 – в 2022 г., 568 – в 2023 г., в среднем в отделение ежемесячно госпитализируется 47 детей. Благодаря модернизации, пройденному очному обучению и возможностям непрерывного медицинского обучения повысилась готовность медицинского персонала Центра к оказанию специализированной медицинской помощи детям. Логопед неврологического отделения Центра нарушения мозгового кровообращения прошел обучение по особенностям работы и реабилитации детей с врожденными расщелинами лица.

Во время госпитализации пациентов раннего возраста применяется междисциплинарный подход. Совместно с врачом-оториноларингологом проводится одномоментная уранопластика с тимпаностомией с целью разрешения экссудативного отита, что избавляет от повторного наркоза, повторной госпитализации, снижает риски развития тугоухости и нарушения психо-эмоционального статуса, позволяет проводить раннюю реабилитацию, занятия с логопедом; соответственно имеющаяся у пациента проблема решается комплексно.

Совместно с врачами-эндоскопистами впервые на территории Пензенской области начали практиковать назофарингоскопию для диагностики патологии небно-глоточного кольца и работы небно-глоточных мышц при смыкании ранее прооперированным пациентам с врожденными расщелинами неба. Применение метода позволяет определить причину нарушения речи, определить показания для выполнения фарингопластики. Таким образом, совместная работа с врачами-эндоскопистами позволила улучшить результат лечения детей с расщелиной неба, социальную реабилитации и интеграцию в общество.

Врачами, оказывающими первичную специализированную медицинскую помощь, активно проводятся телемедицинские консультации с врачами региональных и ведущих федеральных медицинских организаций. Якорными и ведущими организациями для проведения ТМК являются ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Российская детская клиническая

больница (РДКБ) – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Блохина»; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» – такое взаимодействие способствует улучшению качества оказания медицинской помощи (таблица 8.4).

Таблица 8.4 – Телемедицинские консультации по профилю «челюстно-лицевая хирургия»

Показатель	2019 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.
ТМК медицинских организаций III уровня с якорными и ведущими организациями:				
– всего	0	2	8	19
– планово	0	2	6	18
– неотложно/экстренно	0	0	2	1
Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента, всего	0	0	0	0

Оказание качественной и современной медицинской помощи по профилю ЧЛХ связано с увеличением объемов медицинской помощи, увеличением платных медицинских услуг; внедрением в практику клинических рекомендаций; зависимостью эффективности лечебных мероприятий не только от квалификации специалистов, но и от мощности и технической оснащенности медицинских организаций современным медицинским оборудованием.

Амбулаторные кабинеты врачей указанных специальностей оборудованы согласно стандартам оснащения кабинетов врача – челюстно-лицевого хирурга, врача – челюстно-лицевого хирурга детского, врача-стоматолога детского.

Одновременно с обеспечением современным медицинским оборудованием организованы мероприятия по обеспечению потребности в медицинских кадрах, в том числе повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Руководством Центра и ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» согласованы с Министерством здравоохранения Пензенской области единый базовый

перечень догоспитальных обследований и установленные сроки действия результатов лабораторных и инструментальных обследований отдельно для взрослого и детского населения; утвержден перечень показаний и нозологий к госпитализации.

В 2021 г. с момента внедрения новых должностей проведено разделение потоков на взрослый и детский, отмечается рост числа пациентов, которым помощь была оказана в амбулаторных условиях и уменьшение очередей на плановую госпитализацию. Всего в 2022 г. было зарегистрировано 6201 посещение, в 2023 г. – 7673 посещений (доля выросла на 23,7%), а именно: амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, – 3321 человек; кабинет реабилитации – 1353 человека; детский кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, – 2130 человек; амбулаторный кабинет врача-стоматолога детского – 869 человек.

Средний тариф первичного обращения пациента в амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, по поводу заболевания в 2022 г. составлял – 685,29 руб., в 2023 г. – 1 222,99 руб.; посещение с профилактической целью с 268,44 руб. и разовое посещение в связи с заболеванием с 230,26 руб. увеличились до 407,67 руб. Вышеуказанные тарифы увеличились в 2 раза, что связано с качеством оказываемой специализированной помощи, количеством пациентов, сокращением очереди на плановую госпитализацию, увеличением госпитализаций на стационарное лечение детского населения и повышением уровня сложности. В 2023 г. стоматологическое обращение в кабинет врача-стоматолога детского оплачивалось в размере 443,70 руб., а стоматологическое посещение 212 руб. В результате работы амбулаторного звена Центра челюстно-лицевой хирургии в 2023 г. дополнительно получено финансирование за счет средств ОМС в размере более 5 млн руб.

В результате проведенных медико-организационных мероприятий результативность плановой госпитализации значительно улучшилась за анализируемый период. Для осуществления функций дневного стационара

использованы диагностические и лабораторные подразделения ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко». Средняя продолжительность госпитализации составляет от 1 до 4 дней. Непосредственный контроль за деятельностью дневного стационара осуществляет заведующий и старшая медицинская сестра отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко».

За дневным стационаром закреплены дополнительные должности врача – челюстно-лицевого хирурга, врача-стоматолога детского, врача – стоматолога-терапевта, медицинских сестер.

На базе дневного стационара проводится лечение пациентов со следующей патологией: ретинированные и дистопированные зубы; одонтогенные кисты челюстей; доброкачественные новообразования челюстно-лицевой области. Если необходимо, лечение проводится под анестезией. В дневном стационаре также предоставляется терапевтическая и хирургическая стоматологическая помощь пациентам с ментальными отклонениями всех возрастов, оказание терапевтической и хирургической стоматологической помощи пациентам с непереносимостью местных анестетиков всех возрастов; проведение физиотерапевтического лечения детям с врожденными расщелинами челюстно-лицевой области.

Оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара Центра челюстно-лицевой хирургии осуществляется в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также по полису добровольного медицинского страхования в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Так, стоимость одного случая госпитализации в стационаре в 2022 г. составила 36 000 руб., а стоимость одного случая в дневном стационаре в тот же период составила 19 295,93 руб. Качество оказания специализированной медицинской помощи и в условиях круглосуточного стационара, и в дневном стационаре не различается ввиду соблюдения и развития пациент-ориентированной модели. В 2022 г. терапевтическое лечение зубов у детей проводилось один раз в неделю.

Врачом-стоматологом детским в 2023 г. пролечено 354 пациента, им выполнено максимально допустимое лечение зубов за одну госпитализацию, восстановление анатомической формы и эстетики, по показаниям проводится и терапевтическая, и хирургическая санация полости рта. В связи с открытием в 2023 г. амбулаторного детского стоматологического кабинета госпитализация пациентов поставлена на поток. Каждый будний день медицинская помощь оказывалась в плановом или экстренном порядке 2–4 детям. Преимущественно медицинскую помощь получали пациенты с множественным кариозным поражением зубов и его осложнениями, травмами зубов (в возрасте до 3 лет) или с сопутствующей патологией (расстройство аутистического спектра, задержка психо-речевого развития, синдром Дауна, ДЦП и т.д.). За 2023 г. по системе ОМС дополнительно получено финансирование в размере более 6 млн руб.

Врачом – челюстно-лицевым хирургом, выполняются хирургические вмешательства: удаление ретинированных, дистопированных зубов; иссечение небольших новообразований в полости рта и на коже челюстно-лицевой области; удаление молочных зубов при физиологической смене; цистэктомия челюстей с резекцией или удалением причинного зуба; имплантация зубов и костная пластика и т.д.

Организация деятельности дневного стационара привела к повышению качества и доступности медицинской помощи по профилю ЧЛХ населению Пензенской области; снижению числа гнойно-воспалительных осложнений челюстно-лицевой области, заболеваний височно-нижнечелюстных суставов и желудочно-кишечного тракта; созданию наиболее благоприятного психоэмоционального состояния пациентов; повышению эффективности использования материальных и кадровых ресурсов здравоохранения; наращиванию экономической эффективности ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» путем внедрения и широкого использования современных стационарзамещающих технологий. Уменьшились расходы медицинской организации на лекарственное обеспечение,

питание, энергоресурсы, снизилась нагрузка на стационарные койки, на которые стали госпитализировать пациентов с более тяжелой патологией ЧЛЮ для проведения более сложных оперативных вмешательств с повышенным коэффициентом по КСГ.

8.3. Экономический анализ деятельности подразделений медицинской организации по профилю «челюстно-лицевая хирургия»

Главным источником финансирования Центра челюстно-лицевой хирургии неизменно остаются средства ОМС, объем которых составил в 2018 г. – 25 554,8 тыс. руб., в 2023 г. – 66 922,9 тыс. руб. (таблица 8.5). Доля средств ОМС в соответствии с концепцией одноканального финансирования только в 2023 г. по сравнению с 2022 г. повысилась на 33,9%, а общий объем финансирования для выполнения государственного задания увеличился почти втрое. Эти изменения указывают на дополнительное финансирование диагностических и лечебных процедур, повышение зарплат сотрудников, улучшение финансовой стабильности больницы, что способствует повышению эффективности медицинской помощи.

Из представленных в таблице 8.5 данных следует, что расходы отделения ЧЛХ увеличились в 2023 г. по сравнению с 2018 г. в 2,6 раза с 25 554,8 тыс. руб. до 66 922,9 тыс. руб. Объем средств, направленный на фонд оплаты труда, увеличился за исследуемый период на 4 852,1 тыс. руб., при этом доля фонда оплаты труда в общей сумме расходов снизилась с 28,1 до 18% за счет увеличения доли расходов на приобретение дорогостоящего оборудования. В частности, для оказания медицинской помощи детям и детям-инвалидам проведена закупка наркозного аппарата, двух стоматологических установок, физиодеспенсера, дентального 3D-томографа (КЛКТ), для оказания высокотехнологичной медицинской помощи детям в рамках ОМС были приобретены пьезохирургический аппарат для костно-пластических операций и набор инструментов для хейло-уранопластики.

Таблица 8.5 – Сравнительный анализ структуры расходов отделения челюстно-лицевой хирургии в 2018 и 2023 гг.

Группа расходов	2018 г.		2023 г.	
	абс. число, тыс. руб.	%	абс. число, тыс. руб.	%
Фонд оплаты труда	7176,6	28,1	12 028,7	18
Расходы на медикаменты, перевязочный инвентарь, питание	3998,8	15,6	7 562,8	11,3
Услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги	3 977,5	15,6	7 261,7	10,8
Прочие расходы	10 401,9	40,7	40 069,7	59,9
Общая сумма расходов	25 554,8	100	66 922,9	100

Объем денежных средств, направленный на приобретение материальных запасов, составил в 2023 г. – 15 050,8 тыс. руб., что составило 22,5% в общей сумме расходов.

Расходы на медикаменты, перевязочный инвентарь, питание увеличились на 3 564 тыс. руб., т.е. в 1,89 раза, в 2023 г. по сравнению с 2018 г. расходы на услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги возросли с 3 977,5 до 7 261,7 тыс. руб., т.е. в 1,83 раза, в 2018 и 2023 г. соответственно. Прочие расходы увеличились за счет приобретения дорогостоящего оборудования для отделения ЧЛХ наиболее существенно – в 3,85 раза. Необходимо подчеркнуть, что дополнительные финансовые средства были выделены Фондом ОМС за счет экономии по итогам проведения закупок на конкурсной основе.

В связи с изменением абсолютных значений изменились и доли в расходах отделения по данным направлениям. Так, доля расходов на фонд оплаты труда уменьшилась с 28,1% до 18%, доля расходов на медикаменты, перевязочный инвентарь, питание – с 15,6 до 11,3%, доля расходов на услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги – с 15,6 до 10,8% в 2018 и 2023 гг. соответственно. Доля прочих расходов возросла с 40,7% в 2018 г. до 59,9% в 2023 г.

В период реализации Модели увеличилась и заработная плата медицинских работников. Так, в 2022 г. средняя заработная плата врачей составила 70 927,13 руб., среднего медицинского персонала – 36 186, 88 руб., младшего медицинского персонала 21 537,70 руб. В 2023 г. средняя заработная плата врачей увеличилась на 1,8%, в то время как средний заработок среднего и младшего медицинского персонала увеличился в пределах 800 руб.

Далее была проведена сравнительная оценка экономической эффективности деятельности медицинской организации и ее подразделений, оказывающих помощь по профилю ЧЛХ в 2018 и 2023 гг. Оценивались все виды медицинской, хозяйственной и финансовой деятельности медицинской организации. Исходя из выбранных показателей экономический эффект деятельности отделения челюстно-лицевой хирургии в 2018 г. составил 4 255 358 руб., а в 2023 г. показатель увеличился на 75%. Такой рост связан с открытием дополнительных кабинетов амбулаторного приема пациентов и увеличением числа пациентов, пролеченных в амбулаторных условиях; увеличением числа коек и, соответственно, увеличением числа пролеченных пациентов на них; организацией дневного стационара; сохранением нормативных расходов на одного пролеченного пациента при увеличении стоимости законченного случая за счет повышения сложности проводимого оперативного вмешательства.

Была проведена комплексная сравнительная оценка показателей объема выполненной работы, достигнутых результатов, уровня удовлетворенности пациентов качеством оказываемой медицинской помощи, плановых и фактических расходов в 2018 и 2023 гг. (таблица 8.6).

Все оцениваемые показатели увеличились в 2023 г. по сравнению с 2018 г. как в абсолютном выражении, так и при расчете относительных показателей (коэффициентов). Эффективность лечебной деятельности определяется соотношением планового и фактического объемов. Так, в 2018 г. план числа законченных случаев лечения в отделении челюстно-лицевой хирургии за счет средств ОМС в рамках Территориальной программы государственных

гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи составил 993 человека, а в 2023 г. – 1993.

Таблица 8.6 – Показатели экономической эффективности организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», в 2018 и 2023 гг.

Критерий оценки	2018 г.	2023 г.
Абсолютная экономическая эффективность, руб.	4 037 366	17 626 914
Относительная экономическая эффективность	19,5	571
Экономический эффект деятельности медицинской организации, руб.	4 255 358	17 657 840
Затраты на осуществление мер, направленных на повышение эффективности работы, руб.	217 992	30 926
Коэффициент объема деятельности отделения	0,73	1
Коэффициент результативности отделения	0,8	1
Коэффициент социальной удовлетворенности	0,14	0,94
Коэффициент экономичности отделения	1,17	1,2
Интегральный показатель эффективности	0,1	0,8

Абсолютная экономическая эффективность возросла с 4 037 366 руб. в 2018 г. до 17 626 914 руб. в 2023 г., т.е. в 4,37 раза. Коэффициент объема деятельности отделения увеличился с 0,73 до 1, коэффициент результативности – с 0,8 до 1, коэффициент социальной удовлетворенности – с 0,14 до 0,94, коэффициент экономичности отделения – с 1,17 до 1,2 в 2018 и 2023 гг. соответственно.

Обобщающим показателем эффективности деятельности медицинских организаций является интегральный показатель эффективности, который был

определен по всей системе по профилю ЧЛХ в целом. В 2018 г. интегральный показатель эффективности был равен 0,1, в 2023 г. – 0,8. Эталонный показатель, к которому должны стремиться все медицинские организации, равен 1,0.

Таким образом, сравнительный анализ показателей экономической эффективности организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ до и после внедрения Модели позволяет сделать заключение о экономической эффективности проведенных изменений.

8.4. Повторное исследование удовлетворенности пациентов и их родственников условиями оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»

Для подтверждения результатов проведенного организационного эксперимента в 2023 г. было повторно проведено исследование удовлетворенности пациентов и их родственников условиями оказания медицинской помощи с помощью той же самой анкеты. Результаты сравнительной оценки удовлетворенности пациентов и их родственников условиями оказания медицинской помощи в 2018 г. (до начала организационного эксперимента по внедрению региональной модели организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ) и в 2023 г. (после внедрения Модели) представлены в таблице 8.7.

Как следует из данных, представленных в таблице 8.7, удовлетворенность пациентов и их родственников условиями оказания медицинской помощи в Центре челюстно-лицевой хирургии как в амбулаторных, так и в стационарных условиях существенно изменилась: итоговая оценка повысилась с 22,7 и 24,1 балла в 2018 г. до 80,8 и 79,7 балла в 2023 г. соответственно. Не удалось достигнуть максимально возможного результата в 100 баллов, так как работа по реорганизации и модернизации системы еще не завершена.

Таблица 8.7 – Удовлетворенность пациентов и их родственников условиями оказания медицинской помощи в 2018 и 2023 гг., баллы

Критерий оценки	Показатели удовлетворенности			
	в амбулаторных условиях		в стационарных условиях	
	2018 г.	2023 г.	2018 г.	2023 г.
1. Открытость и доступность информации об организации	25,6	61,4	25,4	58,3
2. Комфортность условий предоставления услуг, включая время ожидания предоставления медицинской услуги	47,2	77,4	32,4	92,4
3. Доступность услуг для инвалидов	3,0	81,0	3,3	72,0
4. Доброжелательность, вежливость работников медицинской организации	13,4	93,2	27,8	84,8
5. Удовлетворенность условиями оказания услуг	24,2	91,2	31,8	91,2
Итоговая оценка	22,7	80,8	24,1	79,7

Отмечена существенная положительная динамика показателя по критерию «Удовлетворенность пациентов и их родственников доброжелательностью и вежливостью работников медицинской организации» как в амбулаторных, так и в стационарных условиях: оценка повысилась с 13,4 и 27,8 балла в 2018 г. до 93,2 и 84,8 балла в 2023 г. соответственно.

Оценка критерию «Комфортность условий предоставления услуг, включая время ожидания предоставления медицинской услуги» в амбулаторных условиях увеличилась с 47,2 в 2018 г. до 77,4 балла в 2023 г, а в стационарных условиях с 32,4 до 92,4 соответственно.

Существенно повысилась удовлетворенность пациентов-инвалидов. Если в 2018 г. оценка по критерию «Доступность услуг для инвалидов» составила лишь 3,0–3,3 балла, то к 2023 г. ситуация существенно улучшилась: в амбулаторных условиях пациенты оценили доступность на 81,0 балл, в стационарных условиях – на 72,0 балла.

Улучшилась, но в меньшей степени, удовлетворенность пациентов по критерию «Открытость и доступность информации об организации». Если

в 2018 г. оценка пациентов составила 25,6 и 25,4 балла в амбулаторных и стационарных условиях соответственно, то к 2023 г. пациенты, получающие помощь в амбулаторных условиях, оценили доступность информации на стендах и сайте на 61,4 балла, а пациенты, получающие лечение в стационаре, – на 58,3 балла.

В 2023 г. сайт и информационные стенды в помещениях ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» максимально дополнены сведениями в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения Российской Федерации, доработаны в части представления информации пациентам (формат, удобная навигация, простота и понятность восприятия), представлена актуальная информация об организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ. Функционируют и активно используются дистанционные формы взаимодействия.

Можно констатировать, что в 2023 г. пациенты, получающие помощь в Центре челюстно-лицевой хирургии в амбулаторных условиях, были чаще удовлетворены доброжелательностью и вежливостью работников медицинской организации, а также доступностью услуг для инвалидов, в то время как пациенты, получающие помощь в стационарных условиях, чаще были удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг, включая время ожидания предоставления медицинской услуги.

Балльная оценка складывается из ответов респондентов при анкетировании с последующим переводом доли ответивших на вопросы в баллы по специальной формуле. Поэтому для более детальной оценки мы дополнительно проанализированы ответы на ключевые вопросы при анкетировании.

Так, среди пациентов, получающих помощь по профилю ЧЛХ в амбулаторных условиях, на вопрос «В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?» доля пациентов, ответивших утвердительно на данный вопрос, существенно увеличилась – с 11% в 2018 г. до 93% в 2023 г. ($p < 0,01$, критерий Вилкоксона $T_{эмп} < T_{кр}$). Доля пациентов, удовлетворенных открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях

медицинской организации, на информационных стендах, увеличилась с 20,6 до 60,9% ($p < 0,01$), информацией на официальном сайте медицинской организации – с 11,1 до 68,4% ($p < 0,01$) в 2018 г. и 2023 г. соответственно. Были удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации в 2018 г. 24% респондентов, а в 2023 г. – 94% респондентов ($p < 0,01$). Удовлетворены доступностью услуг для инвалидов в 2018 г. 10%, а в 2023 г. – 90% респондентов ($p < 0,01$), отношением врача (доброжелательность, вежливость) с 17% в 2018 г. до 88% в 2023 г. ($p < 0,01$). В 2018 г. среди респондентов не было удовлетворенных условиями для детей в поликлинике, а 2023 г. удовлетворены условиями для детей 81,8% респондентов.

Среди пациентов, получающих помощь по профилю ЧЛХ в стационарных условиях, на вопрос «В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?», доля ответивших утвердительно на данный вопрос существенно увеличилась – с 18% в 2018 г. до 96% в 2023 г. ($p < 0,01$, критерий Вилкоксона $T_{\text{эмп}} < T_{\text{кр}}$). Доля пациентов, удовлетворенных открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной на информационных стендах в стационаре, увеличилась с 20,8 до 59,6% ($p < 0,01$), информацией на официальном сайте медицинской организации – с 10,5 до 62,0% ($p < 0,01$) в 2018 г. и 2023 г. соответственно. Были удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в стационаре в 2018 г. 13% респондентов, а в 2023 г. – 87% респондентов ($p < 0,01$). Удовлетворены доступностью услуг для инвалидов в отделении челюстно-лицевой хирургии в 2018 г. 11,1%, а в 2023 г. – 80% респондентов ($p < 0,01$), отношением врача (доброжелательность, вежливость) с 28% в 2018 г. до 88% в 2023 г. ($p < 0,01$). В 2018 г. среди респондентов не было удовлетворенных условиями для детей в отделении ЧЛХ, а 2023 г. удовлетворены условиями для детей 71,4% респондентов.

Не удалось установить достоверных различий по ключевым вопросам анкеты между пациентами, получающими помощь в амбулаторных и в стационарных условиях (критерий Краскела – Уоллиса при сравнении показателей 2018 г.:

Статистика H равна 0,0175 (1, $N = 18$), значение p равно 0,89463, $p > 0,05$, в 2023 г. статистика H равна 0 (1, $N = 20$). Значение p равно 1, $p > 0,05$). Данный факт свидетельствует о том, что недостатки в организации, доступности и условиях предоставления специализированной медицинской помощи по профилю ЧЛХ носили системный характер, что еще раз подтверждает необходимость внедрения Модели.

Таким образом, внедрение Модели привело к повышению удовлетворенности пациентов и их родственников условиями оказания медицинской помощи как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

8.5. Повторное исследование мнения главных внештатных специалистов, руководителей медицинских организаций, руководителей структурных подразделений, врачей, медицинских сестер об организации помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»

Для оценки эффективности внедрения региональной модели организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ в 2023 г. было проведено повторное анкетирование организаторов здравоохранения и медицинского персонала, оказывающего (или принимающего участие) помощь по профилю ЧЛХ.

Результаты сравнительной оценки мнения главных внештатных специалистов, руководителей медицинских организаций, руководителей структурных подразделений, врачей, медицинских сестер об организации помощи по профилю ЧЛХ в 2018 и 2023 гг., представлены в таблице 8.8.

Из данных, представленных в таблице 8.8, следует, что к 2023 г. мнение организаторов здравоохранения и медицинского персонала всех подразделений медицинской организации, который оказывает помощь по профилю ЧЛХ, существенно изменилось в лучшую сторону. Так, по мнению респондентов, доступность, качество работы стационара челюстно-лицевой хирургии, а также качество работы амбулаторного звена челюстно-лицевой хирургии в 2023 г.

можно оценить на 8,0 баллов (в 2018 г. – они оценивали эти критерии на 3,0; 5,0 и 4,0 балла соответственно), а качество медицинской помощи – на 9,0 (в 2018 г. – 5,0). Организаторы здравоохранения и медицинский персонал, оказывающий помощь по профилю ЧЛХ, также отметили, что объем оказываемой помощи по профилю ЧЛХ, обеспеченность региона койками перешли с недостаточного уровня на достаточный.

Таблица 8.8 – Динамика оценки специалистами здравоохранения организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в 2018 и 2023 гг., баллы

Показатель	2018 г.	2023 г.	<i>p</i>
Доступность помощи	3,0 (2,0; 4,0)	8,0 (6,0; 9,0)	$p < 0,01$
Качество помощи	5,0 (4,0; 6,0)	9,0 (7,0; 10,0)	$p < 0,01$
Качество работы стационара челюстно-лицевой хирургии	5,0 (4,0; 6,0)	8,0 (7,0; 9,0)	$p < 0,01$
Качество работы амбулаторного звена челюстно-лицевой хирургии	4,0 (3,0; 5,0)	8,0 (6,0; 9,0)	$p < 0,01$
Объем оказываемой медицинской помощи по профилю ЧЛХ	Недостаточный 3,0 (2,0; –5,0)	Достаточный 9,0 (7,0; 10,0)	$p < 0,01$
Обеспеченность региона койками	Недостаточная 3,0 (2,0; 4,0)	Достаточная 8,0 (7,0; 9,0)	$p < 0,01$
Итого	23	50	$p < 0,01$

Примечание. Различия достоверны, $T_{эмп} < T_{кр} (0,01)$ по критерию Вилкоксона.

Итоговый балл в 2023 г. составил 50, что в 2,17 раза больше, чем в 2018 г., когда итоговый балл составил 23. Все оценочные баллы, полученные в 2023 г., достоверно отличались от таковых в 2018 г. ($p < 0,01$).

Таким образом, внедрение региональной модели организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ, по мнению организаторов здравоохранения и медицинского персонала всех подразделений медицинской организации, который оказывает помощь по профилю ЧЛХ, привело к улучшению доступности и качества медицинской помощи по этому профилю.

8.6. Затраты рабочего времени по видам деятельности врачей – челюстно-лицевых хирургов, оказывающих медицинскую помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в стационарных условиях

В 2023 г. проведено повторное фотохронометражное исследование затрат рабочего времени по видам деятельности врачей – челюстно-лицевых хирургов, оказывающих медицинскую помощь по профилю ЧЛХ в стационарных условиях, в котором приняли участие те же самые врачи – челюстно-лицевые хирурги, что и в 2018 г., у которых изменилась квалификационная категория и увеличился стаж.

Фотохронометражные измерения затрат рабочего времени врачей – челюстно-лицевых хирургов, круглосуточного стационара, проведенные в 2018 г., показали, что основной проблемой было значительное увеличение рабочего времени и нагрузки на врача – челюстно-лицевого хирурга, за счет проведения осмотров и консультаций пациентов, обращавшихся в приемное отделение ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко». В связи с этим врачи не успевали исполнять в полном объеме все трудовые обязанности в отделении ЧЛХ до конца рабочего дня. Фактическая продолжительность рабочего дня врачей – челюстно-лицевых хирургов, круглосуточного стационара в 2018 г. была в более чем полтора раза выше установленной трудовым законодательством. Были выявлены проблемы в организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ, которые привели к значительным перегрузкам врача – челюстно-лицевого хирурга, круглосуточного стационара.

После анализа обнаруженных проблем в организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ в результате проведенного фотохронометражного измерения в 2018 г. были определены пути их решения, ключевыми из которых стали усовершенствование деятельности подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также совершенствование маршрутизации пациентов с патологией челюстно-лицевой области.

В 2023 г. было проведено повторное хронометражное исследование деятельности врачей – челюстно-лицевых хирургов, которое показало, что

распределение затрат рабочего времени существенным образом изменилось. (рисунок 8.10). Результаты сравнительного анализа затрат рабочего времени врача – челюстно-лицевого хирурга, оказывающего помощь в стационарных условиях, представлены в публикации [104].

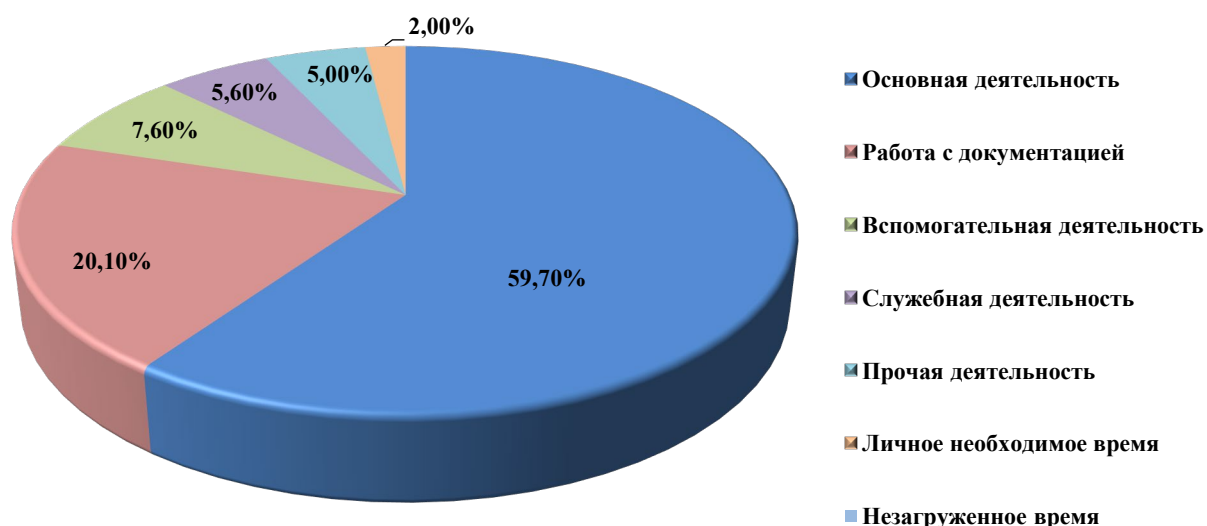


Рисунок 8.10 – Распределение рабочего времени врача ЧЛХ по видам деятельности в 2023 г., %

Результаты сравнительной оценки затрат врачей – челюстно-лицевых хирургов, на различные виды деятельности в 2018 и 2023 гг. представлены в таблице 8.9.

Из таблицы 8.9 следует, что доля основной деятельности по сравнению с 2018 г. уменьшилась с 61,46 до 59,7% в 2023 г. Следует отметить, что в 2018 г. данный вид деятельности включал время на выполнение врачом несвойственных его должностным обязанностям трудовых операций (например, осмотр пациентов в приемном отделении), а в 2023 г. несвойственная деятельность полностью была исключена.

В 2018 г. длительность работы с медицинской документацией составляла 16,3%, т.е. практически четверть рабочего времени врач тратил не на выполнение лечебно-диагностических трудовых операций, а на работу с документацией. Значительно осложняли работу с документацией периодические сбои

программного обеспечения, а также отсутствие современного технического оснащения медицинской организации.

Таблица 8.9 – Сравнительная характеристика доли затрат времени врачей – челюстно-лицевых хирургов, на различные виды деятельности в 2018 и 2023 гг., %

Виды деятельности	Доля затрат времени врачей – челюстно-лицевых хирургов, %	
	2018 г.	2023 г.
Основная деятельность	61,46	59,7
– собственная	58,82	100
– несобственная	41,18	0,0
Работа с документацией	16,3	20,1
– собственная	79,14	100
– несобственная	20,86	0,0
Вспомогательная деятельность	14,63	7,6
– собственная	53,45	100
– несобственная	46,55	0
Служебная деятельность	4,59	5,6
Личное необходимое время	0,86	2,0
Прочая деятельность	1,34	5,0
Незагруженное время	0,82	0,0
Всего	100	100

В 2023 г. работа оптимизировалась из-за замены компьютерной техники на новую, а также слаженной работы системы РИАМС «ПРОМЕД», в связи с чем доля затрат времени на работу с документацией увеличилась и составила 20,1%. Стоит отметить, что правила оформления медицинской документации изменились, существует необходимость внесения всех данных в систему РИАМС «ПРОМЕД» и, как следствие, врач имеет полный доступ ко всем проведенным лабораторным анализам, диагностическим исследованиям, проведенным пациентам, имеется возможность просматривать результаты (КТ, МРТ, СКТ, УЗИ и др.) в самой системе.

Доля вспомогательной деятельности также снизилась с 14,63% в 2018 г. до 7,6% в 2023 г. за счет отсутствия затрат времени на переходы в приемное отделение.

На долю прочей деятельности в 2023 г. приходится 5,0% всего рабочего времени врачей (в 2018 г. – 1,34%), 95% из этого времени занимает участие в конференциях, чтение медицинской литературы и др. Врачи активно публикуются в научно-исследовательских журналах, делятся клиническими случаями с другими специалистами. Значимость данного вида деятельности велика, так как влияет на повышение профессиональных компетенций врача – челюстно-лицевого хирурга.

Стоит отметить, что в 2023 г. полностью исчезла необходимость ожидания транспортировки пациентов в операционную, что связано с улучшением укомплектованности медицинской организации младшим и средним медицинским персоналом.

Показатель затрат времени на служебную деятельность составил 5,6% от общего баланса времени. Из-за отсутствия отвлекающих факторов врачи – челюстно-лицевые хирурги, располагают достаточным количеством времени, чтобы более подробно и детально объяснять план назначений медицинскому персоналу, а также имеют возможность консультироваться с другими врачами – челюстно-лицевыми хирургами.

У врача – челюстно-лицевого хирурга, увеличились затраты на личное необходимое время, в период которого он может сделать кратковременный перерыв или потратить время на прием пищи. Данный вид деятельности занял всего 2,0% в общей структуре затрат рабочего времени.

Незагруженного времени при проведении исследования в 2023 г. не было, что позволяет сделать вывод о рациональной организации труда врачей ЧЛХ.

В результате анализа затрат на основные виды деятельности получены достоверные различия в затратах на основную, вспомогательную, прочую деятельность и личное необходимое время, незагруженное время (таблица 8.10).

Таблица 8.10 – Затраты врачей – челюстно-лицевых хирургов, на различные виды деятельности в 2018 и 2023 гг., с

Вид деятельности	2018 г., $M \pm m$	2023 г., $M \pm m$	t -критерий Стьюдента	P
Основная деятельность	21 584 $\pm$ 365,6	16 763,7 $\pm$ 83,1	12,88	< 0,001
– собственная	12 696 $\pm$ 59,3	16 763,7 $\pm$ 83,1	39,94	< 0,001
– несобственная	8 888,5 $\pm$ 340,7	0	26,14	< 0,001
Работа с документацией	5 722,7 $\pm$ 101,9	5 644,1 $\pm$ 52,06	0,69	0.492350
– собственная	4 529,1 $\pm$ 79,4	5 644,1 $\pm$ 52,06	11,79	< 0,001
– несобственная	1 193,6 $\pm$ 31,6	0	38,48	< 0,001
Вспомогательная деятельность	5 136,1 $\pm$ 45,2	2 134,1 $\pm$ 88,9	30,37	< 0,001
– собственная	2 745,4 $\pm$ 32,5	2 134,1 $\pm$ 88,9	6,53	< 0,001
– несобственная	2 390,7 $\pm$ 27,9	0	88,52	< 0,001
Служебная деятельность	1 613,4 $\pm$ 28,7	1 572,4 $\pm$ 24,6	1,11	0.266282
Личное необходимое время	301,8 $\pm$ 35,4	561,6 $\pm$ 19,1	6,53	< 0,001
Прочая деятельность	471,6 $\pm$ 41,9	1404 $\pm$ 28,01	18,79	< 0,001
Незагруженное время	288 $\pm$ 30,9	0	9,6	< 0,001
Всего	35 118 $\pm$ 189,7	28 080,2 $\pm$ 11,5	37,18	< 0,001

Отметим, что в 2023 г. производительность труда врача – челюстно-лицевого хирурга, возросла, так как были исключены отвлекающие факторы. В 2023 г. в смену в среднем проводилось 4 плановых операции. В соответствии с установленным внутренним распорядком врачи – челюстно-лицевые хирурги, находились в операционном блоке с 11.30 до 14.00 ч одновременно. В 2018 г. состав операционной бригады состоял из одного врача – челюстно-лицевого-хирурга, и заведующего отделением или врача – челюстно-лицевого хирурга, и операционной медицинской сестры, из-за чего увеличивалось время оперативных вмешательств.

Медицинская операционная сестра заключительную уборку проводила после окончания своего рабочего времени, тем самым нарушая установленное нормативное время пребывания на работе.

Ввиду значительной разгрузки врача – челюстно-лицевого хирурга, круглосуточного стационара появилась возможность соблюдения нормативных требований совместного пребывания двух врачей – челюстно-лицевых хирургов, в операционной в качестве оперирующего врача и врача-ассистента. Среднее время на проведение операции второго уровня сложности составило 25 мин; 45 мин тратится в среднем на операции четвертого уровня сложности.

Заведующий отделением за время проведения фотохронометражных измерений в 2023 г. не привлекался к проведению операций в качестве врача-ассистента, из-за чего у него появилась возможность заниматься своей непосредственной организационной деятельностью. Несвойственной деятельностью врачи – челюстно-лицевые хирурги, не занимаются.

Из-за того что в 2023 г. врач не выполнял трудовые операции, не соответствующие его должностным обязанностям – осмотры обратившихся пациентов в приемном отделении, переходы из корпуса в корпус – интенсивность труда возросла, число прооперированных пациентов увеличилось, предоперационный койко-день, по сравнению с 2018 г., уменьшился с 1,01 до 0,17 в 2023 г., также уменьшилось среднее число дней пребывания пациента на койке с 7,54 до 5,53.

Новые формы организации трудового процесса позволили врачам укладываться в установленные нормы времени, из-за чего все трудовые операции выполнялись последовательно и в срок.

Все трудовые операции (в 2023 г., как и в 2018 г., прерванных операций не было) были завершенными в организационном отношении.

Коэффициент использования рабочего времени за 7,8 ч в 2023 г. равен 0,98, что говорит о том, что врач использует рабочее время на 98%. В то время как

в 2018 г. такое значение было получено при увеличении рабочего времени в среднем на 2 ч.

Также важно подчеркнуть, что соблюдались все нормы организации труда врачей – челюстно-лицевых хирургов, круглосуточного стационара, продолжительность рабочей смены в 2023 г. соответствовала установленной норме.

В 2023 г. в отделении челюстно-лицевой хирургии функционируют перевязочные для «чистых» и «гнойных» пациентов разного возраста, что позволяет врачам проводить ежедневный осмотр параллельно друг другу, без ожидания проведения дезинфицирующих мероприятий между пациентами, своевременно приступать к выпискам и оперативным вмешательствам.

Выписка пациентов из круглосуточного стационара происходила в утренние часы, в период с 10.30 – 11.00, из-за чего значительно сократилось время ожидания пациентов выписки, в сравнении с 2018 г., также улучшились условия пребывания пациентов в круглосуточном стационаре, что повысило уровень удовлетворенности пациентов.

Таким образом, на основании повторно проведенного фотохронометражного исследования можно сделать вывод, что деятельность врача – челюстно-лицевого хирурга круглосуточного стационара значительно оптимизировалась в результате внедрения новой организационной модели.

8.7. Сравнительная оценка организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в субъектах Российской Федерации до и после внедрения новой Модели

В 2023 г. для оценки влияния разработанной Модели на уровень организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ была проведена повторная оценка четырех субъектов Российской Федерации: Республики Мордовия, Пензенской и Ульяновской областей, Чувашской Республики. Методика отбора показателей

и методика расчета итогового показателя для интегральной оценки описаны в главе 6 настоящего исследования.

На основании показателей, предложенных экспертами, был рассчитан ИП, который составлял в 2018 г. до внедрения новой Модели от 49,16 балла в Республике Мордовия до 113,6 балла в Чувашской Республике. Во всех анализируемых регионах уровень организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ оценивался как низкий (стагнирующий). При сравнении исходного уровня ИП в изучаемых регионах с использованием непараметрического критерия Краскела – Уоллиса (H) не выявило значимых различий между Пензенской областью и другими регионами, что позволяет сделать вывод о том, что регионы были сходны по уровню оказания помощи и имели примерно одинаковый исходный уровень до начала организационного эксперимента по внедрению Модели (таблица 8.11).

Таблица 8.11 – Значения итогового показателя интегральной оценки организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» до проведения организационного эксперимента, 2018 г., баллы

Регион	Значение ИП в 2018 г.	Значение ИП в 2018 г. в Пензенской области	Критерий Краскела – Уоллиса (H)
Республика Мордовия	49,16 ± 0,46	80,52 ± 0,34	0,30821 (не значим)
Ульяновская область	105,12 ± 0,38	80,52 ± 0,34	0,3483 (не значим)
Чувашская Республика	113,6 ± 0,39	80,52 ± 0,34	0,6722 (не значим)

В Пензенской области в 2018 г. итоговый показатель интегральной оценки организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ составлял 80,52 балла, что соответствовало стагнирующему уровню, и требовало срочного принятия антикризисных мер и проведения масштабных мероприятий. Данное обстоятельство послужило одним из оснований для разработки региональной модели организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ, внедрение

которой поэтапно началось в 2019 г. Все основные элементы модели были внедрены к 2022 г., что позволило провести сравнительную оценку ИП 2018 г. с 2023 г.

Оценка итогового показателя организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в субъектах Приволжского федерального округа Российской Федерации свидетельствует о том, что во всех изучаемых регионах имеются достоверные различия между показателями 2018 г. по сравнению с 2023 г. ($p < 0,01$). Данный факт доказывает, что во всех изучаемых регионах произошли позитивные изменения разной степени выраженности, что отражается в увеличении итогового показателя в 2023 г. по сравнению с 2018 г. (таблица 8.12).

Таблица 8.12 – Сравнительная оценка организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в субъектах Российской Федерации на основании интегрального (итогового) показателя, 2018 и 2023 гг., баллы

Регион	2018 г.	2023 г.	Критерий Вилкоксона	
			$p < 0,01$	$p < 0,05$
Республика Мордовия	49,16 ± 0,46	126,35 ± 0,42	3	8
Пензенская область	80,52 ± 0,34	405,84 ± 0,43	238	286
Ульяновская область	105,12 ± 0,38	166,32 ± 0,46	7	13
Чувашская Республика	113,6 ± 0,39	227,99 ± 0,47	37	53

После внедрения Модели в Пензенской области итоговый показатель существенным образом изменился. Так, в Пензенской области он увеличился с 80,52 до 405,84 балла, т.е. в 5,04 раза ($p < 0,001$), что позволило перейти из красной зоны с низким (стагнирующим) уровнем показателя в зеленую и расценить уровень оказания помощи как высокий (развивающийся). Все это свидетельствует о том, что организация помощи по профилю ЧЛХ в области находится на достаточно высоком уровне, имеются незначительные недостатки, которые находятся в процессе устранения.

Необходимо заметить, что и в тех регионах, где модель не внедрялась, также отмечена положительная динамика итогового показателя. Так, в Республике Мордовия показатель увеличился с 49,16 в 2018 г. до 126,35 балла в 2023 г. (рост в 2,57 раза), в Ульяновской области – с 105,12 до 166,32 балла (рост в 1,58 раза), но при этом эти регионы остались в красной зоне, что соответствует низкому (стагнирующему) уровню организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ. В Чувашской Республике итоговый показатель интегральной оценки увеличился с 113,6 до 227,99 балла (рост в 2,01 раза) и отразил переход из красной зоны в желтую, что позволило расценить уровень показателя как средний (стабильный). Необходимо отметить, что и исходный уровень в 2018 г. в Чувашской Республике был самым высоким из рассматриваемых регионов (рисунок 8.11).

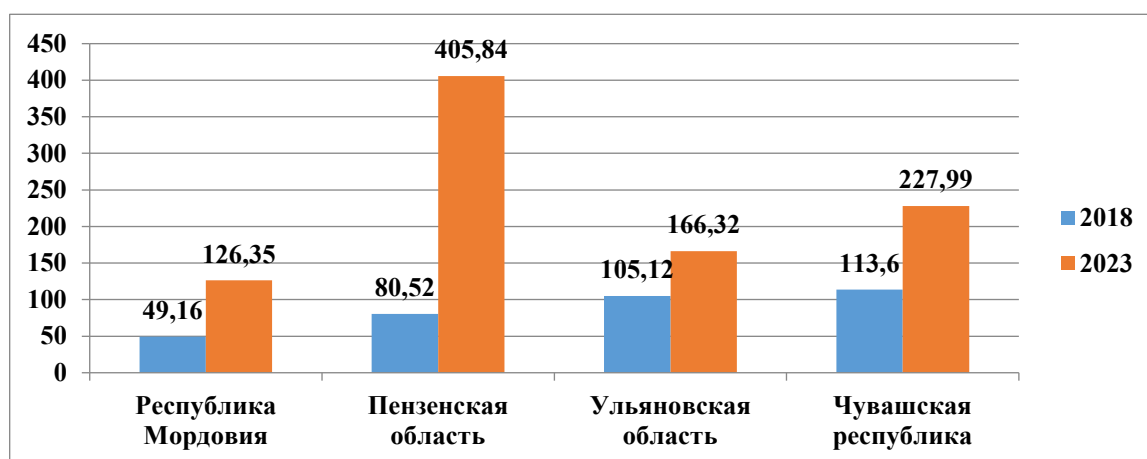


Рисунок 8.11 – Итоговый показатель интегральной оценки организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в субъектах Приволжского федерального округа Российской Федерации в 2018 и 2023 гг., баллы

Данный факт свидетельствует о том, что имелись общие изменения организационного характера, повлиявшие на итоговый показатель. В частности, в этот период на федеральном уровне был принят Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 июня 2019 г. № 422н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ», что способствовало положительным

изменениям [11]. Однако в регионах, где не внедрялась новая модель, эти изменения не носили системного характера, их можно расценивать как точечные антикризисные меры, при этом по одним показателям была позитивная динамика, по другим негативная. Так, например, в Чувашской Республике в 2018 г. функционировала кафедра ЧЛХ, а в 2023 г. ее реорганизовали путем присоединения к кафедре офтальмологии; укомплектованность в 2018 г. была полная, в 2023 г. – нет, что рассматривается как отрицательный момент, в то же время в регионе начали проводить терапевтическое лечение зубов взрослому и детскому населению с ментальными нарушениями под наркозом, улучшилась обеспеченность наборами инструментов для проведения ортогнатических, костно-пластических операций в челюстно-лицевой области, для имплантации, костной пластики и синус-лифтинга, что трактуется как положительные изменения.

При сравнении уровня ИП в изучаемых регионах с использованием непараметрического критерия Краскела – Уоллиса (H) в 2023 г. выявлены значимые различия между Пензенской областью и другими регионами, что позволяет констатировать существенные различия между регионом с внедренной Моделью и регионами, в которых Модель не внедрена (таблица 8.13).

Анализ проведенных изменений в организации оказания помощи по профилю ЧЛХ населению Пензенской области показывает, что наиболее значимые и существенные изменения, позволяющие сделать заключение об эффективности внедренной модели, проводились системно и поэтапно. На уровень итогового показателя наибольшее влияние оказало создание на базе ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» Центра челюстно-лицевой хирургии. Создание и функционирование Центра, в котором сконцентрировались кадровые ресурсы по профилю ЧЛХ, сопровождалось организационно-штатными преобразованиями, изменениями маршрутизации пациентов, проведением регулярного мониторинга удовлетворенности населения, организацией оказания помощи детям и инвалидам, налаживанием межсекторального взаимодействия с другими стационарами и поликлиниками города.

Таблица 8.13 – Сравнение интегральных показателей регионов, не реализующих Модель, с Пензенской областью – субъектом, реализующим Модель – после организационного эксперимента, 2023 г.

Регион	Значение ИП в 2023 г.	Значение ИП в 2023 г. в Пензенской области	Критерий Краскела – Уоллиса (H)
Республика Мордовия	$126,35 \pm 0,42$	$405,84 \pm 0,43$	30,4327 (значим)
Ульяновская область	$166,32 \pm 0,46$	$405,84 \pm 0,43$	20,5441 (значим)
Чувашская Республика	$227,99 \pm 0,47$	$405,84 \pm 0,43$	10,01193 (значим)

Сравнительная интегральная оценка организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в субъектах Российской Федерации по методике «Светофор» представлена в таблице 8.14.

Наиболее существенные изменения в организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» представлены в таблице 8.15.

Таблица 8.14 – Сравнительная интегральная оценка организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в субъектах Российской Федерации по методике «Светофор», 2018 и 2023 гг.

Субъект РФ	Уровень итогового показателя, баллы					
	Низкий (стагнирующий) (0–169 баллов)		Средний (стабильный) (170–338 баллов)		Высокий (развивающийся) (339–507 баллов)	
	2018 г.	2023 г.	2018 г.	2023 г.	2018 г.	2023 г.
Республика Мордовия	49,16	126,35				
Пензенская область	80,52					405,84
Ульяновская область	105,12	166,32				
Чувашская Республика	113,6			227,99		

Таблица 8.15 – Сравнительный анализ наиболее существенных изменений в организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в субъектах Российской Федерации, 2023 г.

Показатели	Пензенск ая обл.	Чувашская Респ.	Ульяновска я обл.	Респ. Мордовия
1	2	3	4	5
Наличие нормативно-правовых документов (порядок по оказанию медицинской помощи по профилю ЧЛХ в РФ, приказ регионального органа здравоохранения о маршрутизации по профилю ЧЛХ в регионе / порядок по оказанию медицинской помощи по профилю ЧЛХ в регионе)	+	–	+	+
Развитие амбулаторной помощи (амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, взрослый прием; амбулаторный кабинет реабилитации врача – челюстно-лицевого хирурга, взрослый прием; кабинет врача – стоматолога-терапевта/общей практики в структуре отделения челюстно-лицевой хирургии; амбулаторный кабинет неотложной круглосуточной помощи по профилю «стоматология»; круглосуточный амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, в приемном отделении, детский прием; круглосуточный амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга в приемном отделении, взрослый прием; амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, с реабилитацией, детский прием; амбулаторный прием врача-стоматолога детского в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю «стоматология детская» пациентам с ментальными нарушениями; центр амбулаторной онкологической помощи)	+	–	–	–
Наличие коек сверхкороткого пребывания, дневного стационара по профилю ЧЛХ	+	–	–	–
Оптимизация оказания медицинской помощи детскому населению (койки круглосуточного пребывания по профилю ЧЛХ для детского населения; оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилю ЧЛХ детям, включенной и невключенной в базовую программу ОМС в регионе; в структуре кадров в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детям, имеется врач-стоматолог детский, врач-педиатр стационара; возможность оказания неотложной круглосуточной помощи по профилю «стоматология детская»; проведение терапевтического лечения зубов детскому населению с ментальными нарушениями под наркозом)	+	+	+	+
		(не в полном объеме)	(не в полном объеме)	(не в полном объеме)

Окончание таблицы 8.15

1	2	3	4	5
Внедрение в структуру кадров медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ, врача – стоматолога-терапевта, клинического фармаколога	+	+(не в полном объеме, только клинический фармаколог)	—	—
Проведение терапевтического лечения зубов взрослому населению с ментальными нарушениями под наркозом; оказание платных услуг по профилю ЧЛХ, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования (имплантация, костная пластика и т.д.)	+	+	—	—
Медицинская организация, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, обеспечена конусно-лучевым компьютерным томографом, мобильным рентгеновским аппаратом с электронно-оптическим приемником, микроскопом, пьезохирургическим аппаратом, физиодиспенсером, стоматологической установкой, эндоскопической стойкой и инструментами для челюстно-лицевой хирургии, набором инструментов для хейло- и уранопластики, набором инструментов для внутриротового остеосинтеза мышечного отростка, набором для имплантации, костной пластики и синус-лифтинга	+	+	+(не в полном объеме)	+(не в полном объеме)
Внедрение врача – челюстно-лицевого хирурга, в структуру медицинских кадров областного онкологического клинического диспансера и травмоцентра I уровня	+	—	+(только травмоцентре I уровня)	+(только травмоцентре I уровня)
Проведение постоянного мониторинга мнения пациентов об удовлетворенности деятельностью системы организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ	+	—	—	—
Наличие актуальной информации об организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ на сайтах и стендах медицинских	+	+	—	—
Преобладание числа сотрудников, трудоустроенных по основному месту работы в отделении, над числом сотрудников, трудоустроенных по совместительству	+	—	—	+
Полная укомплектованность отделения врачами – челюстно-лицевыми хирургами	—	—	—	+

Полученные данные позволяют сделать вывод об эффективности проведенных организационных мероприятий и применения региональной модели совершенствования организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в Пензенской области. Эффективность подтверждена проведенным комплексным анализом организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ с использованием автоматизированной системы оценки.

Резюме. Внедрение предложенного комплекса медико-организационных мероприятий позволило повысить результативность системы оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в Пензенской области не только в целом, но и в части ее медицинских, социальных и экономических аспектов.

Медицинская эффективность внедренной модели прежде всего характеризуется улучшением количественных и качественных показателей работы.

Улучшение количественных и качественных показателей обусловлено увеличением числа коек в круглосуточном стационаре и, соответственно, показателя обеспеченности койками по профилю ЧЛХ; увеличением общего количества госпитализаций и, соответственно, пролеченных пациентов в отделении ЧЛХ; увеличением доли детского населения в структуре пролеченных больных; улучшением показателей работы койки (средняя занятость увеличилась, средний койко-день сократился, оборот койки увеличился); сокращением предоперационного койко-дня; увеличением количества операций с повышенным уровнем сложности, за счет чего увеличился тариф за законченный случай. При анализе исходов госпитализации было выявлено увеличение доли выписанных пациентов с выздоровлением до 86,7%, снижение показателя летальности до 0,09%.

Установленные позитивные изменения были связаны с организацией на базе ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» Центра ЧЛХ, внедрением иного алгоритма маршрутизации с разделением потоков; развитием первичной специализированной помощи в амбулаторных условиях по профилю ЧЛХ, организацией оказания круглосуточной экстренной специализированной медицинской помощи по профилю ЧЛХ, организацией медицинской помощи по профилю ЧЛХ в дневном

стационаре, увеличением числа телемедицинских консультаций с федеральными центрами, выполнением оперативных вмешательств междисциплинарными бригадами и другими организационными новациями.

Социальная эффективность внедренной модели подтверждается результатами социологического исследования, которые свидетельствуют о том, что доля пациентов, удовлетворенных условиями оказания медицинских услуг, открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной на информационных стендах, на официальном сайте, комфортностью условий предоставления услуг, доступностью услуг для инвалидов, отношением врача (доброжелательность, вежливость) достоверно увеличилась в 2023 г. по сравнению с 2018 г. ($p < 0,01$).

Мнение организаторов здравоохранения и медицинского персонала всех подразделений медицинской организации, который оказывает помощь по профилю ЧЛХ, также существенно изменилось в лучшую сторону: улучшились доступность, качество работы как стационара челюстно-лицевой хирургии, так и поликлиники. Организаторы здравоохранения и медицинский персонал, оказывающий помощь по профилю ЧЛХ, также отметили, что объем оказываемой помощи по профилю ЧЛХ, обеспеченность региона койками перешли с недостаточного уровня на достаточный. Итоговый балл в 2023 г. составил 50, что в 2,17 раза больше, чем в 2018 г., когда итоговый балл составил 23. Все оценочные баллы, полученные в 2023 г., достоверно отличались от таковых в 2018 г. ($p < 0,01$).

Таким образом, по мнению организаторов здравоохранения и медицинского персонала всех подразделений медицинской организации, которая оказывает помощь по профилю ЧЛХ, внедрение региональной модели организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ привело к улучшению доступности и качества медицинской помощи по этому профилю.

Экономическая эффективность внедренной модели подтверждается показателями абсолютной экономической эффективности, которая возросла в 2023 г. в 4,37 раза, увеличением коэффициента объема деятельности с 0,73 до 1, коэффициента результативности – с 0,8 до 1, коэффициента социальной

удовлетворенности – с 0,14 до 0,94, коэффициент экономичности отделения увеличился с 1,17 в 2018 г. до 1,2 в 2023 г.

Обобщающий интегральный показатель эффективности деятельности увеличился с 0,1 в 2018 г. до 0,8 в 2023 г. Эталонный показатель, равный 1,0, пока не достигнут, но преобразования продолжают.

Медицинская, социальная и экономическая эффективность разработанной и внедренной в Пензенской области региональной модели организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ подтверждается проведенным комплексным анализом и оценки на основе экспертных мнений.

Сравнительная оценка организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ Пензенской, Ульяновской областях, Республике Мордовия и Чувашской Республике показала, что в регионе, где внедрена Модель, итоговый показатель изменился существенно. Так, в Пензенской области он увеличился с 80,52 до 405,84 балла, т.е. в 5,04 раза ($p < 0,001$), что позволило перейти из красной зоны с низким (стагнирующим) уровнем показателя в зеленую и расценить уровень оказания помощи как высокий (развивающийся). В Республике Мордовия показатель увеличился с 49,16 в 2018 г. до 126,35 балла в 2023 г. (рост в 2,57 раза), в Ульяновской области – с 105,12 до 166,32 балла (рост в 1,58 раза), но при этом эти регионы остались в красной зоне, что соответствует низкому (стагнирующему) уровню организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ. В Чувашской Республике итоговый показатель интегральной оценки увеличился с 113,6 до 227,99 балла (рост в 2,01 раза), что позволило перейти из красной зоны в желтую и расценить уровень показателя как средний (стабильный). Необходимо отметить, что и исходный уровень в 2018 г. в Чувашской Республике был самым высоким из рассматриваемых регионов. В Ульяновской области, Республике Мордовия и Чувашской Республике изменения не носили системного характера, что и не позволило регионам перейти в зеленую зону с высоким уровнем развития медицинской помощи по профилю ЧЛХ. В Пензенской области удалось добиться лучших показателей, что еще раз подтверждает эффективность внедренной Модели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Увеличение количества пациентов с патологиями челюстно-лицевой области указывает на необходимость улучшения качества медицинской помощи, оказываемой населению по профилю «челюстно-лицевая хирургия» как в России в целом, так и в отдельных регионах. Оптимизация системы оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» должна заключаться в устранении недостатков и разработке более эффективного алгоритма работы, внедрении оптимальной маршрутизации и разработки единой нормативной базы с учетом региональных особенностей.

Анализ отечественной и зарубежной литературы показывает, что проблема организации территориальной маршрутизации пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области стоит остро в системе здравоохранения. Остаются нерешенными проблемы организации помощи по этому профилю детскому населению, а именно отсутствие специализированных детских отделений челюстно-лицевой хирургии, невозможность оказания в полном объеме необходимого лечения инвалидам.

Среди недостатков также стоит выделить дефицит и дисбаланс медицинских кадров, недостаточное финансирование и материально-техническое оснащение, что приводит к значительным трудностям в работе.

Детальный анализ деятельности и организации системы оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в Пензенской области за 2014–2019 гг. позволил выявить ключевые проблемы, определить основные недостатки в организации оказания медицинской помощи и найти способы их устранения в целом и детально – в медицинском, социальном и экономическом аспектах, как наиболее значимых для системы здравоохранения.

Выявлены проблемы в доступности амбулаторной помощи: нерациональная маршрутизация пациентов; слабое взаимодействие медицинских организаций региона; длительное ожидание плановой госпитализации; недостаточная

информированность пациентов о предстоящем лечении; отсутствие врачей – челюстно-лицевых хирургов, в крупных медицинских организациях и травмоцентрах I уровня.

Проведенный анализ деятельности медицинской организации, оказывающей помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в амбулаторных и стационарных условиях за 2014–2019 гг., позволил выявить следующие проблемы: снижение ресурсной обеспеченности – числа коек по профилю ЧЛХ – привело

к ухудшению показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих помощь по профилю ЧЛХ, т.е. коек стало меньше, но одновременно и работать она стала хуже; снизилось качество лечебно-диагностического процесса; статистический учет заболеваемости челюстно-лицевой области существенно затруднен; коечная фондоемкость нерезультативна; отсутствие в штате врача – челюстно-лицевого хирурга, в травма-центрах, детских больницах и медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «онкология»; увеличение числа рецидивов и осложнений (в некоторых случаях ятрогенных) как следствие числа повторных операций; увеличение сроков нетрудоспособности и реабилитации и экономических затрат; загруженность отделения непрофильными пациентами или пациентами, не нуждающимися в стационарном лечении; дефицит кадровых ресурсов, загруженность врачей – челюстно-лицевых хирургов.

По результатам социологического исследования были оценены различные компоненты работы системы организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия». В 2018 г. зафиксирован достаточно низкий уровень удовлетворенности качеством работы, большая часть получателей медицинских услуг в целом не удовлетворена качеством их оказания.

Среди причин неудовлетворенности медицинской помощью пациенты выделили не только отношение медицинского персонала, плохую доступность системы оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», качество обследования и лечения, но прежде всего санитарно-

гигиенические условия пребывания в медицинской организации и некачественный сервис.

По итогам опроса руководителей структурных подразделений, руководителей медицинских организаций, главных внештатных специалистов выявлены: низкий уровень оснащенности диагностической, реабилитационно-восстановительной аппаратурой, отсутствие регламентирующих документов, отсутствие возможности оказания медицинской помощи детям, инвалидам.

В результате опроса врачей выявлены: ограничение возможности в назначении обследований и лекарственных препаратов пациентам, отсутствие удовлетворенности качеством организации работы, отсутствие организации рабочего места всем необходимым для выполнения трудовых обязанностей, большая загруженность медицинского персонала, низкая заработная плата.

В результате проведенного фотохронометражного исследования было выявлено множество недостатков и нарушений в организации работы врача – челюстно-лицевого хирурга, в том числе значительная перегрузка врача, отражающаяся на качестве оказания медицинской помощи и способствующая увеличению количества осложнений у пациентов.

Из данных проведенного фотохронометражного измерения выявлено, что врачи значительно перегружены работой в приемном отделении – несвойственные данной должности трудовые операции, проводят на рабочем месте в среднем $9,75 \pm 0,1$ ч, что на 1,95 ч превышает норму. Из проведенного исследования следует, что все нормативное время челюстно-лицевой хирург тратит на основную часть своей деятельности, однако на работу в приемном отделении неоправданно затрачивается большое количество времени.

Метод экспертных оценок позволил выявить наиболее значимые показатели для оценки организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ на региональном уровне. Балльная оценка данных показателей, проведенная экспертами, позволила выделить 20 наиболее важных из них.

Проведена оценка организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ в регионах Приволжского федерального округа с использованием

разработанной методики, позволяющей ранжировать субъекты в зависимости от уровня развития системы по профилю ЧЛХ, мониторировать ситуацию в динамике, выделять слабые стороны и оперативно проводить устранение недостатков. Все это в свою очередь будет способствовать принятию правильных организационных решений по совершенствованию оказания медицинской помощи населению по профилю «челюстно-лицевая хирургия».

В результате анализа выявленных недостатков была разработана региональная модель организации оказания населению специализированной медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», которая включает комплекс организационных мероприятий, выстроенных с учетом принципов системного подхода. Разработанная Модель включает четыре основных компонента: организационно-структурный, организационно-функциональный (коррекция маршрутизации различных групп пациентов), внутриведомственное взаимодействие, организация помощи по профилю ЧЛХ детям в возрасте от 0 до 17 лет и инвалидам.

Предложенные медико-организационные мероприятия совершенствования помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», оказываемой в амбулаторных условиях позволят: вести пациента от начала заболевания до полного его выздоровления с процедурами реабилитации при необходимости; повысить доступность и комфортность медицинской помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области; улучшить психо-эмоциональный статус пациента; уменьшить количество жалоб и неудовлетворенности временем ожидания и качеством оказания медицинской помощи; быстрее восстанавливать работоспособность, что приведет к снижению экономических затрат; своевременно выявлять патологию челюстно-лицевой области, особенно у пациентов детского возраста; уменьшить количество непрофильных обращений к врачам – челюстно-лицевым хирургам, в приемное отделение и госпитализаций в отделение челюстно-лицевой хирургии; снизить нагрузку на врачей стационара.

Внедрение 3-уровневой системы маршрутизации позволит отработать четкий алгоритм направления и обследования пациентов, минимизировать случаи

оказания медицинской помощи пациентам с патологией ЧЛО врачами других специальностей и уменьшить число осложнений, возникших в результате оказания неквалифицированной медицинской помощи, число непрофильных обращений. Структурирован порядок медицинских организаций и виды оказываемой медицинской помощи на каждом этапе. Обновленная маршрутизация позволит сократить сроки ожидания консультации врача – челюстно-лицевого хирурга, путем скоординированного взаимодействия медицинских организаций Пензенской области и сокращения времени на каждом этапе клинического пути пациента.

Внедрение новых должностей в структуру стационарной помощи основных медицинских организаций г. Пенза (ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко», ГБУЗ «ООКД», ГБУЗ «КБ № 6 им. Г. А. Захарьина») приведет к уменьшению числа рецидивов и осложнений; числа повторных операций; уменьшению сроков нетрудоспособности и скорейшей реабилитации; снижению непрофильных пациентов в отделении челюстно-лицевой хирургии; уменьшению выездов на консультации в другие медицинские организации.

Введение коек для оказания специализированной помощи детскому населению позволит выйти на новый уровень развития организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в Пензенской области, внедрить дополнительную должность врача – челюстно-лицевого хирурга, детского, осуществлять закупку необходимых лекарственных препаратов и расходных материалов.

Обновление материально-технического оснащения, оборудования ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» позволит улучшить качество оказания помощи и увеличить число проводимых оперативных вмешательств, в том числе для проведения высокотехнологичной медицинской помощи, увеличить тарифы КСГ, финансовую прибыль медицинской организации.

Внедрение предложенного комплекса медико-организационных мероприятий позволило повысить результативность системы оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в Пензенской области не только в целом, но и в части ее медицинских, социальных и экономических аспектов.

За время внедрения организационно-штатных мероприятий отмечен неуклонный рост оказанной специализированной медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» детям с 112 до 568 человек в 2023 г., в среднем 47 пациентов в месяц. Руководством ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» для оказания высокотехнологичной медицинской помощи детям приобретены пьезохирургический аппарат для костно-пластических операций и набор инструментов для хейло-уранопластики, конусно-лучевой компьютерный томограф, в том числе оборудование, не входящее в Порядок оказания медицинской помощи.

Общее количество госпитализаций в стационарное отделение ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» за период с 2019 по 2023 г. увеличилось на 27,6% (с 1128 до 1990 госпитализаций). В анализируемый период отмечается повышение доли плановой госпитализации с 42,1 до 56,1% от общего числа госпитализаций.

При анализе исходов госпитализации было выявлено, что в 2023 г. по сравнению с 2019 г. отмечается увеличение доли выписанных пациентов с выздоровлением с 80,1 до 86,7% и, соответственно, уменьшение доли пациентов, вписанных с улучшением с 19,5 до 12,8%. Отмечается снижение числа и доли летальных исходов с 0,3 до 0,09%.

В результате внедренных организационных мероприятий по совершенствованию работы Центра челюстно-лицевой хирургии увеличилась пропускная способность операционных: количество выполненных операций возросло с 1683 до 2541, в среднем по одной операции каждому пациенту. Соотношение планируемых и выполненных операций (факт/план) составило в 2023 г. – 99,8%.

На каждом из трех этапов организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» за анализируемый период удалось существенно увеличить степень достижения разработанных медико-организационных мероприятий, что подтверждается увеличением коэффициента социальной удовлетворенности на 85%, основного интегрального показателя

эффективности на 87,5% – с 0,1 до 0,8. Эталонный показатель, к которому должны стремиться все медицинские организации – 1,0.

По итогам оценки анкетирования пациентов и их родственников в 2023 г. отмечено повышение уровня удовлетворенности условиями оказания медицинской помощи в Центре челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» в стационаре и поликлинике. Отмечено снижение числа жалоб пациентов, что свидетельствует о положительных изменениях в организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия». Наблюдается положительная тенденция к улучшению качества условий предоставления медицинской помощи. Специалисты в области здравоохранения отмечают достаточное количество медицинских учреждений, специализирующихся на челюстно-лицевой хирургии, и хорошую обеспеченность региона койками.

По данным повторно проведенных фотохронометражных исследований, доля основной деятельности по сравнению с 2018 г. уменьшилась с 61,46 до 59,7% в 2023 г. Следует отметить, что в 2018 г. данный вид деятельности включал время на выполнение врачом несвойственных его должностным обязанностям трудовых операций (например, осмотр пациентов в приемном отделении), а в 2023 г. несвойственная деятельность полностью была исключена.

В 2023 г. производительность труда врача – челюстно-лицевого хирурга, возросла, так как были исключены отвлекающие факторы. Продолжительность работы с медицинской документацией в 2023 г., в сравнении с 2018 г., увеличилась на 3,8%, так как проведена замена компьютерной техники, а также слаженной работы системы РИАМС «ПРОМЕД». Доля вспомогательной деятельности также снизилась с 14,63% в 2018 г. до 7,6% в 2023 г. за счет отсутствия затрат времени на переходы в приемное отделение. Незагруженного времени при проведении исследования в 2023 г. не было, что позволяет сделать вывод о рациональной организации труда врачей ЧЛХ.

В 2023 г. для оценки влияния разработанной Модели на уровень организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая

хирургия» была проведена повторная оценка четырех субъектов Российской Федерации: Республики Мордовия, Пензенской и Ульяновской областей, Чувашской Республики.

После внедрения региональной модели в Пензенской области итоговый показатель существенным образом изменился. Так, в Пензенской области он увеличился с 80,52 до 405,84 балла, т.е. в 5,04 раза ($p < 0,001$), что позволило перейти из красной зоны с низким (стагнирующим) уровнем показателя в зеленую и расценить уровень оказания помощи как высокий (развивающийся). В Республике Мордовия показатель увеличился с 49,16 в 2018 г. до 126,35 балла в 2023 г. (рост в 2,57 раза), в Ульяновской области – с 105,12 до 166,32 балла (рост в 1,58 раза), но при этом эти регионы остались в красной зоне, что соответствует низкому (стагнирующему) уровню организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия». В Чувашской Республике итоговый показатель интегральной оценки увеличился с 113,6 до 227,99 балла (рост в 2,01 раза), что позволило перейти из красной зоны в желтую и расценить уровень показателя как средний (стабильный). Необходимо отметить, что и исходный уровень в 2018 г. в Чувашской Республике был самым высоким из рассматриваемых регионов.

Организация помощи по профилю ЧЛХ в Пензенской области находится на достаточно высоком уровне, имеются незначительные недостатки, которые находятся в процессе устранения.

ВЫВОДЫ

1. Проведенный анализ деятельности медицинской организации, оказывающей помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия», выявил, что в 2019 г. обеспеченность населения койками ЧЛХ составила 0,24 на 10 тыс. населения и была ниже, чем в среднем по Российской Федерации (0,36 на 10 тыс. населения) и Приволжскому Федеральному округу (0,31 на 10 тыс. населения). В течение 2014–2019 гг. в Пензенской области снизилась ресурсная обеспеченность: число коек по профилю ЧЛХ сократилось на 24,4%, обеспеченность населения койками ЧЛХ уменьшилась на 20,0%, что привело к ухудшению показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих помощь по профилю ЧЛХ: существенно (на 21,1%) сократился показатель средней занятости койки в году (с 346 до 314 дней), на 34,2% уменьшился оборот койки (с 42,3 до 42,0), оставалась высокой длительность пребывания пациентов на койке, что свидетельствовало о низкой эффективности использования коечного фонда.

2. Удовлетворенность пациентов и их родственников условиями оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» до начала организационного эксперимента была на низком уровне: из 100 возможных баллов итоговая оценка удовлетворенности медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных условиях, составила всего 22,7 балла, в стационарных – 24,1 балла. Так, среди пациентов лишь 11% из получающих помощь в амбулаторных условиях и 18,0% из получающих помощь в стационарных условиях были удовлетворены условиями оказания услуг; 20,6 и 20,8% соответственно – открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях, на информационных стендах; 24,0 и 13,0% соответственно – комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации; 10,0 и 11,1% соответственно – удовлетворены доступностью услуг для инвалидов; 17,0 и 28,0% соответственно – отношением врача. Среди причин неудовлетворенности медицинской помощью пациенты выделили прежде всего санитарно-гигиенические условия пребывания в медицинской организации

и оказанные сервисные услуги, проблемы с записью на прием, с информированностью об услугах. Лица с ограниченными возможностями и родители отмечали отсутствие специальных условий для осмотра и пребывания пациентов в медицинской организации.

3. По мнению респондентов – организаторов здравоохранения – основными проблемами организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в Пензенской области являются следующие: недостаток государственного финансирования (85,7%), неэффективное взаимодействие амбулаторного и стационарного этапов оказания медицинской помощи (75,5%), недостаточность коечного фонда (67,4%), дефицит врачебных кадров (59,2%). Исследование мнения медицинских работников, принимающих непосредственное участие в оказании медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», выявило низкую удовлетворенность профессиональной деятельностью (31,1%). Врачи отмечали ограничения в назначении пациентам необходимых исследований и лекарственных препаратов, необеспеченность рабочего места всем необходимым для выполнения трудовых обязанностей, большую загруженность персонала.

4. Исследование затрат рабочего времени по видам деятельности врачей – челюстно-лицевых хирургов, оказывающих медицинскую помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в стационарных условиях эксперимента выявило, что врачи – челюстно-лицевые хирурги, в 2018 г. проводили на рабочем месте в среднем $9,75 \pm 0,1$ ч, что на 1,95 ч превышает установленное нормативное время. При этом было определено, что большую часть рабочего времени врача – челюстно-лицевого хирурга, круглосуточного стационара занимает основная деятельность (61,46%), на работу с документацией затрачивается 16,3%, на вспомогательную деятельность – 14,63%, на служебную деятельность – 4,59%; на прочую деятельность – 1,34%, на мероприятия личного характера – 0,86%; незагруженное время составило 0,82% от общего баланса рабочего времени. Установлены высокие затраты рабочего времени на несвойственные данной должности трудовые операции (переходы из отделения в отделение, консультация

и оформление пациентов в приемном отделении, выезды в другие медицинские организации для консультации).

5. Для оценки организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», на уровне медицинской организации, на региональном и федеральном уровнях экспертами-специалистами был сформирован Перечень из 64 показателей, 20 из которых имели высокий уровень значимости и согласованности мнений экспертов: оценку более 8 баллов, коэффициент конкордации 0,7 и более, коэффициент альфа Кронбаха 0,98.

6. Сравнительный анализ организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» на уровне субъектов Российской Федерации основан на расчете итогового интегрального показателя, который представляет собой сумму средних значений (баллов) из перечня показателей и составляет максимально 507,19 балла. До начала проведения организационного эксперимента выявлен стагнирующий уровень развития медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»: итоговый показатель интегральной оценки в Республике Мордовия составил 49,16 балла, в Пензенской области – 80,52 балла, в Ульяновской области – 105,12 балла, в Чувашской Республике – 113,6 балла.

7. Региональная Модель организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» состоит из четырех основных компонентов: организационно-структурный, организационно-функциональный, внутриведомственное взаимодействие, организация помощи по профилю ЧЛХ детям в возрасте от 0 до 17 лет и инвалидам. Организационно-структурный компонент включает создание Центра челюстно-лицевой хирургии для оказания медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара с соответствующим штатным расписанием. Организационно-функциональный компонент заключается в коррекции маршрутизации различных групп пациентов с учетом распределения обязанностей медицинских работников; определении порядка обращения пациентов на основе конкретизации деятельности всех структурных подразделений, участвующих в оказании медицинской помощи

по профилю «челюстно-лицевая хирургия». Компонент организации помощи по профилю ЧЛХ детям в возрасте от 0 до 17 лет и детям-инвалидам включает организацию коек для лечения детей и детей-инвалидов, введение должности врача-стоматолога детского, и врача – челюстно-лицевого хирурга, которые оказывают медицинскую помощь детям, а также внедрение механизма активного взаимодействия при выявлении патологии челюстно-лицевой области у плода и новорожденного. Компонент внутриведомственного взаимодействия реализован за счет введения должностей врачей – челюстно-лицевых хирургов, в четырех крупных медицинских организациях Пензенской области, что позволило уменьшить число рецидивов и осложнений; уменьшить сроки нетрудоспособности, сократить число выездов на консультации в другие медицинские организации и, соответственно, число непрофильных пациентов в отделении челюстно-лицевой хирургии.

8. Региональная модель организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» имеет высокую медико-социальную и экономическую эффективность. К 2023 гг. в Пензенской области повысилась доступность медицинской помощи по данному профилю: выросла обеспеченность населения койками челюстно-лицевой хирургии (с 0,24 до 0,33 на 10 тыс. нас.), на 76,4% увеличилось общее количество пролеченных пациентов, среди них увеличилась доля детей (с 9,9 до 38,6%), до 86,7%, увеличилось количество операций с повышенным уровнем сложности, одновременно произошло снижение показателя летальности до 0,09%, на 83,0% сократилось число предоперационных койко-дней. Организация дневного стационара, кабинетов амбулаторного приема детей, внедрение лечения зубов под наркозом для лиц с ментальными нарушениями привели к увеличению доступности медицинской помощи по данному профилю для детского населения и инвалидов.

Социальная эффективность внедренной Модели подтверждается результатами социологического исследования мнения пациентов и их родственников, которые свидетельствуют о том, что итоговая удовлетворенность условиями оказания медицинской помощи в амбулаторных и

стационарных условиях достоверно возросла в 2023 г. по сравнению с 2018 г. в 3,6 раза и 3,3 раза соответственно ($p < 0,01$). По мнению организаторов здравоохранения и медицинского персонала внедрение региональной Модели привело к улучшению доступности медицинской помощи для пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области в 2,2 раза. Внедрение Модели способствовало снижению нагрузки на врача – челюстно-лицевого-хирурга: в 2023 г. коэффициент использования рабочего времени за смену составил 0,98, в то время как в 2018 г. такое значение было получено при увеличении рабочей смены в среднем на 2 часа сверх нормативного, установлен факт снижения затрат времени на выполнение несвойственных врачу трудовых функций.

Об экономической эффективности Модели свидетельствует рост в 2023 г. в 4,4 раза показателя абсолютной экономической эффективности, с 0,73 до 1 коэффициента объема деятельности, с 0,8 до 1 коэффициента результативности, с 0,14 до 0,94 коэффициента социальной удовлетворенности, с 1,17 до 1,2 коэффициента экономичности отделения и увеличение тарифа за законченный случай.

Эффективность Модели подтверждается также тем, что после ее внедрения к 2023 г. в Пензенской области итоговый интегральный показатель увеличился в 5,0 раз (с 80,52 до 405,84 балла, $p < 0,001$), что позволило расценить уровень оказания помощи как развивающийся. В Республике Мордовия итоговый интегральный показатель возрос в 2,57 раза (с 49,16 до 126,35 балла), в Ульяновской области – 1,58 раза (с 105,12 до 166,32 балла), что по-прежнему соответствует стагнирующему уровню, в Чувашской Республике отмечен рост в 2,0 раза (с 113,6 до 227,99 балла), что соответствует стабильному уровню.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На уровне субъекта Российской Федерации рекомендуется:

1. Использовать разработанный перечень показателей и методику оценки итогового интегрального показателя, для определения уровня развития организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия».
2. Рассмотреть возможность организации Центров челюстно-лицевой хирургии, предусмотрев организацию в структуре отделений челюстно-лицевой хирургии коек для детей, кабинетов для проведения терапевтического лечения зубов под наркозом детям-инвалидам с ментальными нарушениями, а также дневной стационар.
3. Изучить мнение специалистов здравоохранения об организации помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» для определения экспертным путем проблем в организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» и путей их решения.
4. Организовать консультации беременных женщин врачом – челюстно-лицевым хирургом при выявлении патологии челюстно-лицевой области у плода, проведение осмотров новорожденных с врожденной патологией челюстно-лицевой области в амбулаторных условиях.

На уровне медицинской организации целесообразно:

1. Периодически проводить изучение удовлетворённости пациентов и родственников пациентов условиями оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия».
2. Проводить исследование затрат рабочего времени на отдельные виды деятельности врачей – челюстно-лицевых хирургов, оказывающих медицинскую помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в стационарных условиях для выявления несвойственных данной должности трудовых операций.

3. Изучать мнение медицинского персонала, оказывающего медицинскую помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в стационарных и амбулаторных условиях для выявления проблем, снижающих мотивацию персонала к результативному труду и стремлению совершенствовать лечебно-диагностические процессы.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь

ВНЧС – височно-нижнечелюстных суставов

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

ГБУЗ «КБ № 6 им. Г. А. Захарьина – государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина»

ГБУЗ «ОБСМЭ» – государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы»

ГБУЗ «ООКД» – государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной онкологический клинический диспансер»

ГБУЗ «ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова» – государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова»

ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» – государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»

ГВЗ – гнойно-воспалительные заболевания

ДИ – доверительный интервал

ДС – дневной стационар

ДТП – дорожно-транспортные происшествия

ЗНО – злокачественные новообразования

ИП – итоговый показатель

КСГ – клинико-статистические группы

КТ – компьютерная томография

ЛОР – оториноларингология

МКБ – Международная классификация болезней

МО – медицинская организация

МРТ – магнитно-резонансная томография

ОКДЦ – областной консультативно-диагностический центр

ОМС – обязательное медицинское страхование

ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии

ПФО – Приволжский федеральный округ

РИАМС «ПРОМЕД» – региональная информационно-аналитическая информационная система «ПРОМЕД»

СКТ – спиральная компьютерная томография

СТЦ – стационарзамещающие технологии

ТМК – телемедицинская консультация

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЦАОП – центр амбулаторной онкологической помощи

ЧЛО – челюстно-лицевая область

ЧЛХ – челюстно-лицевая хирургия

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям». 16.06.2019.
3. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 16 февраля 1995 г. № 33 «Об утверждении Положения об аттестации врачей, провизоров и других специалистов с высшим образованием в системе здравоохранения Российской Федерации».
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 декабря 2011 г. № 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 2012 г. № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями».
6. Министерства здравоохранения Российской Федерации Приказ от 15 ноября 2012 г. № 927н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком».
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 октября 2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 мая 2018 г. № 201н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка».

9. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 мая 2018 г. № 344н «Об утверждении Единого порядка расчета показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг организациями в сфере культуры, охраны здоровья, образования, социального обслуживания и федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы».

10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 июля 2018 г. № 442 «Об организации работы по обеспечению технической возможности выражения мнений пациентами о качестве условий оказания услуг медицинскими организациями на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации в сети "Интернет"»

11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 июня 2019 г. № 422н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "челюстно-лицевая хирургия"».

12. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15 июня 2020 г. № 337н «Об утверждении профессионального стандарта “Врач – челюстно-лицевой хирург”».

13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 августа 2021 г. № 866н «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность».

14. Письмо Минздрава России от 13.07.2018. № 16-3/3070965-4302.

15. Постановление Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2003 г. № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой должности и (или) специальности».

16. Постановление Правительства РФ 8 января 2018 г. № 1-п от «Об утверждении Стратегии безопасности дорожного движения в Российской Федерации на 2018–2024 годы».

17. Постановление Правительства Пензенской области от 22 декабря 2017 г. № 627-пп «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного

оказания гражданам медицинской помощи на территории Пензенской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».

18. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. – URL: <https://www.trbzdrav.ru/download/health-development-program-rf-2020.pdf>

19. Стратегия развития здравоохранения в РФ на период до 2025 года, утвержденная Указом Президента РФ от 06.06.2019 г. № 254.

20. Клинические рекомендации. – URL: https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2020/09/zno_polosti_rta.pdf

21. Регионы России: социально-экономические показатели 2019 / Федеральная служба государственной статистики (Росстат). – Москва, 2019.

22. Пензенская область 2019 в цифрах. 2020 / Федеральная служба государственной статистики (Росстат). – Пенза, 2020.

23. Мордовия: статистический ежегодник / Мордовиястат. – Саранск, 2019. – 438 с.

24. Социально-экономическое положение Чувашской Республики. – URL: https://21.rosstat.gov.ru/official_publications

25. Ульяновская область 2019 в цифрах. 2019 / Федеральная служба государственной статистики (Росстат). – Ульяновск, 2019.

26. Национальная система здравоохранения Великобритании // Медицинские новости. – 2011. – № 7. – С. 73–76.

27. Свидетельство о государственной регистрации Министерством юстиции Российской Федерации некоммерческой организации «Общероссийская общественная организация «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»» от 14 апреля 2017 г. регистрационный № 117770006351.

28. Абдуллина, Ю. А. Изучение проблем дозирования инъекционных лекарственных препаратов для общей анестезии при хирургических вмешательствах у детей / Ю. А. Абдуллина, С. Н. Егорова // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2022. – Т. 9, № 1. – С. 5–14.

29. Аксенова-Сорохтей, Ю. Н. К вопросу о качестве оказания медицинской помощи / Ю. Н. Аксенова-Сорохтей, Е. А. Барановская // Научный электронный журнал Меридиан. – 2020. – № 6 (40). – С. 213–215. – EDN: TYJGW

30. Алимов, Р. Р. Экономическая оценка эффективности работы стационарного отделения скорой медицинской помощи многопрофильного стационара / Р. Р. Алимов, А. Г. Мирошниченко, Е. Н. Пенюгина, Н. О. Рухляда, О. Г. Кисельгоф, Р. И. Миннуллин // Скорая медицинская помощь. – 2015. – Т. 16, № 1. – С. 53–57.

31. Альбицкий, В. Ю. Этапы развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в России в XIX–XX вв. / В. Ю. Альбицкий, Л. А. Закирова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2015. – № 3. – С. 14–16. – EDN: ZNOHCN

32. Ахметова, А. М. Анализ причин производственного травматизма в отдельных отраслях промышленности / А. М. Ахметова, В. С. Хомякова // Молодежь и наука. – 2022. – № 10. – EDN: RLERWZ

33. Бельченко, В. А. Маршрутизация пациентов с челюстно-лицевой патологией в условиях мегаполиса: вызовы и решения / В. А. Бельченко, И. В. Чантырь // Здоровье мегаполиса. – 2022. – № 3. – С. 46–57.

34. Беляков, А. В. Опыт Европейского союза в области регулирования здравоохранения / А. В. Беляков. – Москва : Юстицинформ, 2015. – 272 с.

35. Березовский, И. В. Некоторые аспекты экономики здравоохранения и эффективность здравоохранения : учебное пособие / И. В. Березовский, А. Г. Иванов. – Тверь : [б. и.], 2010.

36. Бойцов, С. А. Пути совершенствования амбулаторной медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях / С. А. Бойцов, Ю. Е. Ефремова, Н. В. Лазарева [и др.] // Национальное здравоохранение. – 2021. – Т. 2, № 4. – С. 5–11.

37. Вечорко, В. И. Распределение рабочего времени медицинских сестер, работающих на амбулаторном приеме с врачом-терапевтом, в поликлинике города Москвы / В. И. Вечорко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – № 2 (54). – С. 4. – EDN: YRHKKV

38. Власова, О. В. Исследование трудовых ресурсов учреждения здравоохранения / О. В. Власова // Биотехнология и биомедицинская инженерия : сборник материалов IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Курск, 2016. – С. 142–146.

39. Власова, О. В. Управление коечным фондом как инструмент повышения качества медицинских услуг / О. В. Власова // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2020. – Т. 9, № 1 (30). – С. 122–125. – doi: 10.26140/anie-2020-0901-0029 EDN: LVDCEB

40. Волкова, Н. И. Некоторые вопросы качества оказания медицинской помощи / Н. И. Волкова, А. В. Волков // Южно-Российский журнал терапевтической практики. – 2022. – Т. 3, № 4. – С. 116–124. – doi: 10.21886/2712-8156-2022-3-4-116-124 EDN: SFEWBC

41. Володина, В. Д. Мультиспиральная компьютерная томография в оценке эффективности неоадьювантной химиотерапии злокачественных новообразований полости рта и ротоглотки / В. Д. Володина, Н. С. Серова, И. В. Решетов, А. А. Бабкова // Российский электронный журнал лучевой диагностики. – 2023. – Т. 13, № 1. – С. 30–37.

42. Высоцкая, Е. С. Опыт позитивного использования койки в отделении дневного стационара ЛПУ / Е. С. Высоцкая, И. А. Бутырина, Н. Б. Давыдова, М. Ю. Мартынева // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2017. – № 1. – С. 34–37.

43. Гейнц, Н. В. Санитарная просвещенность населения – основа профилактики стоматологических заболеваний / Н. В. Гейнц, И. Д. Ушницкий, Н. В. Максименко [и др.] // Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера : сборник статей Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию Медицинского института Северо-Восточного федерального университета

имени М. К. Аммосова (Якутск, 01–02 июня 2017 г.). – Якутск : Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова, 2017. – С. 22–24.

44. Гильманова, Г. С. Анализ заболеваемости при переломах нижней челюсти в структуре стационарной помощи отделения челюстно-лицевой хирургии / Г. С. Гильманова, С. С. Ксембаев, А. А. Гильманов, О. А. Иванов // Вятский медицинский вестник. – 2021. – № 4 (72). – С. 78–82. – doi: 10.24412/2220-7880-2021-4-78-82 EDN: OKVPLV

45. Глявина, И. А. Характеристика и особенности травм лица и полости рта у детей в Нижегородской области по данным работы отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ НО «НОДКБ» / И. А. Глявина, С. Ю. Косюга, С. А. Паршикова, О. А. Слесарева // Вятский медицинский вестник. – 2019. – № 2 (62). – С. 5–7. – EDN: BZRHPN

46. Горчакова, Д. Ю. Практика применения государственно-частного партнерства в Великобритании / Д. Ю. Горчакова // Общество: политика, экономика, право. – 2017. – № 8. – С. 62–65.

47. Губин, М. А. У истоков отечественной челюстно-лицевой хирургии / М. А. Губин, Е. В. Кравчук, А. П. Будаев, А. Л. Громов, Е. Н. Корчагина // Оренбургский медицинский вестник. – 2016. – № 3 (15). – С. 8–13.

48. Демакина, А. А. Сущность и структура системы здравоохранения в России / А. А. Демакина, И. Д. Богомолова // Экономика и социум. – 2016. – № 12-1 (31). – С. 955–961.

49. Дудник, В. Ю. Модели развития системы здравоохранения: мировой опыт (обзор литературы) / В. Ю. Дудник // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 3 (1). – С. 60–64.

50. Дульцев, К. Н. Пути оптимизации оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (по данным госпитального этапа регистра "Рекорд-3") / К. Н. Дульцев, О. М. Лапин, М. А. Ощепкова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – С. 196.

51. Евсикова, Е. В. «Зацепинг», «спайсы» и «синий кит» – глобальные угрозы современной молодежи в контексте усовершенствования административно-

правовых и уголовно-правовых основ борьбы с ними / Е. В. Евсикова // Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского. Юридические науки. – 2017. – Т. 3 (69), № 4. – С. 72–87.

52. Ерошенко, А. Ю. Организация внутреннего контроля и применение критериев оценки качества медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара / А. Ю. Ерошенко, В. Ю. Мартиросов, С. В. Василькова [и др.] // Менеджмент качества в медицине. – 2019. – № 2. – С. 52–57. – EDN: SPBSCO

53. Есина, Е. А. Мировые модели систем здравоохранения. Стратегия цифрового развития здравоохранения / Е. А. Есина // Многополярный мир в фокусе новой действительности : материалы XIII Евразийского экономического форума молодежи (Екатеринбург, 24–28 апреля 2023 г.).– Екатеринбург : Уральский государственный экономический университет, 2023. – Т. 1. – С. 95–99. – EDN: HUPXAV

54. Железнякова, И. А. Методология оценки эффективности использования коечного фонда медицинских организаций / И. А. Железнякова, Л. А. Ковалева, Т. А. Хелисупали [и др.] // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2017. – Т. 10, № 4. – С. 37–43.

55. Желтенков, А. В. Особенности моделей функционирования систем здравоохранения в развитых странах / А. В. Желтенков // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Экономика. – 2019. – № 2. – С. 64–72.

56. Жоламанова, А. А. Влияние психотерапии на психосоматическую симптоматику у гастроэнтерологических больных / А. А. Жоламанова, Г. К. Каусова, Ж. А. Калматаева // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2014. – № 1. – С. 406–411.

57. Злокачественные новообразования в России в 2009 году: (Заболеваемость и смертность) / Министерство здравоохранения РФ. Центр информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии в составе МНИОИ им. П. А. Герцена / под редакцией В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – Москва : МНИОИ им. П. А. Герцена, 2011. – 259 с.

58. Зюкин, Д. А. Оптимизации системы управления медицинскими кадрами региона / Д. А. Зюкин, С. А. Беляев // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 11-6. – С. 1145–1148.

59. Ибрагимов, Ш. Р. Особенности повреждений челюстей / Ш. Р. Ибрагимов // Вопросы науки и образования. – 2020. – № 30. – С. 36–44.

60. Изюмов, А. О. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей / А. О. Изюмов, Е. В. Носкова, М. В. Колыбелкин, Е. Ю. Апраксина, Т. В. Бородина, И. В. Климова, К. С. Щелкунов // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2015. – № 5. – С. 43.

61. Кабанова, А. А. Анализ динамики антибиотикорезистентности возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области за период 2001–2016 гг. / А. А. Кабанова, Н. А. Мовсесян // Стоматология. Эстетика. Инновации. – 2018. – Т. 2, № 1. – С. 61–66.

62. Калининская, А. А. Дневные стационары: организация работы и объемы деятельности / А. А. Калининская, Л. М. Алиева, А. Н. Злобин, С. В. Антипенков // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2014. – № 2. – С. 8–14.

63. Калининская, А. А. Перспективное развитие стоматологической помощи в Белгородской области / А. А. Калининская, Б. В. Трифонов, Я. В. Морозова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2016. – № 3. – С. 41–46.

64. Камаев, И. А. Ребенок-инвалид: организация медико-социального обеспечения / И. А. Камаев, М. А. Позднякова; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Нижегородская государственная медицинская академия. – Нижний Новгород : Изд-во НГМА, 2004. – 301 с.

65. Каприн, А. Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году / А. Д. Каприн, В. В. Старинский, Г. В. Петрова. – Москва : ФГБОУ МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РФ, Российский Центр информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии, 2014. – 235 с.

66. Карпов, О. Э. Модели систем здравоохранения разных государств и общие проблемы сферы охраны здоровья населения / О. Э. Карпов, Д. А. Махнев // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. – 2017. – № 12 (3). – С. 92–100.

67. Киреев, В. В. Пародонтологическая помощь на амбулаторном стоматологическом приеме у пациентов пожилого возраста / В. В. Киреев, А. Е. Дорофеев, А. В. Севбитов [и др.] // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2023. – Т. 25, № 9. – С. 10–18.

68. Клачкова, А. В. Анализ статистики ДТП в Российской Федерации / А. В. Клачкова, Е. Д. Семенова // Инновационная наука. – 2020. – № 12. – С. 26–28.

69. Климов, Е. В. Современная модель организации неотложной медицинской помощи детям в условиях стационара / Е. В. Климов // Уральский медицинский журнал. – 2019. – № 6 (174). – С. 23–25. – doi: 10.25694/URMJ.2019.06.20 EDN: DKHKKK

70. Колоколов, А. В. Методологические аспекты оценки качества медицинской помощи / А. В. Колоколов // Вестник Университета имени О. Е. Кутафина (МГЮА). – 2021. – № 8 (84). – С. 44–52. – doi: 10.17803/2311-5998.2021.84.8.044-052 EDN: XDBDOK

71. Коломийченко, М. Е. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности при оказании паллиативной медицинской помощи: нормативное регулирование / М. Е. Коломийченко // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2020. – № 2. – С. 76–83. – doi: 10.25742/NRIPH.2020.02.011 EDN: SIZFUH

72. Комарова, Е. Ю. Оптимизация хирургического лечения местнораспространенного рака полости рта / Е. Ю. Комарова, М. А. Енгибарян, А. Б. Альникин [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2023. – № 5. – С. 25. – doi: 10.17513/spno.32981 EDN: LSFCFE

73. Коновалов, П. П. Опыт работы многопрофильного стационара в условиях массового поступления больных COVID-19 / П. П. Коновалов, И. А. Шперлинг, О. В. Арсентьев [и др.] // Пермский медицинский журнал. – 2021. – Т. 38, № 3. – С. 122–130.

74. Кочурова, Е. В. Современные подходы к диагностике и комплексному лечению новообразований челюстно-лицевой области / Е. В. Кочурова, В. Н. Николенко, В. А. Кочуров // Российский онкологический журнал. – 2017. – Т. 22, № 2. – С. 101–106. – doi: 10.18821/1028-9984-2017-22-2-101-106

75. Кривенко, Н. В. Модель гармоничного развития регионального здравоохранения на основе эффективного взаимодействия системы здравоохранения и социально-экономической системы региона / Н. В. Кривенко, С. Е. Шипицына, В. Г. Крылов, А. Г. Басов // Экономический анализ: теория и практика. – 2021. – Т. 20, № 11 (518). – С. 2053–2073. – doi: 10.24891/ea.20.11.2053 EDN: FPCWPW

76. Крохмаль, С. В. Факторы, приводящие к возникновению челюстно-лицевой травмы и к ее осложнениям / С. В. Крохмаль, А. С. Карпов, А. И. Раевская [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 5. – С. 146.

77. Крылов, А. Н. Профессиональные стандарты. Особенности работы с профессиональными стандартами / А. Н. Крылов, Т. В. Кустов // IV Форум Стратегическое партнерство университетов и предприятий высокотехнологичных отраслей (Наука. Образование. Инновации) : сборник трудов конференции. – Санкт-Петербург, 2015. – С. 61–63. – doi: 10.1109/IVForum.2015.7388254

78. Кряжинова, И. А. Скрининговое анкетирование на стоматологическом приеме для выявления риска развития онкологической патологии (на примере Московской области) / И. А. Кряжинова, В. В. Садовский, Е. Е. Олесов [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2020. – Т. 24, № 1. – С. 51–54. – doi: 10.18821/1728-2802-2020-24-1-51-54 EDN: OJWNET

79. Ксембаев, С. С. «Челюстно-лицевая хирургия и стоматология XXI века», I Евразийский конгресс, Казань / С. С. Ксембаев, Р. А. Салеев, О. Е. Торгашова [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2019. – Т. 100, № 3. – С. 542–544. – EDN: DRAKTV

80. Кулаков, А. А. Кадровое обеспечение трехуровневой модели системы управления оказанием медицинской помощи пациентам с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области / А. А. Кулаков, А. С. Багненко, Т. В. Брайловская [и др.] // Медицинский вестник МВД. – 2023. – Т. 126, № 5 (126). – С. 2–6. – doi: 10.52341/20738080_2023_126_5_2 EDN JVDHVC

81. Кулаков, А. А. Обеспечение населения кадрами врачей по профилю «челюстно-лицевая хирургия» / А. А. Кулаков, В. Г. Бутова, З. А. Снурницына, А. Н. Куликова // Стоматология. – 2018. – № 97 (1). – С. 4–8.

82. Кулаков, А. А. Разработка критериев качества медицинской помощи в челюстно-лицевой хирургии / А. А. Кулаков, В. Г. Бутова, Т. З. Чкадуа // Стоматология. – 2015. – № 94 (2). – С. 20–22.

83. Кулаков, А. А. Роль врачей-хирургов, врачей-травматологов и хирургов-стоматологов в повышении доступности медицинской помощи пациентам с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области / А. А. Кулаков, Ф. Ф. Лосев, А. С. Багненко [и др.] // Институт стоматологии. – 2023. – № 3 (100). – С. 19–21. – EDN: PJSMHW

84. Кулаков, А. А. Трехуровневая система оказания медицинской помощи в Российской Федерации по профилю «челюстно-лицевая хирургия» / А. А. Кулаков, Ф. Ф. Лосев, Т. В. Брайловская [и др.] // Институт стоматологии. – 2023. – № 3 (100). – С. 16–18.

85. Куркубет, Н. Ю. Анализ тенденций изменений детской инвалидности в Российской Федерации и Свердловской области / Н. Ю. Куркубет, А. С. Березина, А. В. Казанцева // Вестник УГМУ. – 2020. – № 3. – С. 65–68.

86. Лазарев, В. Н. Организация специализированного центра на базе лечебно-поликлинического учреждения для пациентов гастроэнтерологического профиля / В. Н. Лазарев, О. В. Захарова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Т. 6, № 5. – С. 9–12.

87. Лебедев, М. В. Анализ структурно-организационной перестройки медицинской помощи детской челюстно-лицевой хирургии в Пензенском регионе в 2021 году / М. В. Лебедев, И. Ю. Захарова, К. И. Керимова // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23, № 9. – С. 76–82. – doi: 10.26787/nydha-2686-6838-2021-23-9-76-82 EDN: FSJNAG

88. Лебедев, М. В. Анкетирование челюстно-лицевых хирургов как один из методов оценки качества оказания специализированной помощи по челюстно-лицевой хирургии / М. В. Лебедев, И. Ю. Захарова, К. И. Керимова, Ю. А. Абдуллина // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2021. – № 4 (72). – С. 56–63.

89. Лебедев, М. В. Динамика общей детской инвалидности и статистический анализ оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» данной группе пациентов в Пензенском регионе за 2017–2019 гг. / М. В. Лебедев, И. М. Сон, И. Ю. Захарова, К. И. Керимова // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 5 (188). – С. 225–228.

90. Лебедев, М. В. Дневной стационар – возможная альтернатива круглосуточному стационару в оказании медицинской помощи пациентам по профилю «челюстно-лицевая хирургия» / М. В. Лебедев, К. И. Керимова // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 9 (192). – С. 128–132.

91. Лебедев, М. В. Инвалидизация населения вследствие перенесенных злокачественных процессов челюстно-лицевой области и шеи / М. В. Лебедев, И. Ю. Захарова // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 6 (189). – С. 180–185.

92. Лебедев, М. В. Междисциплинарный подход в оказании помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области в условиях центра челюстно-лицевой хирургии / М. В. Лебедев, И. Ю. Захарова // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23, № 6. – С. 261–267.

93. Лебедев, М. В. Недостатки в организации амбулаторно – поликлинической службы по профилю «челюстно-лицевая хирургия» взрослому и детскому населению в ГБУЗ Пензенской областной клинической больнице

им. Н. Н. Бурденко за период 2018–2020 гг. / М. В. Лебедев, И. Ю. Захарова // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23, № 7. – С. 6–12.

94. Лебедев, М. В. Некоторые вопросы к обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения отделения челюстно-лицевой хирургии многопрофильной медицинской организации / М. В. Лебедев, Ю. А. Абдуллина // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 7 (190). – С. 163–168.

95. Лебедев, М. В. Нерациональное использование лекарственных средств в медицинских организациях Приволжского федерального округа (на примере ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», при оказании специализированной помощи детям в условиях взрослого отделения челюстно-лицевой хирургии) / М. В. Лебедев, Ю. А. Абдуллина, И. Ю. Захарова // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23, № 5. – С. 168–175.

96. Лебедев, М. В. Оптимизация оказания специализированной медицинской помощи пациентам с новообразованиями челюстно-лицевой области на территории Пензенской области России / М. В. Лебедев, К. И. Керимова // Biomedical Photonics. – 2021. – Т. 10, № 1. – С. 32–38.

97. Лебедев, М. В. Организационная модель помощи детям-инвалидам с патологией челюстно-лицевой области и стоматологическими заболеваниями, разработанная по итогам анкетирования родителей на базе отделения челюстно-лицевой хирургии Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко / М. В. Лебедев, И. Ю. Захарова // Российский стоматологический журнал. – 2021. – Т. 25, № 2. – С. 193–199.

98. Лебедев, М. В. Результаты внедрения оптимизированной системы маршрутизации взрослого и детского населения с патологией челюстно-лицевой области на территории Пензенского региона в 2020–2021 гг. / М. В. Лебедев, К. И. Керимова // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23, № 5. – С. 241–247.

99. Лебедев, М. В. Роль специализированных центров челюстно-лицевой хирургии в структуре многопрофильных медицинских организаций стран мира / М. В. Лебедев, К. И. Керимова, И. Ю. Захарова // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 9 (192). – С. 34–38.

100. Лебедев, М. В. Система маршрутизации пациентов при оказании специализированной медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» на территории Пензенской области и способы ее оптимизации / М. В. Лебедев, И. М. Сон, К. И. Керимова, И. Ю. Захарова // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 7 (190). – С. 145–149.

101. Лебедев, М. В. Система оказания медицинской помощи населению по профилю «челюстно-лицевая хирургия» на территории Российской Федерации / М. В. Лебедев, К. И. Керимова, И. Ю. Захарова, Н. А. Бахтурин // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 1. – С. 383–402.

102. Лебедев, М. В. Совершенствование процессного подхода в маршрутизации пациентов со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области на территории Пензенской области в 2021 году / М. В. Лебедев, К. И. Керимова, И. Ю. Захарова // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23, № 7. – С. 149–155.

103. Лебедев, М. В. Специализированная медицинская помощь пациентам со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области в Пензенском регионе России / М. В. Лебедев, Ю. А. Абдуллина, И. Ю. Захарова // Biomedical Photonics. – 2021. – Т. 10, № 3. – С. 23–31.

104. Лебедев, М. В. Сравнительная характеристика затрат рабочего времени врача – челюстно-лицевого хирурга, оказывающего помощь в стационарных условиях, в условиях организационного эксперимента / М. В. Лебедев, И. М. Сон, Л. И. Меньшикова, И. Х. Цечоева // Менеджер здравоохранения. – 2024. – № 7. – С. 28–38. – doi: 10.21045/1811-0185-2024-7-28-38

105. Лебедев, М. В. Фотохронометраж рабочего времени как метод определения недостатков организации трудового процесса врачей – челюстно-лицевых хирургов отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко» в 2020 году / М. В. Лебедев, К. И. Керимова // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 12 (195). – С. 144–148.

106. Лебедев, М. В. Экономическая эффективность региональной модели по профилю «челюстно-лицевая хирургия» на основании системного подхода / М. В. Лебедев, И. Ю. Захарова, Н. А. Бахтурин // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2023. – Т. 25, № 8. – С. 11–15.

107. Лебедев, М. В. Экспертные подходы к оценке организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» на региональном уровне / М. В. Лебедев, И. М. Сон, Л. И. Меньшикова, А. В. Гажева, И. Х. Цечоева // Менеджер здравоохранения. – 2024. – № 6. – С. 40–49. – doi: 10.21045/1811-0185-2024-6-40-49/

108. Ли, М. В. Независимая оценка качества оказания медицинской помощи в многопрофильном стационаре / М. В. Ли, С. Н. Бениова, П. Ф. Кикус [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 9. – С. 21–33. – doi: 10.21045/1811-0185-2021-9-21-33 EDN: APNWWQ

109. Лукьянцева, Д. В. Подходы к оптимизации оказания первичной медико-санитарной помощи / Д. В. Лукьянцева, И. А. Железнякова, И. В. Тюрина // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2017. – № 4 (30). – С. 53–61.

110. Луницына, Ю. В. Факторы риска развития злокачественных новообразований слизистой оболочки рта (обзор литературы). Часть 2. Экзогенные факторы / Ю. В. Луницына, А. Ф. Лазарев, С. И. Токмакова, О. В. Бондаренко // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2023. – Т. 23, № 4 (88). – С. 397–404. – doi: 10.33925/1683-3031-2023-624 EDN: PCXDBR

111. Лысенко, К. Ю. Исследование динамики детской инвалидности в России за 2000–2015 гг. / К. Ю. Лысенко, А. Д. Трифонова // Молодой ученый. – 2016. – № 14 (118). – С. 359–362. – URL: <https://moluch.ru/archive/118/32747/> (дата обращения: 10.03.2024).

112. Люцко, В. В. Затраты рабочего времени врачей-педиатров участковых при посещении одним пациентом / В. В. Люцко, И. М. Сон, М. А. Иванова [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 1. – С. 210–222.

113. Максимова, Л. В. Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран / Л. В. Максимова, В. В. Омеляновский, М. В. Сура // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2014. – № 1 (15). – С. 37–45.

114. Мамедов, А. А. Междисциплинарное оказание помощи новорожденным с расщелиной губы и нёба в условиях детской многопрофильной больницы / А. А. Мамедов, Ю. О. Волков, А. А. Корсунский, С. А. Паршикова, Л. А. Мазурина, Л. М. Макарова, Ю. В. Жиркова, Г. П. Тукабаев, Г. Ма, Х. Го, Н. В. Горлова // Лечащий врач. – 2021. – № 8 (24). С. 39–44.

115. Маслова, О. П. Разработка концепции и бизнес-плана развития лечебного учреждения / О. П. Маслова, А. В. Вавилов // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – № 4. – С. 60–66.

116. Матвейчик, Т. В. Медицинская помощь и модели ее оказания медицинскими сестрами в современных условиях / Т. В. Матвейчик // Медицинские новости. – 2017. – № 3. – С. 22–27.

117. Матчин, А. А. Совершенствование лечебной помощи пациентам с переломами нижней челюсти / А. А. Матчин, Е. В. Носов, А. А. Стадников, Г. В. Клевцов // Паринские чтения 2020. Актуальные вопросы диагностики, лечения и диспансеризации пациентов с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи : сборник трудов Национального конгресса с международным участием (Минск, 7–8 мая 2020 г.). – Минск, 2020. – С. 391–395.

118. Межевика, Г. С. Нормативное правовое регулирование оказания медицинской помощи больным с предраковыми состояниями и злокачественными новообразованиями органов и тканей рта в Рязанской области / Г. С. Межевика, В. Д. Вагнер, Е. А. Лавренюк // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2023. – Т. 11, № 2. – С. 289–297.

119. Мельник, И. А. Классификация моделей здравоохранения. Мировой опыт становления систем здравоохранения / И. А. Мельник // Аспирант. – 2016. – № 2 (18). – С. 93–100.

120. Миранович, С. И. Медицинская тактика лечения пациентов с сочетанной травмой челюстно-лицевой области / С. И. Миранович, Н. Н. Черченко // Современная стоматология. – 2021. – № 3 (84). – С. 31–33.

121. Москвичева, М. Г. Анализ результатов независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями Челябинской области, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях / М. Г. Москвичева, М. М. Полинов // Вестник Челябинской областной клинической больницы. – 2019. – № 2 (44). – С. 42–49. – EDN SBBNWA

122. Наджафова, М. Н. Тенденции в использовании трудовых ресурсов в системе здравоохранения региона / М. Н. Наджафова // Университетская наука: взгляд в будущее : материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 81-летию Курского государственного медицинского университета и 50-летию фармацевтического факультета : в 3 т. / под редакцией В. А. Лазаренко, П. В. Ткаченко, П. В. Калущкого, О. О. Куриловой. – Курск, 2016. – С. 79–82.

123. Наджафова, М. Н. Трудовые ресурсы как фактор повышения эффективности функционирования отрасли здравоохранения / М. Н. Наджафова // Научный альманах Центрального Черноземья. – 2014. – № 2. – С. 146–148.

124. Назарова, Е. О. Клинико-нейрофизиологические особенности сочетанных травм / Е. О. Назарова, С. М. Карпов, А. Э. Апагуни, А. С. Карпов, С. В. Крохмаль // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2019. – Т. 14, № 3. – С. 486–489.

125. Никитин, А. А. Организационно-методические подходы к оказанию помощи больным с челюстно-лицевыми травмами, практикуемые в Московской области / А. А. Никитин, А. М. Сипкин, Д. В. Ахтямов // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2017. – № 3 (29). – С. 59–64.

126. Нугман, А. М. Анализ моделей и способов финансирования системы здравоохранения / А. М. Нугман // Национальные экономические системы

в контексте формирования глобального экономического пространства : сборник научных трудов (Симферополь, 2 апреля 2021 г.) / под общей редакцией З. О. Адамановой. – Симферополь: Издательство Типография «Ариал», 2021. – Т. 7. – С. 526–529. – EDN: MWXBBA

127. Орлов, А. Е. Управление коечным фондом как инструмент повышения качества медицинской помощи в городской многопрофильной больнице / А. Е. Орлов // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 7-2. – С. 424–427.

128. Панкратов, А. С. Вопросы клинической эффективности современных технологий остеосинтеза нижней челюсти / А. С. Панкратов // Клиническая стоматология. – 2018. – № 1. – С. 44–49.

129. Папеева, К. О. Качественная характеристика трудовых ресурсов здравоохранения в России на современном этапе / К. О. Папеева, И. В. Подушкина, А. В. Костромичев, С. Е. Квасов, А. С. Дьяков // Медицинский альманах. – 2014. – № 3 (33). – С. 10–13.

130. Пенькова, Н. В. Эффективность использования трудовых ресурсов в системе здравоохранения региона / Н. В. Пенькова // Моделирование и прогнозирование развития отраслей социально-экономической сферы : материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Курск, 2016. – С. 48–54.

131. Пироговский, М. Л. Анализ состояния и кадровых ресурсов деятельности пищеблоков лечебно-профилактических учреждений / М. Л. Пироговский, И. Л. Леонтьев, Н. В. Брыксина // Вестник уральской медицинской академической науки. – 2014. – № 1 (47). – С. 11–12.

132. Пискунова, С. Г. Совершенствование практических навыков медицинского персонала по оказанию неотложной стационарной медицинской помощи детям / С. Г. Пискунова, Д. В. Прометной, Е. А. Беседина, Н. Н. Приходько // Педиатр. – 2019. – Т. 10, № 1. – С. 71–78. – doi: 10.17816/PED10171-78 EDN: NGNTOX

133. Попова, Н. М. Эффективность ранней помощи в профилактике детской инвалидности в системе комплексной реабилитации и абилитации детей раннего возраста / Н. М. Попова, Л. В. Чеснокова // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2023. – № 4. – С. 35–40.

134. Прохвятилов, Г. И. Ресурсное обеспечение оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой челюстно-лицевой области / Г. И. Прохвятилов, Д. Ш. Девдариани, А. С. Багненко [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2011. – Т. 12, № 3. – С. 48–51. – EDN: ONSAUZ

135. Репринцева, Е. В. Об организационно-экономических аспектах использования трудовых ресурсов в системе здравоохранения / Е. В. Репринцева, Н. М. Сергеева // Иннов: электронный научный журнал. – 2017. – № 4 (33). – С. 35.

136. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Часть 1. Медицинские кадры / под редакцией Г. А. Александровой, Н. А. Голубева, Е. М. Тюриной, Е. В. Огрызко, Е. А. Шелеповой. – Москва, 2019.

137. Роговой, М. А. Классификация труда медицинских работников и методы его измерения / М. А. Роговой. – Москва : [б. и.], 1969. – Т. 1.

138. Руголь, Л. В. Некоторые итоги реформирования здравоохранения / Л. В. Руголь, И. М. Сон, В. И. Стародубов, А. В. Погонин // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – № 64 (6). – С. 1.

139. Руголь, Л. В. Применение метода экспертных оценок для обоснования мероприятий по совершенствованию организации работы центральных районных больниц / Л. В. Руголь, Л. И. Меньшикова, И. М. Сон // Профилактическая медицина. – 2022. – Т. 25, № 4. – С. 19–28.

140. Руголь, Л. В. Проблемы организации стационарной медицинской помощи и подходы к ее модернизации / Л. В. Руголь, И. М. Сон, В. И. Стародубов, Л. И. Меньшикова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, № 1. – С. 1. – doi: 10.21045/2071-5021-2020-66-1-1 EDN: ACUMXY

141. Савинкина, Л. А. Проблема дефицита медицинских кадров и пути ее решения / Л. А. Савинкина, Т. С. Шепелова // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – С. 569.

142. Самойлова, И. Г. Разработка критериев качества оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации детей / И. Г. Самойлова, О. Г. Хурцилава, И. Н. Лесная // Профилактическая и клиническая медицина. – 2019. – № 1 (70). – С. 10–16. – EDN: FАНХОZ

143. Самохвалов, И. М. Анестезиологическая и реаниматологическая помощь пострадавшим с политравмой / И. М. Самохвалов, А. В. Щеголев, С. В. Гаврилин [и др.]. – Санкт-Петербург : ИнформМед, 2013. – 142 с.

144. Севбитов, А. В. Индивидуальные защитные зубные шины для спортсменов, принимающих участие в контактных видах спорта / А. В. Севбитов, Е. Е. Ачкасов, Е. Ю. Канукоева, В. В. Борисов, О. А. Султанова // Спортивная медицина: наука и практика. – 2014. – № 2. – С. 42–46.

145. Севбитов, А. В. Средства профилактики травм челюстно-лицевой области у спортсменов / А. В. Севбитов, В. В. Борисов, Е. Ю. Канукоева // Dental Forum. – 2014. – № 1. – С. 43–44.

146. Сергеева, Н. М. Мотивация медицинских кадров как фактор развития учреждений здравоохранения / Н. М. Сергеева // Иннов: электронный научный журнал. – 2017. – № 3 (32). – С. 4.

147. Сергеева, Н. М. О повышении эффективности процессов оптимизации коечного фонда в Курской области / Н. М. Сергеева // Иннов: электронный научный журнал. – 2018. – № 1 (34). – С. 4.

148. Сергеева, Н. М. Обеспеченность врачами как критерий социально-экономического потенциала отдельных территорий региона / Н. М. Сергеева // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2021. – Т. 10, № 3 (36). – С. 336–338. – doi: 10.26140/anie-2021-1003-0078 EDN: XMFRYF

149. Сипкин, А. М. Приоритетные направления совершенствования специализированной хирургической помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в Московской области / А. М. Сипкин, И. А. Кряжинова, В. П. Лапшин // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2018. – № 3 (33). – С. 36–41. – doi 10.31556/2219-0678.2018.33.3.036-041 EDN: XYUWJN

150. Слободской, Г. В. Оптимизация процесса госпитализации в медицинской организации третьего уровня медицинской помощи с использованием процессного подхода / Г. В. Слободской, М. И. Хаткевич, С. А. Шутова // Врач и информационные технологии. – 2015. – № 4. – С. 43–50.

151. Соколов, А. А. Анализ международной практики модернизации национальных систем здравоохранения / А. А. Соколов // Научный вестник Южного института менеджмента. – 2017. – № 2. – С. 96–103.

152. Сон, И. М. Анализ распределения рабочего времени медицинских сестер палатных отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ «Пензенская областная больница им. Н. Н. Бурденко» / И. М. Сон, А. В. Гажева, М. В. Лебедев, К. И. Керимова, И. Ю. Захарова // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 5 (188). – С. 221–224.

153. Сон, И. М. Итоги и проблемы развития стационарозамещающих технологий при оказании медицинской помощи детскому населению / И. М. Сон, Л. В. Руголь, Н. А. Голубев, С. И. Шляфер // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 2. – С. 173–196.

154. Сон, И. М. Опыт маршрутизации онкологических больных в Свердловской области и республике Татарстан / И. М. Сон, И. В. Ларичева, В. Б. Шаманский, Р. Ш. Хасанов, К. Т. Шакиров, С. Е. Габитова // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 10. – С. 6–17.

155. Сон, И. М. Организационная особенность оказания стоматологической и челюстно-лицевой помощи инвалидам за рубежом / И. М. Сон, В. В. Люцко, М. В. Лебедев, И. Ю. Захарова, К. И. Керимова // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 4 (187). – С. 121–129.

156. Сон, И. М. Основные проблемы в организации и оказании челюстно-лицевой и стоматологической помощи инвалидам / И. М. Сон, М. В. Лебедев, И. Ю. Захарова, К. И. Керимова, Н. А. Бахтурин // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 1 (184). – С. 147–153.

157. Сон, И. М. Трудности и недостатки в профессиональной деятельности среднего медицинского персонала на примере медицинской сестры отделения челюстно-лицевой хирургии / И. М. Сон, А. В. Гажева, М. В. Лебедев, К. И. Керимова, И. Ю. Захарова, Н. А. Бахтурин // Наука и инновации в медицине. – 2020. – Т. 5, № 2. – С. 111–118.

158. Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году / под редакцией А. Д. Каприна, В. В. Старинского, А. О. Шахзадовой. – Москва : МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2022. – 239 с. – ISBN 978-5-85502-275-9

159. Старшинин, А. В. Научное обоснование маршрутизации пациентов с атеросклерозом брахиоцефальных артерий в рамках проекта «Здоровая Москва» / А. В. Старшинин, А. С. Безымянный, В. М. Гринин, Э. Н. Мингазова // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 8. – С. 17–23.

160. Старшинин, А. В. О необходимости соблюдения индивидуального подхода при маршрутизации пациентов с атеросклерозом брахиоцефальных артерий в рамках проекта «Здоровая Москва» / А. В. Старшинин, А. С. Безымянный, В. М. Гринин, Э. Н. Мингазова // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 9. – С. 11–17.

161. Суслин, С. А. Увеличение коечной мощности стационара как механизм повышения его эффективности / С. А. Суслин, А. В. Вавилов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2017. – № 4. – С. 214–215.

162. Суслин, С. А. Характеристика удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в стационарных условиях / С. А. Суслин, П. В. Тимяшев, А. В. Вавилов, С. Х. Садреева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2022. – № 3. – С. 27–34.

163. Сухинин, М. В. Стратегические аспекты управления качеством лечебно-профилактических учреждений / М. В. Сухинин // Экономика строительства и городского хозяйства. – 2016. – Т. 12, № 4. – С. 199–204.

164. Сысолятин, П. Г. Из истории развития отечественной челюстно-лицевой хирургии. Часть 3 / П. Г. Сысолятин, С. П. Сысолятин, Н. М. Воеводин, О. Д. Байдик // Российский стоматологический журнал. – 2021. – Т. 25, № 3. – С. 275–284.

165. Сысолятин, П. Г. История развития хирургии височно-нижнечелюстного сустава / П. Г. Сысолятин, С. П. Сысолятин, О. Д. Байдик, О. В. Ильенок // Бюллетень сибирской медицины. – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 98–111. – doi: 10.20538/1682-0363-2016-2-98-111

166. Терехова, Т. Н. Анализ стоматологического статуса детей, нуждающихся в преждевременном удалении временных зубов / Т. Н. Терехова, А. В. Бутвиловский, Н. И. Петрович, А. Л. Володкевич, Д. Л. Володкевич // Современная стоматология. – 2020. – № 1 (78). – С. 54–58.

167. Толмачев, Д. А. Укомплектованность амбулаторно-поликлинических отделений медицинских организаций врачами функциональной диагностики в РФ, 2012–2017 гг. / Д. А. Толмачев, И. М. Сон, М. А. Иванова, Н. М. Попова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019. – Т. 18, № 1. – С. 143–149.

168. Тулеуов, К. Т. Особенности неогнестрельных ран и их первичная хирургическая обработка челюстно-лицевой области / К. Т. Тулеуов, М. И. Вансванов, К. С. Бименов, М. Ш. Исаков, Н. Б. Мадраимов, А. С. Ажибеков, В. Г. Ким // Вестник хирургии Казахстана. – 2014. – № 2 (38). – С. 33–37.

169. Умаров, О. М. Особенности сочетанной травмы челюстно-лицевой области / О. М. Умаров // Вестник экстренной медицины. – 2016. – № 1. – С. 38–40.

170. Ургуналиев, Б. К. Медико-социальные аспекты травматизма челюстно-лицевой области (обзор литературы) / Б. К. Ургуналиев, А. Р. Цой, У. К. Курамаева // Российская стоматология. – 2019. – Т. 12, № 1. – С. 23–27.

171. Фомин, А. В. Стационарзамещающие технологии в хирургии. Вопросы преподавания / А. В. Фомин // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2016. – Т. 15, № 1. – С. 106–113.

172. Хабибулин, Б. Р. Оценка эффективности организации стационарной медицинской помощи сельских муниципальных образований Ульяновской области / Б. Р. Хабибулин, В. И. Горбунов // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2012. – № 4. – С. 63–68. – EDN: PWEBGL

173. Хасанов, А. И. Современные методы остеосинтеза нижней челюсти / А. И. Хасанов, А. А. Хакимов, Д. М. Абобакиров // Stomatologiya. – 2020. – № 1. – С. 82–87.

174. Храмова, Н. В. Структура травм челюстно-лицевой области по данным клинической больницы скорой медицинской помощи (Республика Узбекистан) / Н. В. Храмова // Вестник науки и образования. – 2020. – № 12. – С. 98–100.

175. Чеснокова, Л. В. Технологии оказания медицинской помощи и реабилитационных услуг детям с инвалидностью, проживающим в сельской местности / Л. В. Чеснокова, А. В. Попов, А. М. Шабардин, Н. М. Попова // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2024. – № 1. – С. 48–55.

176. Шарипова, Р. Н. Разработка экономико-математической модели системы финансового обеспечения здравоохранения / Р. Н. Шарипова, А. И. Селезнева // Экономика и управление: научно-практический журнал. – 2020. – № 4 (154). – С. 78–81. – doi: 10.34773/EU.2020.4.17 EDN: FRYNJK

177. Шевченко, Л. В. Распространенность челюстно-лицевой патологии в Белгородской области / А. Ю. Шевченко, В. Н. Шамборский, А. В. ИONOва // Научный альманах. – 2017. – № 2-3 (28). – С. 414–417. – doi: 10.17117/na.2017.02.03.414 EDN: YISTKZ

178. Шейман, И. Эволюционирующая модель первичной медико-санитарной помощи им. Семашко: на примере Российской Федерации / И. Шейман, С. Шишкин, В. Шевский // Управление рисками и политика в области здравоохранения. – 2018. – № 11.

179. Шляфер, С. И. Оказание стационарной медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста в Российской Федерации / С. И. Шляфер // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 2. – С. 238–244.

180. Шовкун, Н. В. Организация стоматологической помощи детям-инвалидам / Н. В. Шовкун, А. В. Фомина // Качество оказания медицинской стоматологической помощи: способы достижения, критерии и методы оценки : сборник статей Международной научно-практической конференции (Казань, 17–18 марта 2016 г.). – Казань : Казанский (Приволжский) федеральный университет, 2016. – С. 216–221.

181. Щепилина, Е. С. Организационно-методические подходы к управлению лекарственной безопасностью в медицинских организациях / Е. С. Щепилина, М. Г. Москвичева // Непрерывное медицинское образование и наука. – 2022. – Т. 17, № 3. – С. 14–20. – EDN GRWHZB

182. Щукина, О. Б. Организация специализированных подразделений – центров ВЗК как путь оптимизации медицинской помощи пациентам с язвенным колитом и болезнью Крона / О. Б. Щукина, В. В. Григорян // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2017. – № 10 (146). – С. 116–123.

183. World Health Organization. Global status report on violence prevention. – URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/ (дата обращения: 01.10.2023)

184. World Health Organization. Injuries and violence: the facts. – URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149798/1/9789241508018eng.pdf> (дата обращения: 01.10.2023).

185. Directive 2001/19/EC of the European Parliament and of the Council of 14 May 2001 amending Council Directives 89/48/EEC and 92/51/EEC on the general system for the recognition of professional qualifications and Council Directives 77/452/EEC, 77/453/EEC, 78/686/EEC, 78/687/EEC, 78/1026/EEC, 78/1027/EEC, 80/154/EEC, 80/155/EEC, 85/384/EEC, 85/432/EEC, 85/433/EEC and 93/16/EEC

concerning the professions of nurse responsible for general care, dental practitioner, veterinary surgeon, midwife, architect, pharmacist and doctor (Text with EEA relevance.). – URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX%3A32001L0019>

186. Euro Health Consumer Index. – URL: https://www.reddit.com/r/europe/comments/cmuf17/euro_health_consumer_index_2018/

187. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Head and Neck Cancers. – Version 1. – 2016.

188. Baus-Domínguez, M. Clinical practice guideline of the Spanish society of oral surgery for dental care in patients with oral cancer / M. Baus-Domínguez, M. Rizo-Gorrita, C. Herráez-Galindo, S. Bakkali, Í. Fernández-Figares-Conde, M. Á. Serrera-Figallo, A. Gutiérrez-Corrales, C. Vázquez-Pachón, J. Alberdi-Navarro, A. Uribarri-Etxebarria, L. Bagán-Debón, M. Sánchez-Garcés // *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. – 2024. – Vol. 29 (1). – P. e67–e77. – doi: 10.4317/medoral.26064 PMID: 37330955 PMCID: PMC10765341

189. Blumel, M. Germany: health system review / M. Blumel, A. Spranger, K. Achstetter, A. Maresso, R. Busse // *Health Systems Transit*. – 2020. – Vol. 22 (6). – P. 1–272.

190. Haas, S. M. The Economics of Health: An Overview of the American Healthcare System / S. M. Haas, J. Sanjana, L. K. Brendan // *Evaluating Challenges and Opportunities for Healthcare Reform*. – 2020. – Vol. 2. – P. 100–124.

191. Kanavos, P. Latin America Healthcare System Overview. The United States healthcare system: Overview, driving forces, and outlook for the future / P. Kanavos, G. C. Parkin, B. Kamphuis, J. Gill // *Health Administration Press*, 2021.

192. Kansy, K. Microsurgical reconstruction of the head and neck-current concepts of maxillofacial surgery in Europe / K. Kansy, A. A. Mueller, T. Mücke, J. B.Kopp, F. Koersgen, K. D. Wolff, H. F. Zeilhofer, F. Hölzle, W. Pradel, M. Schneider, A. Kolk, R. Smeets, J. Acero, J. Hoffmann ; DÖSAK Collaborative Group for Microsurgical Reconstruction // *J Craniomaxillofac Surg*. – 2014. – Vol. 42 (8). – P. 1610–1613. – doi: 10.1016/j.jcms.2014.04.030 PMID: 24954764

193. Karpov, A. S. Prosopalgias after experienced jaw-face trauma as a factor of psycho-neurological disorders / A. S. Karpov, S. M. Karpov, I. A. Vyshlova, M. D. Amirchupanov, A. M. Gadzhiev, K. S. Gandylyan, A. V. Balandina, A. E. Apaguni // *The Dental Institute*. – 2017. – № 4 (77). – P. 50–52.

194. Karpov, S. M. Neurophysiological aspects of combined craniofacial trauma / S. M. Karpov, K. S. Gandylyan, K. G. Karakov, I. Azoidis, E. Eliseeva // *European Journal of Neurology*. – 2016. – Vol. 23, № S2. – P. 727.

195. Maher, D. P. Association of increased postoperative opioid administration with non-small-cell lung cancer recurrence: a retrospective analysis / D. P. Maher, W. Wong, P. F. White, R. Jr. McKenna, H. Rosner, B. Shamloo, C. Louy, R. Wender, R. Yumul, V. Zhang // *Br. J. Anaesth.* – 2014. – № 113. – P. 88–94.

196. Mahmood, R. Characteristics and referral of head and neck cancer patients who report chewing and dental issues on the Patient Concerns Inventory / R. Mahmood, C. Butterworth, D. Lowe, S. N. Rogers // *Br. Dent. J.* – 2014. – Vol. 216 (11). – P. 25.

197. Payne, K. F. B. Academic Training in Oral and Maxillofacial Surgery – when and how to enter the pathway / K. F. B. Payne, J. Higginson, S. Basyuni, A. M. C. Goodson, A. Chadha, R. Elledge, J. Breeze, M. Goodson, M. S. Bajwa, C. Schilling, R. J. Shaw, K. Fan, J. Dhanda, A. Schache // *Br J Oral Maxillofac Surg.* – 2023. – Vol. 61 (2). – P. 124–130. – doi: 10.1016/j.bjoms.2023.01.003 PMID: 36774281

198. Piotr, R. Selected models and the classification of health care systems / R. Piotr // *Medical Science Pulse*. – 2019. – Vol. 13 (1). – P. 48–54.

199. Rajfur, P. Management of the healthcare system in Germany and France / P. Rajfur, K. Hys // *Medical Science Pulse*. – 2018. – Vol. 12 (4). – P. 55–60.

200. Rao, R. S. Metastatic tumors of the oral cavity / R. S. Rao, S. Patil, D. Sanketh, N. Amrutha // *J. Contemp. Dent. Pract.* – 2014. – Vol. 15 (2). – P. 263–271.

201. Silva, C. J. Maxillofacial injuries as markers of interpersonal violence in Belo Horizonte-Brazil: analysis of the socio-spatial vulnerability of the location of victim's residences / C. J. Silva, A. C. Moura, P. C. Paiva, R. C. Ferreira, R. A. Silvestrini, A. M. Vargas, L. P. de Paula, M. D. Naves, E. Ferreira // PLoS One. – 2015. – Vol. 10 (8). – P. e 0134577. – doi: 10.1371/journal.pone.0134577
202. Talibov, M. Occupational exposure to solvents and acute myeloid leukemia: a population-based, case-control study in four Nordic countries / M. Talibov, S. Lehtinen-Jacks, J. I. Martinsen [et al.] // Scand. J. Work Environ Hlth. – 2014. – Vol. 40 (5). – P. 511–517.
203. Urban, J. D. A review of background dioxin concentrations in urban/suburban and rural soils across the United States: implications for site assessments and the establishment of soil cleanup levels / J. D. Urban, D. S. Wikoff, A. T. Bunch, M. A. Harris, L. C. Haws // Sci. Total. Environ. – 2014. – Vol. 1. – P. 586–597.
204. Van Hout, M. C. Oral health behaviours amongst homeless people attending rehabilitation services in Ireland / M. C. Van Hout, E. Hearne // J. Ir. Dent. Assoc. – 2014. – Vol. 60 (3). – P. 144–149.
205. Virtanen, E. History of dental infections associates with cancer in periodontally healthy subjects: a 24-year follow-up study from Sweden / E. Virtanen, B.Söder, L. C. Andersson, J. H. Meurman, P. Ö. Söder // J. Cancer. – 2014. – Vol. 5 (2). – P. 79–85.
206. Wagner, S. L. The United States healthcare system: Overview, driving forces, and outlook for the future / S. L. Wagner, K. Davis, K. Stremikis, D. Squires, C. Schoen. – Health Administration Press, 2021. – P. 25.
207. Younger, D. S. Health Care in the Russian Federation / D. S. Younger // Neurol Clin. – 2016. – Vol. 34 (4). – P. 1085–1102.
208. Zeller, A. N. Training in oral and maxillofacial surgery in Germany – Residents' satisfaction and future challenges / A. N. Zeller, D. G. E. Thiem, A. K. Bartella, L. B. Seifert, F. M. Beiglboeck, J. Hoffmann, M. Ehrenfeld, A. Pabst // J Craniomaxillofac Surg.–2021. – Vol. 49 (5). – P. 415–421. – doi: 10.1016/j.jcms.2020.07.006 PMID: 33648814

3. Цель внедрения: Повышение качества знаний у обучающихся по программам ординатуры и дополнительным профессиональным программам-программам повышения квалификации, профессиональной переподготовки в ПИУВ – филиале ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.

4. Результаты внедрения: Результаты работы целесообразно использовать в образовательном процессе в ординатуре, на циклах повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей, организаторов здравоохранения при проведении практических и лекционных занятий в ПИУВ – филиале ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.

Заместитель директора по учебной работе



В.А. Типикин

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе Пензенского
Государственного университета
В.Б. Механов



2024 г.

Акт

внедрения в учебный процесс результатов диссертационной работы Лебедева Марата Владимировича «Региональная модель организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

1. Наименование внедрения: результаты научно-исследовательской работы по специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» «Региональная модель организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»» Лебедева Марата Владимировича, отраженные в учебных пособиях с кодом УДК 614.2:

1. Детская челюстно-лицевая хирургия: учебное пособие / М.В. Лебедев, И.Ю. Захарова. – 2-е изд., доп. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2023. – 174 с. – ISBN: 978-5-907456-38-9.

2. Врожденные расщелины челюстно-лицевой области: учебное пособие / М.В. Лебедев, И.Ю. Захарова. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2021. – 100 с. – ISBN: 978-5-907456-41-9.

3. Детская челюстно-лицевая хирургия: учебное пособие / М.В. Лебедев, И.Ю. Захарова. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2021. – 152 с. – ISBN: 978-5-907456-38-9.

4. Организация лекарственного обеспечения отделения челюстно-лицевой хирургии многопрофильной медицинской организации: учебное пособие / М.В. Лебедев, Ю.А. Абдуллина. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2021. – 64 с. – ISBN: 978-5-907456-39-6.

2. Место внедрения: ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет» на кафедры «Челюстно-лицевая хирургия», «Гигиена, общественное здоровье и здравоохранение»

3. Цель внедрения: Повышение знаний студентов, ординаторов, обучающихся в ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет».

4. Результаты внедрения: Результаты работы целесообразно использовать в образовательном процессе при проведении практических и лекционных занятий для студентов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», ординаторов. Предназначены для организаторов здравоохранения, врачей.

Директор Медицинского института

А.Н. Митрошин

Декан факультета стоматологии

Л.А. Зюлькина



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ
ОБЛАСТИ**

(Минздрав Пензенской области)

ул. Пушкина, д. 163, г. Пенза, 440018
Тел. (8412) 48-81-01, факс (8412) 48-80-58
E-mail: mzs@penza.net
ОКПО 27751496, ИНН 5836012921,
КПП 583601001

10.10.24 № 7281
на №- _____ от _____

В Диссертационный совет на базе ФГБОУ
ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального
образования» Минздрава России

Акт

внедрения в практику результатов диссертационной работы Лебедева Марата Владимировича по специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» «Региональная модель организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

1. Наименование внедрения: на основании материала диссертационного исследования разработана региональная маршрутизация с межведомственным взаимодействием по профилю «челюстно-лицевая хирургия», Приказ Министерства здравоохранения Пензенской области от 7 ноября 2023 г. N 13-130; организован Центр челюстно-лицевой хирургии на функциональной основе, Приказ ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» №288/2 от 30.10.2020; разработана автоматизированная система оценки («Программа для интегральной оценки результативности, эффективности и анализа организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»», Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2024618270, 10.04.2024. Заявка от 08.04.2024.)
2. Разработчик (автор): к.м.н., доцент, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом управления сестринской деятельностью ПИУВ - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России Лебедев Марат Владимирович
3. Место внедрения: Министерство здравоохранения Пензенской области
4. Цель внедрения: снижение количества осложнений и случаев оказания некачественной медицинской помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области врачами других специальностей. Сокращение сроков получения первичной специализированной медицинской помощи путем скоординированного взаимодействия медицинских организаций (ГБУЗ

«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», ГАУЗ ПО «Пензенская стоматологическая поликлиника», ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н. Ф. Филатова», ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина», ГБУЗ «Областной онкологический клинический диспансер»), введения должности врача-челюстно-лицевого хирурга в некоторых из них и организации в круглосуточном режиме неотложной помощи по профилю «стоматология». Создание современного, хорошо оснащенного медицинского центра, предоставляющего медицинские услуги по профилю «челюстно-лицевая хирургия» и «стоматология» высокого качества для взрослого, детского населения. Центр предполагает оказание медицинских услуг в амбулаторных условиях, в условиях круглосуточного и дневного стационаров по диагностике и лечению различных форм заболеваний челюстно-лицевой области у населения, в том числе терапевтическое лечение зубов под наркозом детям-инвалидам с ментальными нарушениями. Оценка результативности, эффективности и проведения анализа организации и доступности оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в регионе.

5. Результаты внедрения: повышение доступности и качества медицинской помощи населению по профилю «челюстно-лицевая хирургия» и «стоматология».

Заключение: Совершенствование логистического потока пациентов построено с учетом распределения обязанностей медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь по профилю (первичную доврачебную, первичную врачебную, первичную специализированную); определения порядка обращения (самостоятельно, по направлению, с конкретизацией специалистов); конкретизации деятельности всех структурных подразделений, участвующих в оказании медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия». Создание Центра челюстно-лицевой хирургии на функциональной основе позволяет повысить доступность и качество медицинской помощи населению. Автоматизированная система оценки позволяет провести комплексный анализ организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» с определением недостатков и возможностью проведения мониторинга ситуации в динамике, что в свою очередь будет способствовать принятию правильных организационных решений по совершенствованию организации и повышению доступности медицинской помощи населению по профилю.

Заместитель Министра
здравоохранения Пензенской области



Тюгаева Н.Ю.

Министерство здравоохранения
Пензенской области
Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
Пензенская областная детская клиническая
больница им. Н.Ф. Филатова
(ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова)
ул. Бекешская, д. 43, г. Пенза, 440018
Тел.(8412) 42-75-73, Fax (8412) 42-79-64
E-mail: odbpost@sura.ru
ОКПО 05102395, ОГРН 1025801360530
ИНН/КПП 5836011734/583601001
15102024 № 2545
на № _____ от _____

В Диссертационный совет на базе ФГБОУ
ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального
образования» Минздрава России

Акт

внедрения в практику результатов диссертационной работы Лебедева Марата Владимировича по специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» «Региональная модель организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

1. Наименование внедрения: на основании материала диссертационного исследования разработана региональная маршрутизация и межведомственное взаимодействие по профилю «челюстно-лицевая хирургия», автоматизированная система оценки («Программа для интегральной оценки результативности, эффективности и анализа организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»» Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2024618270, 10.04.2024. Заявка от 08.04.2024.)
2. Разработчики (авторы): к.м.н., доцент, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом управления сестринской деятельностью ПИУВ - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России Лебедев Марат Владимирович
3. Место внедрения: ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова».
4. Цель внедрения: снижение количества осложнений и случаев оказания некачественной медицинской помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области врачами других специальностей. Сокращение сроков получения первичной специализированной медицинской помощи путем скоординированного взаимодействия медицинских организаций. Оценка результативности, эффективности и проведения анализа организации и доступности оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в регионе
5. Результаты внедрения: повышение доступности и качества медицинской помощи населению по профилю «челюстно-лицевая хирургия».

Заключение: Совершенствование логистического потока пациентов построено с учетом распределения обязанностей медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь, конкретизации деятельности всех медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия». Автоматизированная система оценки позволяет провести комплексный анализ организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» с определением недостатков и возможностью проведения мониторинга ситуации в динамике.

Заместитель главного врача по медицинской части
ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая
больница им. Н.Ф. Филатова»



Погожев Л.И.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №6
ИМЕНИ Г. А. ЗАХАРЬИНА»
(ГБУЗ «Клиническая больница № 6
имени Г.А. Захарьина»)

Стасова ул., д. 7, г. Пенза, Пензенская область, 440071
Тел/факс (8412) 98-33-55/ 98-26-56,
E-mail: kb@health.pnzreg.ru, www.hosp6.ru
ОКПО 93766858, ОГРН 1065835015883
ИНН 5835065247; КПП 583501001

12.10.24 № 5486
на № _____ от _____

В Диссертационный совет на базе ФГБОУ
ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального
образования» Минздрава России

Акт

внедрения в практику результатов диссертационной работы Лебедева Марата Владимировича по специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» «Региональная модель организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

1. Наименование внедрения: на основании материала диссертационного исследования разработана региональная маршрутизация и межведомственное взаимодействие по профилю «челюстно-лицевая хирургия», автоматизированная система оценки («Программа для интегральной оценки результативности, эффективности и анализа организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»» Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2024618270, 10.04.2024. Заявка от 08.04.2024.)
2. Разработчики (авторы): к.м.н., доцент, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом управления сестринской деятельностью ПИУВ - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России Лебедев Марат Владимирович
3. Место внедрения: ГБУЗ «Клиническая больница № 6 им. Г. А. Захарьина»
4. Цель внедрения: снижение количества осложнений и случаев оказания некачественной медицинской помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области врачами других специальностей. Сокращение сроков получения первичной специализированной медицинской помощи путем скоординированного взаимодействия медицинских организаций. Оценка результативности, эффективности и проведения анализа организации и доступности оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в регионе
5. Результаты внедрения: повышение доступности и качества медицинской помощи населению по профилю «челюстно-лицевая хирургия».

Закключение: Совершенствование логистического потока пациентов построено с учетом распределения обязанностей медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь, конкретизации деятельности всех медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия». Автоматизированная система оценки позволяет провести комплексный анализ организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» с определением недостатков и возможностью проведения мониторинга ситуации в динамике.

Главный врач ГБУЗ «Клиническая
больница № 6 им. Г. А. Захарьина»



Кибиткин А.С.

Государственное Учреждение
Здравоохранения Ульяновская
Областная Детская Клиническая
Больница имени политического и
общественного деятеля Ю.Ф.Горячева

В Диссертационный совет на базе ФГБОУ
ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального
образования» Минздрава России

г. Ульяновск, ул. Радищева, д. 42, 432011
Тел. (8422) 44-09-09
E-mail: uodkb@mz73.ru
ОКПО 25269536, ИНН 7325001627,
КПП 732501001

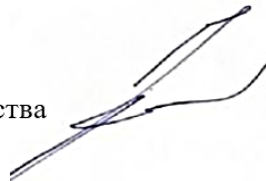
11.10.2024 № 1625
на №- от

Акт

внедрения в практику результатов диссертационной работы Лебедева Марата Владимировича по специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» «Региональная модель организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук

1. Наименование внедрения: на основании материала диссертационного исследования разработана автоматизированная система оценки («Программа для интегральной оценки результативности, эффективности и анализа организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» Сон И.М., Лебедев М.В., Керимова К.И., Захарова И.Ю. Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2024618270, 10.04.2024. Заявка от 08.04.2024.)
2. Место внедрения: ГУЗ УОДКБ имени политического и общественного деятеля Ю.Ф.Горячева
3. Цель внедрения: оценка результативности, эффективности и проведения анализа организации и доступности оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в регионе
4. Результаты внедрения: выявление недостатков в организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в регионе, мониторинг ситуации в динамике, что в свою очередь будет способствовать принятию правильных организационных решений по совершенствованию организации и повышению доступности медицинской помощи населению по профилю

Главный внештатный специалист по
челюстно-лицевой хирургии Министерства
здравоохранения Ульяновской области



Кузнецова Е.В.

Заведующий отделением
оториноларингологии (с койками по
профилю «челюстно-лицевая хирургия»



Сагидуллин Р.Ф.

Главный врач ГУЗ УОДКБ им.
политического и общественного деятеля
Ю.Ф. Горячева



Минаева А.В.



Бюджетное учреждение Чувашской Республики
БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Министерства здравоохранения Чувашской Республики

Чăваш Республикин Сывлăха сыхлас ёс
министерствин
ВАСКАВЛĂ ПУЛĂШУ БОЛЬНИЦИ
Чăваш Республикин бюджет учреждение
пр. Московский, д. 47, г. Чебоксары,
Чувашская Республика, 428017
тел./факс (8352) 23-53-20
e-mail: bsmp@med.cap.ru
www: <http://cheb-bsmp.med.cap.ru>
ОКПО 13097449, ОГРН 1132130001827
ИНН 2130115126, КПП 213001001

В Диссертационный совет
на базе ФГБОУ ДПО «Российская
медицинская академия непрерывного
профессионального образования»
Минздрава России

03.10.2024 № 2905
на № _____ от _____

Акт

Внедрения в практику результатов диссертационной работы Лебедева Марата Владимировича по специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» «Региональная модель организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

1. Наименование внедрения: на основании материала диссертационного исследования разработана автоматизированная система оценки («Программа для интегральной оценки результативности, эффективности и анализа организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»» Сон И.М., Лебедев М.В., Керимова К.И., Захарова И.Ю. Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2024618270, 10.04.2024. Заявка от 08.04.2024.)

2. Место внедрения: БУ «Больница скорой медицинской помощи» Минздрава Чувашии.

3. Цель внедрения: оценка результативности, эффективности и проведения анализа организации и доступности оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в регионе.

4. Результаты внедрения: выявление недостатков в организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в регионе, мониторинг ситуации в динамике, что в свою очередь будет способствовать принятию правильных организационных решений по совершенствованию организации и повышению доступности медицинской помощи населению по профилю.

Заведующий отделением челюстно-лицевой
хирургии к.м.н.

В.В. Данилов

Главный внештатный специалист по
челюстно-лицевой хирургии Министерства
здравоохранения Чувашской Республики д.м.н.

И.А. Сидоров

Главный врач БУ «Больница скорой медицинской
помощи» Минздрава Чувашии, к.м.н.,
Заслуженный врач Чувашской Республики

Т.К. Спиридонова



ГАУЗ «ДЕТСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН»

420138, г. Казань, ул. Оренбургский тракт, 140

Телефон: (843)267-84-44, факс: (843)267-89-56. E-mail: Prisnaya.Glyrach@tatar.ru



ДАССУ «РЕСПУБЛИКА БАЛАЛАР
КЛИНИК ХАСТАХАНӘСЕ
ТАТАРСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
СӘЛАМӘТЛЕК СAKЛАУ МИНИСТРЛЫГЫ»

420138, Казан шәһәре, Оренбург тракты ур., 140

04.10.24 № 7437
на № _____ от _____

В Диссертационный совет на базе
ФГБОУ ДПО «Российская
медицинская академия
непрерывного профессионального
образования» Минздрава России

Акт

внедрения в практику результатов диссертационной работы Лебедева Марата Владимировича по специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» «Региональная модель организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Наименование внедрения: на основании материала диссертационного исследования разработана автоматизированная система оценки («Программа для интегральной оценки результативности, эффективности и анализа организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» Сон И.М., Лебедев М.В., Керимова К.И., Захарова И.Ю. Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2024618270, 10.04.2024. Заявка от 08.04.2024.)

Место внедрения: Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская Республиканская клиническая больница Министерства Здравоохранения Республики Татарстан»

Цель внедрения: оценка результативности, эффективности и проведения анализа организации и доступности оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в регионе

Результаты внедрения: выявление недостатков в организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в регионе, мониторинг ситуации в динамике, что в свою очередь будет способствовать принятию правильных организационных решений по совершенствованию организации и повышению доступности медицинской помощи населению по профилю

Главный врач

Заместитель главного врача по хирургии

Заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии

Главный внештатный специалист по
челюстно-лицевой хирургии Министерства
здравоохранения в Республике Татарстан



А.И.Зиятдинов

М.С.Поспелов

П.В.Токарев

О.А. Иванов

**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Россия, 160000, г. Вологда, ул. Предтеченская, 19
Тел./факс (817-2) 23-00-70

03.10.2024 № *2-3-14/554*

На № _____ от _____

В Диссертационный совет на
базе ФГБОУ ДПО «Российская
медицинская академия
непрерывного
профессионального
образования» Минздрава
России

Акт

внедрения в практику результатов диссертационной работы Лебедева Марата Владимировича по специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» «Региональная модель организации медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук

1. Наименование внедрения: на основании материала диссертационного исследования разработана автоматизированная система оценки («Программа для интегральной оценки результативности, эффективности и анализа организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»» Сон И.М., Лебедев М.В., Керимова К.И., Захарова И.Ю. Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2024618270, 10.04.2024. Заявка от 08.04.2024.)
2. Место внедрения: Департамент здравоохранения Вологодской области
3. Цель внедрения: оценка результативности, эффективности и проведения анализа организации и доступности оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в регионе.
4. Результаты внедрения: выявление недостатков в организации оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в регионе, мониторинг ситуации в динамике, что в свою очередь будет способствовать принятию правильных организационных решений по совершенствованию организации и повышению доступности медицинской помощи населению по профилю.

Главный внештатный специалист по
челюстно-лицевой хирургии

Департамента здравоохранения Вологодской области

Лисенков В.В.

Заместитель начальника департамента
здравоохранения Вологодской области

Трусов М.А.

Подписи Трусова М.А. и

Лисенкова В.В. заверяю

начальник управления

пошитоки и правового обеспечения

кадрового

В.В. Трусова

03.10.2024



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Положение о Центре челюстно-лицевой хирургии

УТВЕРЖДАЮ

И.о. главного врача

ГБУЗ «Пензенская областная

клиническая больница

им. Н.Н. Бурденко»

А.А. Буланов

28 2024 г.



Положение о

Центре челюстно-лицевой хирургии

(действующего на функциональной основе)

№3-2024

1 Общие положения

1.1 Положение о Центре челюстно-лицевой хирургии устанавливает требования к организационной структуре Центра челюстно-лицевой хирургии, определяет основные задачи и функции, взаимоотношения с другими подразделениями ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – ПОКБ) и внешними организациями, а также права и ответственность руководителя Центра челюстно-лицевой хирургии.

1.2 Положение разработано в соответствии с нижеперечисленными нормативными документами:

- уставом ПОКБ;
- структурой управления ПОКБ;
- инструкцией по разработке, согласованию, утверждению и использованию структуры управления, должностных инструкций и положений о подразделениях ПОКБ;
- другими внутренними нормативными документами, относящимися к сфере деятельности подразделения.

1.3 Центр челюстно-лицевой хирургии является самостоятельным структурным подразделением ПОКБ и подчиняется непосредственно заместителю главного врача по хирургической помощи по вопросам оказания специализированной, в т.ч. высокотехнологичной, медицинской помощи больным с заболеваниями челюстно-лицевой области и стоматологическими заболеваниями.

1.4 Структура Центра челюстно-лицевой хирургии:

1.4.1 отделение челюстно-лицевой хирургии развернуто на 43 койки, из них:

- 30 коек для оказания круглосуточной медицинской помощи по профилю «Челюстно-лицевая хирургия» взрослому населению с кабинетом врача-стоматолога-терапевта;
- 10 коек для оказания круглосуточной медицинской помощи по профилю «Челюстно-лицевая хирургия» детскому населению с кабинетом врача-стоматолога детского;
- 2 койки дневного стационара (при круглосуточном стационаре) для оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению Пензенской области без необходимости госпитализации в стационар, при условии небольшого объема оперативного вмешательства и невозможности его проведения без анестезиологического пособия, так же в соответствии с пунктом

19 Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями, утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 13.11.2012 № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» (с изменениями и дополнениями) для лечения множественного осложнения кариеса у детей до 3 лет, и иных стоматологических заболеваний по медицинским показаниям у детей независимо от возраста под общей анестезией;

– 1 койка для оказания круглосуточной медицинской помощи по профилю «Челюстно-лицевая хирургия» взрослому, детскому населению на договорной основе;

1.4.2 кабинет врача-челюстно-лицевого хирурга для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи взрослым по профилю «Челюстно-лицевая хирургия», на базе поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (ул. Богданова/Тамбовская, 32/53А, кабинет 620, кабинет 623), режим работы: пн-пт 08.00-15.42;

1.4.3 кабинет врача-челюстно-лицевого хирурга для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи детям по профилю «Челюстно-лицевая хирургия», на базе ПОКБ (ул. Лермонтова, 28, 16 корпус, 1 этаж, кабинет 1), режим работы: пн-пт 08.00-15.42;

1.4.4 кабинет врача-стоматолога детского для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи детям по профилю «Стоматология детская», на базе ПОКБ (ул. Лермонтова, 28, 16 корпус, 1 этаж, кабинет 2), режим работы: пн-пт 08.00-15.42;

1.4.5 кабинета врача-челюстно-лицевого хирурга для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи по профилю «Челюстно-лицевая хирургия» на базе приемного отделения ПОКБ (ул. Лермонтова, 28, 16 корпус) взрослым круглосуточно, детям с пн-пт 16.00-08.00, сб-вс круглосуточно.

1.5 Центр челюстно-лицевой хирургии создается и ликвидируется приказом главного врача ПОКБ.

1.6 Центр челюстно-лицевой хирургии в своей деятельности руководствуется действующими нормативными правовыми актами РФ и нормативными документами в области челюстно-лицевой хирургии и стоматологии (перечень приведен в приложении 1 к данному положению), Уставом, приказами ПОКБ, настоящим положением и другими внутренними нормативными документами, относящимся к сфере деятельности подразделения, включая требования системы менеджмента качества.

1.7 Непосредственное руководство Центром челюстно-лицевой хирургии осуществляет заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии, который назначается и освобождается от должности приказом главного врача ПОКБ.

1.8 В непосредственном подчинении руководителя Центра челюстно-лицевой хирургии находятся все структурные подразделения Центра челюстно-лицевой хирургии. Подчинение сотрудников:

– сотрудники отделения челюстно-лицевой хирургии, в том числе врач-челюстно-лицевой хирург, оказывающий первичную специализированную медико-санитарную помощь детям по профилю «Челюстно-лицевая хирургия»,

на базе ПОКБ, врач-стоматолог-терапевт, врач-стоматолог детский подчиняются непосредственно руководителю Центра челюстно-лицевой хирургии;

- врачи-челюстно-лицевые хирурги – сотрудники приемного отделения ПОКБ подчиняются руководителю Центра челюстно-лицевой хирургии и заведующему приемным отделением ПОКБ;

- врачи-челюстно-лицевые хирурги, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь взрослым по профилю «Челюстно-лицевая хирургия», на базе поликлиники ПОКБ подчиняются руководителю Центра челюстно-лицевой хирургии и заведующему поликлиникой ПОКБ.

1.9 На должность руководителя Центра челюстно-лицевой хирургии назначается специалист с высшим и послевузовским медицинским образованием по специальности «челюстно-лицевая хирургия», соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения РФ от 02.05.2023 № 206н (ред. от 19.02.2024) «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием», имеющий стаж работы по данной специальности не менее 5 лет, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (с изменениями, внесенными приказом Министерства труда и социальной защиты населения РФ от 09.04.2018 № 214н).

1.10 На должность врача-челюстно-лицевого хирурга Центра челюстно-лицевой хирургии назначается специалист с высшим и послевузовским медицинским образованием по специальности «челюстно-лицевая хирургия», соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения РФ от 02.05.2023 № 206н (ред. от 19.02.2024) «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием».

1.11 На должность врача-стоматолога-терапевта, врача-стоматолога детского назначается специалист с высшим и послевузовским медицинским образованием по специальности «челюстно-лицевая хирургия», соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения РФ от 02.05.2023 № 206н (ред. от 19.02.2024) «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием».

1.12 На должности среднего медицинского персонала Центра челюстно-лицевой хирургии, назначаются специалисты соответствующие квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздрава России от 10.02.2016 №

на базе ПОКБ, врач-стоматолог-терапевт, врач-стоматолог детский подчиняются непосредственно руководителю Центра челюстно-лицевой хирургии;

- врачи-челюстно-лицевые хирурги – сотрудники приемного отделения ПОКБ подчиняются руководителю Центра челюстно-лицевой хирургии и заведующему приемным отделением ПОКБ;

- врачи-челюстно-лицевые хирурги, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь взрослым по профилю «Челюстно-лицевая хирургия», на базе поликлиники ПОКБ подчиняются руководителю Центра челюстно-лицевой хирургии и заведующему поликлиникой ПОКБ.

1.9 На должность руководителя Центра челюстно-лицевой хирургии назначается специалист с высшим и послевузовским медицинским образованием по специальности «челюстно-лицевая хирургия», соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения РФ от 02.05.2023 № 206н (ред. от 19.02.2024) «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием», имеющий стаж работы по данной специальности не менее 5 лет, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (с изменениями, внесенными приказом Министерства труда и социальной защиты населения РФ от 09.04.2018 № 214н).

1.10 На должность врача-челюстно-лицевого хирурга Центра челюстно-лицевой хирургии назначается специалист с высшим и послевузовским медицинским образованием по специальности «челюстно-лицевая хирургия», соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения РФ от 02.05.2023 № 206н (ред. от 19.02.2024) «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием».

1.11 На должность врача-стоматолога-терапевта, врача-стоматолога детского назначается специалист с высшим и послевузовским медицинским образованием по специальности «челюстно-лицевая хирургия», соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения РФ от 02.05.2023 № 206н (ред. от 19.02.2024) «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием».

1.12 На должности среднего медицинского персонала Центра челюстно-лицевой хирургии, назначаются специалисты соответствующие квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздрава России от 10.02.2016 №

83н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием».

1.13 В период отсутствия руководителя Центра челюстно-лицевой хирургии его обязанности исполняет другой специалист, назначенный исполнять обязанности руководителя Центра челюстно-лицевой хирургии приказом главного врача ПОКБ.

1.14 Оснащение структурных подразделений Центра челюстно-лицевой хирургии осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением №9 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ № 422н от 14.06.2019 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Челюстно-лицевая хирургия»

2 Цель деятельности подразделения

Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи взрослым и детям с патологией челюстно-лицевой области.

3 Задачи

3.1 Оказание высококвалифицированной хирургической помощи неотложным и плановым больным с патологией челюстно-лицевой области.

3.2 Оказание специализированной стационарной помощи по направлению челюстно-лицевая хирургия, стоматология, стоматология детская.

3.3 Оказание консультативной, лечебной, диагностической помощи пациентам в поликлинике ПОКБ;

3.4 Оказание консультативной помощи населению с заболеваниями челюстно-лицевой области в амбулаторных и стационарных условиях, в т.ч. с использованием средств санавиации, наземного транспорта, телемедицинских технологий.

3.5 Осуществление экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в медицинских учреждениях административной территории и иных экспертных функций с органами управления здравоохранением и лицензионно-аккредитационными комиссиями, фондами медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями и др., в т.ч. на договорной основе.

3.6 Разработка мер по реализации целевых программ развития медицинской помощи по договорам с органами управления здравоохранением.

4 Функции

4.1 Основными функциями кабинета челюстно-лицевого хирурга поликлиники ПОКБ являются:

- оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи взрослым по профилю «Челюстно-лицевая хирургия», включая проведение консультаций;

- диагностика заболеваний (состояний) челюстно-лицевой области у взрослых, разработка плана лечения пациента;

- лечение заболеваний (состояний) челюстно-лицевой области у взрослых, включая выполнение следующих медицинских вмешательств с применением аппликационной, инфильтративной, проводниковой анестезии: зубосохраняющие операции, вскрытие и дренирование абсцесса полости рта, пластика перфорации верхнечелюстной пазухи, вправление вывиха нижней челюсти, репозиция и фиксация верхнечелюстного и нижнечелюстного переломов, репозиция костей носа закрытая, хирургическая обработка раны или инфицированной ткани, удаление зуба и иные медицинские вмешательства, связанные с заболеваниями (состояниями) челюстно-лицевой области;

- диспансерное наблюдение взрослых с заболеваниями (состояниями) челюстно-лицевой области;

- направление взрослых с заболеваниями (состояниями) челюстно-лицевой области для оказания специализированной медицинской помощи по профилю «Челюстно-лицевая хирургия» в Центр челюстно-лицевой хирургии;

- определение у взрослых медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Челюстно-лицевая хирургия», а также учет взрослых, ожидающих и получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «Челюстно-лицевая хирургия»;

- осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;

- определение медицинских показаний для осуществления медицинской реабилитации при заболеваниях (состояниях) челюстно-лицевой области у взрослых;

- подготовка медицинской документации и направление взрослых с заболеваниями (состояниями) челюстно-лицевой области на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности;

- разработка и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению населения;

- внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения пациентов с заболеваниями (состояниями) по профилю «Челюстно-лицевая хирургия»;

- представление отчетности по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения.

4.2 Основными функциями детского кабинета врача-челюстно-лицевого хирурга являются:

- оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи детям по профилю «челюстно-лицевая хирургия», включая проведение консультаций;

- диагностика заболеваний (состояний) челюстно-лицевой области у детей, разработка плана лечения пациента;

- лечение заболеваний (состояний) челюстно-лицевой области у детей, включая выполнение следующих медицинских вмешательств с применением аппликационной, инфильтративной, проводниковой анестезии: хирургическая обработка раны или инфицированной ткани, пластика уздечки языка; пластика

уздечки верхней губы, пластика уздечки нижней губы, репозиция и фиксация верхнечелюстного и нижнечелюстного переломов, репозиция костей носа закрытая, удаление зуба и иные медицинские вмешательства, связанные с заболеваниями (состояниями) челюстно-лицевой области;

- диспансерное наблюдение детей с заболеваниями (состояниями) челюстно-лицевой области;

- направление детей с заболеваниями (состояниями) челюстно-лицевой области для оказания специализированной медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в Центр челюстно-лицевой хирургии;

- определение у детей медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Челюстно-лицевая хирургия», а также учет детей, ожидающих и получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «Челюстно-лицевая хирургия»;

- определение медицинских показаний для осуществления медицинской реабилитации при заболеваниях (состояниях) челюстно-лицевой области у детей;

- подготовка медицинской документации и направление детей с заболеваниями (состояниями) челюстно-лицевой области на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности;

- разработка и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению детей и их родителей (законных представителей);

- внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения пациентов с заболеваниями (состояниями) по профилю «Челюстно-лицевая хирургия»;

- представление отчетности по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, сбор и предоставление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения.

4.3 Основными функциями отделения челюстно-лицевой хирургии являются:

- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи взрослым и детям по профилю «Челюстно-лицевая хирургия», путем выполнения операций с применением челюстно-лицевых хирургических с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций;

- оказание специализированной медицинской помощи взрослым и детям по профилю «Челюстно-лицевая хирургия», в том числе в экстренной и неотложной формах;

- освоение и внедрение в клиническую практику современных методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний (состояний) челюстно-лицевой области и реабилитации пациентов;

- организация осуществления медицинской реабилитации взрослых и детей с заболеваниями (состояниями) челюстно-лицевой области;

- направление взрослых и детей с заболеваниями (состояниями) челюстно-лицевой области на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности;

- организация и проведение консультаций и (или) участие в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий по вопросам оказания медицинской помощи взрослым и детям по профилю «Челюстно-лицевая хирургия»;

- разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы;

- осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;

- оказание консультативной помощи врачам-специалистам других подразделений ПОКБ и других медицинских организаций по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболеваний (состояний) челюстно-лицевой области у взрослых и детей;

- представление отчетности по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, предоставление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения.

4.4 Функции кабинета врача-стоматолога-терапевта и кабинета врача-стоматолога детского:

- оказание квалифицированной медицинской помощи в экстренной и плановой формах по своей специальности, используя современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, разрешенные для применения в медицинской практике пациентам Центра челюстно-лицевой хирургии;

- проведение профилактических осмотров и санации полости рта пациентам Центра челюстно-лицевой хирургии;

- выявление заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки рта, лечение их неосложненных форм и направление пациентов с осложненными формами указанных заболеваний к врачу-стоматологу, врачу-стоматологу-терапевту, врачу-стоматологу-хирургу, врачу-стоматологу-ортопеду, врачу-ортодонту в стоматологическую поликлинику или стоматологическое отделение медицинских организаций Пензенской области;

- выявление пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями и предпосылками их развития, дефектами коронок зубов и зубных рядов с направлением их к врачу-стоматологу соответствующего стоматологического профиля в стоматологическую поликлинику или стоматологическое отделение медицинских организаций Пензенской области;

- проведение мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний, осуществление гигиенического образования и обучения рациональной гигиене рта;

- внедрение в клиническую практику современных достижений в области оказания медицинской помощи и проведение анализа эффективности их применения.

5 Права и ответственность

Руководитель Центра челюстно-лицевой хирургии имеет право:

5.1. получать поступающую в ПОКБ информацию по своему направлению деятельности для ознакомления, систематизированного учета и использования в работе;

5.2. запрашивать и получать от руководства ПОКБ и структурных подразделений ПОКБ, а также иных медицинских организаций информацию необходимую для выполнения возложенных на него задач и функций;

5.3. вносить предложения руководству ПОКБ по совершенствованию форм и методов работы Центра челюстно-лицевой хирургии в рамках своей компетенции;

5.4. участвовать в совещаниях при рассмотрении вопросов работы Центра челюстно-лицевой хирургии;

5.6. требовать от руководства ПОКБ создания условий для выполнения служебных обязанностей.

6. Руководитель Центра челюстно-лицевой хирургии несет ответственность за:

6.1. невыполнение возложенных на Центр челюстно-лицевой хирургии функций и задач;

6.2. плохую организацию работы Центра челюстно-лицевой хирургии, несвоевременное и некачественное выполнение работниками Центра челюстно-лицевой хирургии приказов, распоряжений, поручений руководства ПОКБ, настоящего Положения и других внутренних нормативных документов, относящихся к сфере деятельности подразделения, включая требования системы менеджмента качества, а также действующих нормативных правовых актов по своему направлению деятельности;

6.4. нерациональное и неэффективное использование подразделением материальных ресурсов;

6.5. ненадлежащее состояние трудовой и исполнительской дисциплины в подразделении, невыполнение работниками своих функциональных обязанностей;

6.6. несоблюдение правил внутреннего трудового распорядка, санитарно-противоэпидемического режима, противопожарной безопасности и техники безопасности;

6.7. ненадлежащее ведение медицинской и иной документации, предусмотренной действующими нормативными правовыми актами;

6.8. непредставление в установленном порядке достоверной статистической и иной информации о деятельности подразделения;

6.9. необеспеченность готовности подразделения к работе в условиях чрезвычайных ситуаций.

6 Взаимоотношения подразделения

Центр челюстно-лицевой хирургии взаимодействует:

6.1. в целях обеспечения функций Центра челюстно-лицевой хирургии с руководителями структурных подразделений ПОКБ;

6.2. по вопросам документооборота с отделом документационного обеспечения ПОКБ;

6.3. по вопросам функционирования электронной почты, информационно-правовых систем, локальной компьютерной сети ПОКБ, а также работы всей компьютерной техники, закрепленной за структурным подразделением с отделом автоматизированной системы управления ПОКБ;

6.4. по организационным вопросам, организационно-методическим вопросам функционирования системы менеджмента качества, а также вопросам предоставления статистических данных с организационно-методическим отделом ПОКБ;

6.5. с другими структурными подразделениями ПОКБ, а также в пределах своей компетенции со сторонними организациями.

Разработал:

Заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии –
врач-челюстно-лицевой хирург

М.В. Лебедев «07» 2024 г.

Согласовал:

Заместитель главного врача по хирургической помощи

И.Н. Туркин «07» 2024 г.

Начальник юридического отдела

Н.В. Флеорова «07» 2024 г.

Начальник отдела кадров

Н.В. Солдатов «07» 2024 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Перечень (словарь) отдельных трудовых операций и видов работ, входящих в функциональные обязанности наблюдаемых врачей – челюстно-лицевых хирургов круглосуточного стационара ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»

I. ОСНОВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ:

1. Сбор, жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни.
2. Определение тяжести состояния пациента.
3. Определение уровня сознания по шкале Глазго.
4. Исследование неврологического статуса.
5. Осмотр костно-мышечной системы.
6. Оценка состояния подкожно-жировой клетчатки.
7. Аускультация легких.
8. Перкуссия и аускультация сердца.
9. Пальпация органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки.
10. Подсчет пульса.
11. Подсчет частоты дыхательных движений.
12. Измерение артериального давления.
13. Антропометрия (рост, вес).
14. Термометрия.
15. Определение конфигурации лица и состояния окружающих кожных покровов (симметричности; наличия отеков, новообразований, гематом, ссадин, ран, рубцов, их характера, формы, размера; наличия на коже свищевых ходов и характера отделяемого из них; оценка развития и состояния органов чувств; оценка состояния губ: величина ротовой щели, характер смыкания губ, оценка углов губ, состояние контура красной каймы губ, состояние слизистой губ).
16. Пальпация челюстно-лицевой области и шеи:
 - костей лицевого скелета – визуально определить форму, симметричность обеих ее половин, величину, наличие неровностей, утолщений, приобретенных и врожденных деформаций; наличие патологических ступенек, наличие патологической подвижности челюсти, определение симптома нагрузки;
 - височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) – определение наличия движения и симметричности, патологических звуков; высоты открывания рта; болезненности;
 - проекции места выхода в челюстно-лицевой области черепных нервов и определение тактильной, болевой и температурной чувствительности;
 - наличие регионарных лимфатических узлов, определение их консистенции, подвижности, болезненности, спаянности друг с другом в конгломераты, спаянности с окружающими тканями;

- наличие больших слюнных желез, определение их консистенции, подвижности, болезненности, спаянности с окружающими тканями;
- определение консистенции новообразований челюстно-лицевой области, зоны распространения, болезненности, спаянности с подлежащими тканями, подвижности кожных покровов; наличие очагов размягчения, флюктуации.

17. Осмотр полости рта:

- оценка состояния видимых слизистых оболочек и глубины преддверия полости рта;
- оценка вида прикуса;
- оценка слизистой оболочки щек, альвеолярных отростков, твердого и мягкого нёба, осмотр выводных протоков околоушных слюнных желез, оценка прикрепления уздечек верхней и нижней губы, языка;
- осмотр языка и дна полости рта: определение формы, размеров, цвета, подвижности языка, оценка слизистой спинки языка, наличие деформаций;
- определение секреторной активности больших слюнных желез, характера отделяемого;
- осмотр зубного ряда и причинного зуба (цвет зубов, наличие сколов эмали, скученность, смещение зубов из зубной дуги, определение подвижности, проведение горизонтальной и вертикальной перкуссии; температурные пробы; определение наличия отделяемого из зубодесневой борозды или кармана).

18. Установка предварительного и окончательного диагноза.

19. Составление плана лечения.

20. Разъяснение диетотерапии при данном заболевании.

21. Разъяснение изменения режима и образа жизни при лечении данного заболевания.

22. Обучение принципам самоконтроля и ухода при данном заболевании.

23. Разъяснение назначений, режима и схемы лечения.

24. Ежедневный осмотр, промывание/перевязка пациентов.

25. Консультирование пациента.

26. Разъяснение правил проведения назначенных лечебных процедур на дому.

27. Назначение лабораторных и дополнительных методов исследования.

28. Обход пациентов.

29. Контроль за выполнением назначений.

30. Проведение оперативных вмешательств в условиях общего и/или местного обезболивания: зубосохраняющие операции, цистотомия и цистэктомия кист челюстно-лицевой области, вскрытие и дренирование очагов воспаления челюстно-лицевой области и шеи, пластика перфорации верхнечелюстной пазухи, репозиция и фиксация вывиха нижней челюсти, репозиция и фиксация верхнечелюстного и нижнечелюстного переломов, репозиция скуловой кости; репозиция и фиксация скуло-глазничного комплекса; хирургическая обработка раны или инфицированной ткани, удаление зуба и иные медицинские вмешательства, связанные с заболеваниями (состояниями) челюстно-лицевой

области; пластика уздечки верхней губы, пластика уздечки нижней губы, экстракция зуба, остеотомия челюстей, бужирование протоков слюнных желез, замена межчелюстной резиновой тяги, удаление новообразований челюстно-лицевой области и шеи, экстирпация боковых и срединных кист и свищей шеи, хейлопластика, уранопластика и др.

31. Проведение консультаций пациентов в других отделениях ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»/других медицинских организациях.

32. Осмотр поступивших плановых пациентов.

33. Осмотр послеоперационных пациентов (проведение туалета раны, замена дренажей, снятие швов).

34. Выезды в другие медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи.

35. Просмотр результатов обследований.

II. РАБОТА С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ:

1. Ознакомление с медицинской документацией.
2. Просмотр истории болезни.
3. Просмотр заключений результатов лабораторных, инструментальных и других исследований, консультаций специалистов.
4. Запись в медицинские документы.
5. Выписка направления на исследования, консультации, госпитализацию.
6. Выписка листка нетрудоспособности пациента.
7. Этапный эпикриз.
8. Другие виды работ с документацией.
9. Работа на компьютере.
10. Ознакомление с результатами ранее произведенных обследований.
11. Запись в листе назначений.
12. Первичный осмотр.
13. Обоснование клинического диагноза.
14. Предоперационной эпикриз.
15. Дневниковый осмотр.
16. Выписной/переводный эпикриз.
17. Заполнение истории болезни.
18. Распечатка документов.
19. Внесение данных в Региональную информационно-аналитическую медицинскую систему «ПРОМЕД».

III. ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ:

1. Переодевание, надевание халата, хирургического костюма.
2. Подготовка рабочего места.
3. Мытье рук.
4. Обработка рук антисептиком.
5. Надевание и снятие перчаток.

6. Надевание и снятие средств индивидуальной защиты.
7. Переходы (в другие кабинеты/отделения больницы).
8. Переодевание в санпропускнике (хирургический костюм, бахилы, шапочка, маска).
9. Надевание/снятие стерильного белья, стерильных перчаток в операционной.
10. Переодевание в штатскую одежду.

IV. СЛУЖЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ:

1. Участие во врачебной комиссии.
2. Участие в телемедицинской консультации.
3. Служебный разговор по телефону.
4. Служебный разговор с медицинским персоналом.

V. ПРОЧАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ:

1. Время на ожидание готовности/транспортировки пациента для проведения хирургического вмешательства.
2. Время ожидания проведения анестезиологического пособия.
3. Время, затраченное на дорогу до медицинской организации.
4. Конференции.
5. Лекции, беседы.
6. Чтение литературы.

VI. ЛИЧНОЕ НЕОБХОДИМОЕ ВРЕМЯ:

1. Кратковременный перерыв.
2. Прием пищи.
3. Мероприятия личного характера.

VII. НЕЗАГРУЖЕННОЕ ВРЕМЯ:

1. Опоздание на работу.
2. Преждевременный уход с работы.
3. Отсутствие работы.
4. Посторонние разговоры.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4**Анкета оценки профессиональных качеств экспертов**

1. Укажите Ваш возраст:
 - а) до 36 лет
 - б) 37–49 лет
 - в) 50–60 лет
 - г) больше 60 лет
2. Укажите место работы:
 - а) в медицинской организации
 - б) в органах управления здравоохранением
 - в) в научной организации
 - г) в образовательной организации
3. Какое у вас образование?
 - а) высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело»
 - б) высшее медицинское образование по специальности «Стоматология»
 - в) высшее медицинское образование по специальности «Педиатрия»
 - г) высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело»
 - д) иное высшее образование
4. Какой у Вас общий стаж работы?
 - а) от 6 до 10 лет
 - б) от 11 до 20 лет
 - в) более 20 лет
5. Имеете ли Вы ученую степень?
 - а) да, кандидат наук
 - б) да, доктор наук
 - в) нет, не имею
6. Имеете ли Вы ученое звание?
 - а) да, доцент
 - б) да, профессор
 - в) нет, не имею
7. Работаете ли Вы на руководящей, административной или управленческой должностях?
 - а) да, работаю
 - б) нет, но работал ранее
 - в) нет, не работаю
8. Сколько лет Вы работаете/работали на руководящей, административной или управленческой должностях?
 - а) до 5 лет
 - б) от 6 до 10 лет
 - в) от 11 до 20 лет
 - г) более 20 лет
 - д) вопрос пропущен
9. Соответствует ли Ваше образование сфере проведения экспертизы?
 - а) не соответствует
 - б) соответствует

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Карта экспертной оценки

Оцените показатели, влияющие на организацию оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевой хирургия» баллами от 1 до 10, выразив свое согласие или несогласие с предложенными утверждениями: 1–3 балла – несогласие, 4–6 баллов – отсутствие определенного мнения, 7–10 баллов – согласие.

Показатели		Балл
Обязательно наличие...	порядка по оказанию медицинской помощи по профилю ЧЛХ в Российской Федерации	
	приказа регионального органа здравоохранения о маршрутизации по профилю ЧЛХ в регионе / порядка по оказанию медицинской помощи по профилю ЧЛХ в регионе	
	постоянного мониторинга мнения пациентов об удовлетворенности деятельности системы организации оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ	
В целях информирования граждан актуальную информацию об организации медицинской помощи по профилю ЧЛХ МО должна публиковать...	на стендах медицинских организаций	
	на сайтах медицинских организаций	
На качество подготовки специалистов, работающих в МО, оказывающей помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия» влияет наличие...	программ ординатуры по профилю ЧЛХ	
	медицинских институтов/факультетов	
	медицинских колледжей	
	кафедры челюстно-лицевой хирургии	
	программ повышения квалификации и подготовки кадров по специальности ЧЛХ	
	цикла ЧЛХ в учебном плане обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология» в учреждении высшего медицинского образования	
На доступность оказания медицинской помощи по профилю ЧЛХ влияет:	число врачей – челюстно-лицевых хирургов, основных сотрудников	
	укомплектованность врачами – челюстно-лицевыми хирургами отделения	
	коэффициент совместительства врачей – челюстно-лицевых хирургов	
Для организации работы амбулаторной помощи по профилю ЧЛХ в ее структуре рекомендуется предусматривать...	амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, взрослый прием	
	амбулаторный кабинет реабилитации врача – челюстно-лицевого хирурга, взрослый прием	
	кабинет врача – стоматолога-терапевта/общей практики в структуре отделения ЧЛХ	
	амбулаторный кабинет неотложной круглосуточной помощи по профилю «стоматология»	
	круглосуточный амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга в приемном отделении, взрослый и детский прием	
	амбулаторный кабинет врача – челюстно-лицевого хирурга, с реабилитацией, детский прием	
	амбулаторный прием врача-стоматолога детского в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю «стоматология детская» пациентам с ментальными нарушениями	
	центр амбулаторной онкологической помощи	
Экономическое значение имеют такие стационар замещающие структуры	койки сверхкраткого пребывания	
	дневной стационар по профилю ЧЛХ	

Для организации работы стационарной помощи по профилю ЧЛХ в ее структуре рекомендуется предусматривать...	койки круглосуточного пребывания по профилю ЧЛХ для взрослого населения	
	койки круглосуточного пребывания по профилю ЧЛХ для детского населения	
В МО, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ, необходимо наличие в структуре кадров...	врача – стоматолога-терапевта, в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ	
	врача – стоматолога-ортопеда в медицинской организации, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ	
	врача-ортодонта в МО, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению	
	врача-стоматолога детского в МО, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению	
	зубного техника в МО, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению	
	социального работника в МО, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению	
	врача-педиатра стационара во взрослой МО, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению	
	клинического фармаколога в МО, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ	
	воспитателя в МО, оказывающей помощь по профилю ЧЛХ детскому населению	
	терапевтического лечения зубов взрослому и детскому населению с ментальными нарушениями под наркозом	
В регионе обязательно оказание...	высокотехнологичной медицинской помощи по профилю ЧЛХ взрослому населению, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования	
	высокотехнологичной медицинской помощи по профилю ЧЛХ детскому населению, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования	
	высокотехнологичной медицинской помощи по профилю ЧЛХ взрослому населению, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования	
	высокотехнологичной медицинской помощи по профилю ЧЛХ детскому населению, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования	
	платных услуг по профилю ЧЛХ, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования (имплантация, костная пластика и т.д.)	
	неотложной круглосуточной помощи по профилю «стоматология»	
	проведение ортогнатических хирургических операций взрослому населению	
	проведение ортогнатических хирургических операций детскому населению	
МО, в которой оказывается помощь по профилю ЧЛХ, должна быть обеспечена следующим материально-техническим оснащением.	конусно-лучевой компьютерный томограф	
	спиральный компьютерный томограф	
	магнитно-резонансный томограф	
	мобильный рентгеновский аппарат с электронно-оптическим приемником (радиовизиограф или иное)	
	микроскоп	
	пьезохирургический аппарат	
	физиодиспенсер	
	стоматологическая установка	
	система для интраоперационного нейромониторинга	
	3D-принтер с программным обеспечением	
	3D-модуль программного обеспечения для планирования ортогнатических операций	

	эндоскопическая стойка и инструменты для челюстно-лицевой хирургии	
	набор инструментов для хейло- и уранопластики	
	набор инструментов для внутриротового остеосинтеза мышечкового отростка	
	набор инструментов для проведения ортогнатических операций	
	комплект инструментов для костно-пластических операций в челюстно-лицевой области	
	наборы для имплантации, костной пластики и синус-лифтинга	
В структуре медицинских кадров обязательно наличие врача – челюстно-лицевого хирурга...	в областном онкологическом клиническом диспансере	
	травмоцентре I уровня	
	областной детской клинической больнице	

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Карта фотохронометражных наблюдений

Лист наблюдений № _____ эксперт-наблюдатель № _____ Дата _____

ФИО наблюдаемого _____

Должность _____

Медицинская организация _____

КАРТА ФОТОХРОНОМЕТРАЖНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

№ п/п	Наименование трудовой операции	Текущее время Час. Мин	Продолжи- тельность (мин)	% данной операции в структуре затрат времени	Признак завершен- ности операции	Шифр уровня операции	Отметка несвойствен- ной трудовой операции
1	2	3	4	5	6	7	8
	ОСНОВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, определение тяжести состояния пациента, определение уровня сознания по шкале Глазго, исследование неврологического статуса, осмотр костно-мышечной системы, оценка состояния подкожно-жировой клетчатки, аускультация легких, перкуссия и аускультация сердца, пальпация органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки, подсчет пульса, подсчет частоты дыхательных движений, измерение артериального давления, антропометрия (рост, вес), термометрия, определение конфигурации лица и состояния окружающих кожных покровов (симметричности; наличия отеков, новообразований, гематом, ссадин, ран, рубцов, их характера, формы, размера; наличия на коже свищевых ходов и характера отделяемого из них; оценка развития и состояния органов чувств; оценка состояния губ: величина ротовой щели, характер смыкания губ, оценка углов губ, состояние контура красной каймы губ, состояние слизистой губ). Пальпация челюстно-лицевой области и шеи: костей лицевого скелета – визуально определить форму, симметричность обеих ее половин, величину, наличие неровностей, утолщений, приобретенных и врожденных деформаций; наличие патологических ступенек, наличие патологической подвижности челюсти, определение симптома нагрузки; височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) – определение наличия движения и симметричности, патологических звуков; высоты открывания рта; болезненности; проекции места выхода в челюстно-лицевой области черепных нервов и определение тактильной, болевой и температурной чувствительности; наличия регионарных лимфатических узлов, определение их консистенции, подвижности, болезненности, спаянности друг с другом в конгломераты, спаянности с окружающими тканями; наличия больших слюнных желез, определение их консистенции, подвижности, болезненности, спаянности с окружающими тканями; определение консистенции новообразований челюстно-лицевой области, зоны распространения, болезненности, спаянности с подлежащими тканями, подвижности кожных покровов, наличия очагов размягчения, флюктуации. Осмотр полости рта: оценка состояния видимых слизистых оболочек и глубины преддверия полости рта; оценка вида прикуса; оценка слизистой оболочки щек, альвеолярных отростков, твердого и мягкого нёба, осмотр выводных протоков околоушных слюнных желез, оценка прикрепления уздечки верхней и нижней губы, языка; осмотр языка и дна полости рта: определение формы, размеров, цвета, подвижности языка, оценка слизистой спинки языка, наличие деформаций; определение секреторной активности больших слюнных желез, характера отделяемого; осмотр зубного ряда и причинного зуба (цвет зубов, наличие сколов эмали, скученность, смещение зубов из зубной дуги, определение подвижности, проведение горизонтальной и вертикальной						

перкуссии; температурные пробы; определение наличия отделяемого из зубодесневой борозды или кармана); установка предварительного и окончательного диагноза; составление плана лечения; разъяснение диетотерапии при данном заболевании; разъяснение изменения режима и образа жизни при лечении данного заболевания; обучение принципам самоконтроля и ухода при данном заболевании; разъяснение назначений, режима и схемы лечения; ежедневный осмотр, промывание/перевязка пациентов; консультирование пациента; разъяснение правил проведения назначенных лечебных процедур на дому; назначение лабораторных и дополнительных методов исследования; обход пациентов; контроль за выполнением назначений; проведение оперативных вмешательств в условиях общего и/или местного обезболивания: зубосохраняющие операции, цистотомия и цистэктомия кист челюстно-лицевой области, вскрытие и дренирование очагов воспаления челюстно-лицевой области шеи, пластика перфорации верхнечелюстной пазухи, репозиция и фиксация вывиха нижней челюсти, репозиция и фиксация верхнечелюстного и нижнечелюстного переломов, репозиция скуловой кости; репозиция и фиксация скулоглазничного комплекса; хирургическая обработка раны или инфицированной ткани, удаление зуба и иные медицинские вмешательства, связанные с заболеваниями (состояниями) челюстно-лицевой области; пластика уздечки верхней губы, пластика уздечки нижней губы, экстракция зуба, остеотомия челюстей, бужирвание протоков слюнных желез, замена межчелюстной резиновой тяги, удаление новообразований челюстно-лицевой области и шеи, экстирпация боковых и срединных кист и свищей шеи; проведение консультаций пациентов в других отделениях ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»/других медицинских организациях; осмотр поступивших плановых больных; осмотр послеоперационных пациентов (проведение туалета раны, замена дренажей, снятие швов); выезды в другие медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи; просмотр результатов обследований						
РАБОТА С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ: ознакомление с медицинской документацией, просмотр истории болезни, просмотр заключений результатов лабораторных, инструментальных и других исследований, консультаций специалистов, запись в медицинские документы, выписка направления на исследования, консультации, госпитализацию, выписка листка нетрудоспособности пациента, этапный эпикриз, другие виды работ с документацией, работа на компьютере, ознакомление с результатами ранее произведенных обследований, запись в листе назначений, первичный осмотр, обоснование клинического диагноза, предоперационный эпикриз, дневниковый осмотр, выписной/переводной эпикриз, заполнение истории болезни, распечатка документов, внесение данных в Региональную информационно-аналитическую медицинскую систему (РИАМС) «ПРОМЕД»						
ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: переодевание, надевание халата, хирургического костюма, подготовка рабочего места, мытье рук, обработка рук антисептиком, надевание и снятие перчаток, надевание и снятие средств индивидуальной защиты, переходы (в другие кабинеты/отделения больницы), переодевание в санпропускнике (хирургический костюм, бахилы, шапочка, маска), надевание/снятие стерильного белья, стерильных перчаток в операционной, переодевание в штатскую одежду						
СЛУЖЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: участие во врачебной комиссии, участие в телемедицинской консультации, служебный разговор по телефону, служебный разговор с медицинским персоналом						
ПРОЧАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: время на ожидание готовности/транспортировки пациента для проведения хирургического вмешательства, время ожидания проведения анестезиологического пособия, время, затраченное на дорогу до медицинской организации; конференции, лекции, беседы, чтение литературы						
ЛИЧНОЕ НЕОБХОДИМОЕ ВРЕМЯ: кратковременный перерыв, прием пищи, мероприятия личного характера						
НЕЗАГРУЖЕННОЕ ВРЕМЯ: опоздание на работу, преждевременный уход с работы, отсутствие работы, посторонние разговоры						

Подпись эксперта-наблюдателя _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Лист результатов проведенных фотохронометражных измерений

ФИО наблюдаемого

Должность _____

Медицинская организация

[illegible]

[illegible]

РАБОТА С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ: ознакомление с медицинской документацией, просмотр истории болезни, просмотр заключений результатов лабораторных, инструментальных и других исследований, консультаций специалистов, запись в медицинские документы, выписка направления на исследования, консультации, госпитализацию, выписка листка нетрудоспособности пациента, этапный эпикриз, другие виды работ с документацией, работа на компьютере, ознакомление с результатами ранее произведенных обследований, запись в листе назначений, первичный осмотр, обоснование клинического диагноза, предоперационный эпикриз, дневниковый осмотр, выписной/переводной эпикриз, заполнение истории болезни, распечатка документов, внесение данных в Региональную информационно-аналитическую медицинскую систему (РИАМС) «ПРОМЕД»																						
ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: переодевание, надевание халата, хирургического костюма, подготовка рабочего места, мытье рук, обработка рук антисептиком, надевание и снятие перчаток, надевание и снятие средств индивидуальной защиты, переходы (в другие кабинеты/отделения больницы), переодевание в санпропускнике (хирургический костюм, бахилы, шапочка, маска), надевание/снятие стерильного белья, стерильных перчаток в операционной, переодевание в штатскую одежду																						
СЛУЖЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: участие во врачебной комиссии, участие в телемедицинской консультации, служебный разговор по телефону, служебный разговор с медицинским персоналом																						
ПРОЧАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: время на ожидание готовности/транспортировки пациента для проведения хирургического вмешательства, время ожидания проведения анестезиологического пособия, время, затраченное на дорогу до медицинской организации; конференции, лекции, беседы, чтение литературы																						
ЛИЧНОЕ НЕОБХОДИМОЕ ВРЕМЯ: кратковременный перерыв, прием пищи, мероприятия личного характера																						
НЕЗАГРУЖЕННОЕ ВРЕМЯ: опоздание на работу, преждевременный уход с работы, отсутствие работы, посторонние разговоры																						

Подпись эксперта-наблюдателя _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

**Распределение заболеваний челюстно-лицевой области
по классам болезней в соответствии с МКБ 10-го пересмотра**

Группа МКБ	Класс болезней	Код МКБ 10	Группа болезней	Специальность, врач	Код МКБ 10	Заболевание	Специальность врача
II	Новообразования	C00–D48	Доброкачественные новообразования	Онкология: врач-онколог; Хирургия: врач-хирург, врач-детский хирург; Оториноларингология: врач-оториноларинголог; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Нейрохирургия: врач-нейрохирург	D10–D36	D10.0–D10.3 Доброкачественное новообразование рта и глотки D11.0 Доброкачественное новообразование околоушной слюнной железы D11.9 Доброкачественное новообразование большой слюнной железы неуточненное D16.4 Доброкачественное новообразование костей черепа и лица D16.5 Доброкачественное новообразование нижней челюсти костной части D18 Гемангиома и лимфангиома любой локализации	Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ
VI	Болезни нервной системы	G00–G99	Поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений	Неврология: врач-невролог; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Нейрохирургия: врач-нейрохирург	G50–G59	G51 Поражения лицевого нерва G51.9 Поражение лицевого нерва неуточнённое G51.0 Паралич Белла G51.8 Другие поражения лицевого нерва G52.8 Поражения других уточнённых черепных нервов G52.3 Поражения подъязычного нерва	Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ.
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00–H59	Болезни век, слезных путей и глазницы	Офтальмология: врач-офтальмолог; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ	H00–H06	H05.4 Энофтальм H05.2 Экзофтальмические состояния	Офтальмология: врач-офтальмолог; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ.

XI	Болезни органов пищеварения	K00–K93	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей	Стоматология: врач-стоматолог; Гастроэнтерология: врач-гастроэнтеролог; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ	K00–K14	K01 Ретенированные и импактные зубы K06 Другие изменения десны и беззубого альвеолярного края K07 Челюстно-лицевые аномалии [включая аномалии прикуса] K04.6 Периапикальный абсцесс с полостью K04.8 Корневая киста K08.0 Эксфолиация зубов вследствие системных нарушений K08.1 Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни K08.2 Атрофия беззубого альвеолярного края K08.9 Изменение зубов и их опорного аппарата неуточнённое K09 Кисты области рта, не классифицированные в других рубриках K10 Другие болезни челюстей K 11 Болезнь слюнных желез K13.5 Подслизистый фиброз полости рта K14.0 Глоссит K14.8 Другие болезни языка	Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ.
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00–L99	Инфекции кожи и подкожной клетчатки	Хирургия: врач-хирург, врач-хирург детский; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Колопроктология: врач-колопроктолог; Дерматология: врач-дерматолог; Травматология: врач – травматолог-ортопед	L00–L08	L02.0 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица L03.1 Флегмона лица L04.0 Острый лимфаденит лица, головы и шеи	Хирургия: врач-хирург, врач-хирург детский; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ Дерматология: врач-дерматолог

			Другие болезни кожи и подкожной клетчатки	Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Дерматология: врач-дерматолог; Пластическая хирургия: врач – пластический хирург	L80– L99	L90.5 Рубцовые состояния и фиброз кожи L91.0 Гипертрофический рубец	Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Пластическая хирургия: врач – пластический хирург
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00– M99	Артропатии	Ревматология: врач-ревматолог; Травматология: врач – травматолог-ортопед; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Стоматология: врач-стоматолог	M00– M25	M19 Другие артрозы M24.5 Контрактура сустава M24.6 Анкилоз сустава	Ревматология: врач-ревматолог; Травматология: врач-травматолог; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Стоматология: врач-стоматолог
			Другие нарушения костно-мышечной системы и соединительной ткани	Ревматология: врач-ревматолог; Травматология: врач – травматолог-ортопед; Пластическая хирургия: врач – пластический хирург; Оториноларингология: врач-оториноларинголог; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ	M95– M99	M95.0 Приобретенная деформация носа M96 Поражения костно-мышечной системы после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках	Пластическая хирургия: врач – пластический хирург; Оториноларингология: врач-оториноларинголог; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ
XVII	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения;	Q00– Q99	Врожденные аномалии [пороки развития] глаза, уха, лица и шеи	Оториноларингология: врач-оториноларинголог; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Офтальмология: врач-офтальмолог; Хирургия: врач-хирург, врач-хирург детский;	Q10– Q18	Q16.0 Врожденное отсутствие ушной раковины Q16.1 Врожденное отсутствие, атрезия и стриктура слухового прохода (наружного) Q18.0 Пазуха, фистула и киста жаберной щели Q18.4 Макростомия Q18.5 Микростомия Q18.6 Макрохейлия Q18.7 Микрорхейлия Q18.8 Другие уточненные пороки развития лица и шеи	Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Хирургия: врач-хирург, врач-хирург детский; Оториноларингология: врач-оториноларинголог
			Врожденные аномалии [пороки развития]	Хирургия: врач-хирург, врач-детский хирург;	Q20– Q28)	Q27.3 Периферический артериовенозный порок развития	Хирургия: врач-хирург, врач-детский хирург;

			системы кровообращения	Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Сердечно-сосудистая хирургия: сердечно-сосудистый хирург		Q27.9 Врождённая аномалия системы периферических сосудов неуточненная	Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Сердечно-сосудистая хирургия: сердечно-сосудистый хирург
			Врожденные аномалии [пороки развития органов дыхания]	Оториноларингология: врач-оториноларинголог; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Торакальная хирургия: врач – торакальный хирург; Пластическая хирургия: врач – пластический хирург	Q30–Q34	Q30.2 Треснутый, вдавленный, расщепленный нос Q30 Врождённые аномалии (пороки развития) носа	Оториноларингология: врач-оториноларинголог; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Торакальная хирургия: врач – торакальный хирург; Пластическая хирургия: врач – пластический хирург
			Расщелина губы и неба [заячья губа и волчья пасть]	Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ	Q35–Q37	Q35 Расщелина неба Q36 Расщелина губы Q37 Расщелина неба и губы	Челюстно-лицевая хирургия, врач ЧЛХ
			Другие врожденные аномалии [пороки развития] органов пищеварения	Хирургия: врач-хирург, врач-хирург детский; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ;	Q38–Q45	Q38 Другие врожденные аномалии [пороки развития] языка, рта и глотки	Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ;
			Врожденные аномалии [пороки развития]и деформации костно-мышечной системы	Хирургия: врач-хирург, врач-хирург детский; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Нейрохирургия: врач-нейрохирург; Травматология: врач-травматолог	Q65–Q79	Q75.0 Краниосиностоз Q75.2 Гипертелоризм Q75.4 Челюстно-лицевой дизостоз	Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ;
			Другие врожденные аномалии [пороки развития]	Хирургия: врач-хирург, врач-хирург детский; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Нейрохирургия: врач-нейрохирург; Травматология: врач-травматолог; Дерматология: врач-дерматолог	Q80–Q89	Q85.0 Нейрофиброматоз (незлокачественный) Q87.0 Синдромы врожденных аномалий, влияющих преимущественно на внешний вид лица	Хирургия: врач-хирург, врач-хирург детский; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Нейрохирургия: врач-нейрохирург; Травматология: врач-травматолог; Дерматология: врач-дерматолог

XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00–T98	Травмы головы	Хирургия: врач-хирург, врач-хирург детский; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Оториноларингология: врач-оториноларинголог; Нейрохирургия: врач-нейрохирург; Стоматология: врач-стоматолог; Офтальмология: врач-офтальмолог	S00–S09	S01.4 Открытая рана щеки и височно-нижнечелюстной области S01.5 Открытая рана губы и полости рта S01.7 Множественные открытые раны головы S01.8 Открытая рана других областей головы S02.3 Перелом дна глазницы S02.4 Перелом скуловой кости и верхней челюсти S02.6 Перелом нижней челюсти S02.7 Множественные переломы черепа и лицевых костей S02.8 Переломы других лицевых костей и костей черепа S03.0 Вывих челюсти S03.2 Вывих зуба S03.4 Растяжение и перенапряжение сустава (связок) челюсти S04.8 Травма других черепных нервов S05 Травма глаза и глазницы S08.1 Травматическая ампутация уха S08.8 Травматическая ампутация других частей головы S08.9 Травматическая ампутация неуточнённой части головы	Хирургия: врач-хирург, врач-хирург детский; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Оториноларингология: врач-оториноларинголог; Стоматология: врач-стоматолог; Офтальмология: врач-офтальмолог
			Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин	Хирургия: врач-хирург, врач-хирург детский; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Оториноларингология: врач-оториноларинголог; Нейрохирургия: врач-нейрохирург; Офтальмология: врач-офтальмолог	T90–T98	T90.0 Последствие поверхностной травмы головы T90.1 Последствие открытого ранения головы T90.2 Последствие перелома черепа и костей лица T90.3 Последствие травмы черепных нервов T90.4 Последствие травмы глаза окологлазничной области	Хирургия: врач-хирург, врач-хирург детский; Челюстно-лицевая хирургия: врач ЧЛХ; Оториноларингология: врач-оториноларинголог; Нейрохирургия: врач-нейрохирург;

				Пластическая хирургия: врач – пластический хирург	T90.9 Последствие неуточнённой травмы головы T90.8 Последствие других уточнённых травм головы T95.0 Последствие термического и химического ожога и обморожения головы и шеи T95.8 Последствия других уточнённых термических и химических ожогов и обморожений T95.9 Последствия неуточнённых термических и химических ожогов и обморожений	Офтальмология: врач- офтальмолог; Пластическая хирургия: врач – пластический хирург

ПРИЛОЖЕНИЕ 9**Анкета 1 для социологического опроса**

Анкета для оценки удовлетворенности пациентов и родственников пациентов организацией оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в амбулаторных условиях

- 1. Опрашиваемый:**
 - ☐ пациент
 - ☐ законный представитель пациента
 - ☐ родственник пациента/ухаживающий
- 2. Ваш пол:**
 - ☐ мужской
 - ☐ женский
- 3. Ваш возраст:**
 - ☐ до 18 лет
 - ☐ 18–25 лет
 - ☐ 26–35 лет
 - ☐ 36–45 лет
 - ☐ 46–60 лет
 - ☐ старше 61 года
- 4. Социальная категория:**
 - ☐ работающий
 - ☐ работающий пенсионер
 - ☐ учащийся (студент)
 - ☐ пенсионер по возрасту
 - ☐ инвалид/законный представитель инвалида
 - ☐ безработный
 - ☐ самозанятый
 - ☐ сотрудник силовых ведомств Российской Федерации
 - ☐ временно не работающий (декретный отпуск, отпуск по уходу за ребенком)
- 5. Вы записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача) при первом обращении в медицинскую организацию?**
 - ☐ да (перейти к вопросу 5.1)
 - ☐ нет (перейти к вопросу 5.2)
- 5.1. Как Вы записались на прием к врачу?**
 - ☐ по телефону медицинской организации (перейти к вопросу 5.1.1)
 - ☐ по телефону Единого call-центра (перейти к вопросу 5.1.1)
 - ☐ при обращении в регистратуру, имея на руках заключение о необходимости консультации (перейти к вопросу 5.1.1)
 - ☐ через официальный сайт медицинской организации
 - ☐ были записаны врачом-стоматологом на приеме через РИАМС «ПРОМЕД»* (перейти к вопросу 5.1.1)
 - ☐ были записаны врачом другой специальности на приеме через РИАМС «ПРОМЕД»* (перейти к вопросу 5.1.1)
 - ☐ обратились самостоятельно по экстренным показаниям

○ направлен врачом приемного отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко» (перейти к вопросу 5.1.1)

*РИАМС «ПРОМЕД» – региональная информационно-аналитическая медицинская система «ПРОМЕД» (используется сотрудниками медицинских организаций для работы).

5.1.1. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость), к которым Вы обращались?

- да
- нет

5.2. По какой причине?

- не дозвонился
- не было талонов
- не было технической возможности записаться в электронном виде

6. Какой был срок ожидания по записи (промежуток времени между записью к специалисту и приемом) в днях?

- более 14 календарных дней
- 14 календарных дней
- 12 календарных дней
- 10 календарных дней
- 7 календарных дней
- менее 7 календарных дней

7. Оцените, насколько легко записаться на прием?

- очень легко
- легко
- приемлемо
- сложно
- очень сложно

8. Врач принял Вас в установленное по записи время?

- да
- нет

9. Сколько времени Вы провели в очереди в ожидании приема к специалисту нашей поликлиники?

- до 10 минут
- от 10 до 15 минут
- 15 минут и более

10. При обращении в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?

- да (перейти к вопросу 10.1)
- нет

10.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?

- да
- нет

11. Перед обращением в медицинскую организацию Вы обращались к информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?

- да (перейти к вопросу 11.1)
- нет

11.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?

- ☐ да
- ☐ нет

12. Какова цель Вашего обращения к специалисту?

☐ первичная консультация

☐ повторная консультация после проведенного оперативного лечения на амбулаторном приеме

- ☐ повторная консультация после назначенного лечения
- ☐ повторная консультация по результатам обследования
- ☐ повторная консультация (наблюдение, реабилитация) после выписки из стационара
- ☐ первичная консультация после полученного лечения у стоматолога-хирурга

13. При обращении в медицинскую организацию Вам назначались диагностические исследования (лабораторные исследования, инструментальные исследования (ЭКГ, ЭЭГ, рентген, УЗИ и др.), компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография)?

- ☐ да (перейти к вопросу 13.1)
- ☐ нет (перейти к вопросу 14)

13.1. Вам назначались (возможен выбор всех трех видов диагностических исследований):

- ☐ лабораторные исследования (перейти к вопросу 13.1.1–13.1.2)
- ☐ инструментальные исследования (ЭКГ, ЭЭГ, Рентген, УЗИ, др.) (перейти к вопросу 13.2.1–13.2.2)
- ☐ компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография (перейти к вопросу 13.3.1–13.3.2)

13.1.1. Вы ожидали проведения исследования...

- ☐ 14 календарных дней и более
- ☐ 13 календарных дней
- ☐ 12 календарных дней
- ☐ 10 календарных дней
- ☐ 7 календарных дней
- ☐ менее 7 календарных дней

13.1.2. Исследование выполнено во время, установленное по записи?

- ☐ да
- ☐ нет

13.2.1. Вы ожидали проведения исследования...

- ☐ 30 календарных дней и более
- ☐ 29 календарных дней
- ☐ 28 календарных дней
- ☐ 27 календарных дней
- ☐ 15 календарных дней
- ☐ менее 15 календарных дней

13.2.2. Исследование выполнено во время, установленное по записи?

- ☐ да
- ☐ нет

13.3.1. Вы ожидали проведения исследования...

- ☐ 30 календарных дней и более

- 29 календарных дней
- 28 календарных дней
- 27 календарных дней
- 15 календарных дней
- менее 15 календарных дней

13.3.2. Исследование выполнено во время, установленное по записи?

- да
- нет

13.4. Если было назначено обследование, оно было выполнено в поликлинике ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»?

- да
- нет
- да, но выполнил самостоятельно в другой организации в связи с долгим ожиданием записи в поликлинике ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»

14. Вам была оказана амбулаторная хирургическая помощь в поликлинике ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»?

- да
- нет
- да, с наличием осложнений, с необходимостью последующей госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии
- да, с наличием осложнений, без необходимости последующей госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии

15. Была ли Вам назначена консультация смежного специалиста по заболеванию челюстно-лицевой области?

- да, врачом был выдан талон о записи к другому специалисту (перейти к вопросу 16)
- да, рекомендовано записаться самостоятельно (по месту жительства) (перейти к вопросу 16)
- да, рекомендовано записаться самостоятельно (в связи с отсутствием записи) (перейти к вопросу 16)
- нет, не было необходимости (перейти к вопросу 18)
- нет, но была необходимость (перейти к вопросу 18)

16. Консультация какого специалиста Вам была необходима?

- оториноларинголог
- онколог
- невролог/нейрохирург
- офтальмолог
- стоматолог (терапевт, ортодонт, ортопед)

17. Если Вы были записаны на консультацию смежного специалиста на приеме, сколько составил срок ожидания консультации?

- более 14 календарных дней
- 14 календарных дней
- 12 календарных дней
- 10 календарных дней
- 7 календарных дней
- менее 7 календарных дней

18. В случае если на приеме Вы получили направление на плановую госпитализацию, то сколько времени Вам пришлось ожидать плановую госпитализацию?

- более 30 календарных дней

- 15–30 календарных дней
- 14 календарных дней
- 8–14 календарных дней
- менее 7 календарных дней

19. Имеете ли Вы/Ваш ребенок (нужное подчеркнуть) установленную группу ограничения трудоспособности?

- да (перейти к вопросам 19.1–19.3)
- нет (перейти к вопросу 20)

19.1. Какую группу ограничения трудоспособности имеете?

- I группа
- II группа
- III группа
- ребенок-инвалид

19.2. В медицинской организации обеспечены условия доступности для лиц с ограниченными возможностями?

- да
- нет (перейти к вопросу 19.2.1)

19.2.1. Пожалуйста, укажите, что (кто) именно отсутствует:

- выделенные места стоянки для автотранспортных средств инвалидов
- пандусы, подъемные платформы
- адаптированные лифты, поручни, расширенные дверные проемы
- сменные кресла-коляски
- дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации
- дублирование информации шрифтом Брайля
- специально оборудованные санитарно-гигиенические помещения
- сопровождающие работники
- возможность оказания медицинской помощи инвалидам на дому

19.3. Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации?

- да
- нет

Блок вопросов для пациентов (законных представителей пациентов), имеющих инвалидность по ментальным нарушениям

(пропустите, если не относитесь к данной категории пациентов; перейдите к вопросу 24)

20. Какова цель Вашего обращения к челюстно-лицевому хирургу?

- необходимость оперативного лечения в отделении челюстно-лицевой хирургии
- необходимость терапевтической санации полости рта
- необходимость профессиональной гигиены полости рта

21. Удовлетворены ли Вы качеством оказания стоматологической помощи в амбулаторных условиях, в условиях стоматологической поликлиники?

- да
- нет
- нет, ранее не обращался к стоматологу
- нет, отказано в стоматологической помощи в условиях стоматологической поликлиники

22. Из каких источников вы узнали о возможности оперативного лечения (оказания стоматологической помощи) в условиях отделения челюстно-лицевой хирургии?

- ☐ средства массовой информации
- ☐ рассказали родственники, соседи, знакомые
- ☐ рассказали работники социального обслуживания населения
- ☐ направлен стоматологом
- ☐ направлен педиатром/терапевтом

23. Нуждаетесь ли Вы в терапевтической санации полости рта?

- ☐ да
- ☐ нет
- ☐ затрудняюсь ответить

Блок вопросов для законных представителей пациентов, не достигших 15 лет/пациентов несовершеннолетнего возраста

(пропустите, если не относитесь к данной категории пациентов; перейдите к вопросу 26)

24. Удовлетворены ли Вы условиями для детей в поликлинике?

- ☐ крайне плохо
- ☐ плохо
- ☐ удовлетворительно
- ☐ хорошо
- ☐ отлично

25. Отметьте основные причины неудовлетворенности качеством медицинской помощи, оказанной Вашему ребенку (возможны несколько вариантов ответа):

- ☐ недоброжелательность или невнимательность медицинского персонала
- ☐ проблемы в организации работы регистратуры
- ☐ очереди на прием к врачу
- ☐ отсутствие необходимого врача-специалиста, направлен на консультацию челюстно-лицевого хирурга отделения челюстно-лицевой хирургии
- ☐ отсутствие стоматологической помощи для детей/инвалидов с ментальными нарушениями
- ☐ не удовлетворяет график работы кабинета поликлиники
- ☐ низкий уровень материально-технической оснащенности поликлиники (отсутствие возможности выполнения обследований детям)
- ☐ смежный прием взрослых и детей

26. Вы удовлетворены отношением врача к Вам (доброжелательность, вежливость)?

- ☐ да
- ☐ нет

27. Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации?

- ☐ да
- ☐ нет (перейти к вопросу 27.1)

27.1. Что именно Вас не удовлетворяет?

- ☐ отсутствие свободных мест ожидания
- ☐ наличие очередей в регистратуру, у кабинетов медицинских работников
- ☐ состояние гардероба
- ☐ отсутствие питьевой воды
- ☐ отсутствие санитарно-гигиенических помещений

- ☐ состояние санитарно-гигиенических помещений
 - ☐ санитарное состояние помещений
 - ☐ отсутствие мест для детских колясок
- 28. Удовлетворены ли Вы компетентностью специалиста?**
- ☐ да (перейти к вопросу 30)
 - ☐ нет (перейти к вопросу 29)
- 29. Что именно Вас не удовлетворило?**
- ☐ вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья
 - ☐ вам не дали полноценные рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации
 - ☐ специалист некомпетентен в детской патологии
 - ☐ направлен для оказания медицинской помощи в другой регион
 - ☐ отсутствие необходимых услуг (терапевтическое лечение зубов)
- 30. Как Вы оцениваете отношение к Вам лечащего врача?**
- ☐ с вниманием и участием
 - ☐ не очень внимательно
 - ☐ с безразличием
 - ☐ затрудняюсь ответить
 - ☐ неудовлетворительно
- 31. Как Вы оцениваете отношение к Вам среднего медперсонала?**
- ☐ с вниманием и участием
 - ☐ не очень внимательно
 - ☐ с безразличием
 - ☐ затрудняюсь ответить
 - ☐ неудовлетворительно
- 32. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи?**
- ☐ да
 - ☐ нет
- 33. Удовлетворены ли Вы навигацией внутри медицинской организации (представлением информации о размещении кабинетов медицинских работников, лабораторных и диагностических подразделений, санитарно-гигиенических помещений и др.)?**
- ☐ да
 - ☐ нет
- 34. В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?**
- ☐ да
 - ☐ нет
- 35. Вы используете электронные сервисы для взаимодействия с данной медицинской организацией (электронное обращение, электронная почта, часто задаваемые вопросы, др.)?**
- ☐ нет (опрос завершен)
 - ☐ да (перейти к вопросу 35.1)
- 35.1. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость), которые с Вами взаимодействовали?**
- ☐ да
 - ☐ нет

ПРИЛОЖЕНИЕ 10**Анкета 2 для социологического опроса**

Анкета для оценки удовлетворенности пациентов и родственников пациентов организацией оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в стационарных условиях

- 1. Опрашиваемый:**
 - ☐ пациент
 - ☐ законный представитель пациента
 - ☐ родственник пациента/ухаживающий
- 2. Ваш пол:**
 - ☐ мужской
 - ☐ женский
- 3. Ваш возраст:**
 - ☐ до 18 лет
 - ☐ 18–25 лет
 - ☐ 26–35 лет
 - ☐ 36–45 лет
 - ☐ 46–60 лет
 - ☐ старше 60 лет
- 4. Социальная категория:**
 - ☐ работающий
 - ☐ работающий пенсионер
 - ☐ учащийся (студент)
 - ☐ пенсионер по возрасту
 - ☐ инвалид/законный представитель инвалида
 - ☐ безработный
 - ☐ самозанятый
 - ☐ сотрудник силовых ведомств Российской Федерации
 - ☐ временно не работающий (декретный отпуск, отпуск по уходу за ребенком)
- 5. На этапе осмотра перед госпитализацией Вас предупредили о необходимости госпитализации в стационар?**
 - ☐ да
 - ☐ нет
- 6. Госпитализация была...**
 - ☐ экстренная (перейти к вопросу 7)
 - ☐ плановая (перейти к вопросам 6.1–6.3)
 - ☐ переводом из стационара другой больницы
- 6.1. Вы ожидали плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию...**
 - ☐ 30 календарных дней и более
 - ☐ 29 календарных дней
 - ☐ 28 календарных дней
 - ☐ 27 календарных дней
 - ☐ 15 календарных дней
 - ☐ менее 15 календарных дней

6.2. Вы были госпитализированы в назначенный срок?

- ☐ да
- ☐ нет

6.3. Вам сообщили о дате госпитализации...

- ☐ по телефону
- ☐ при обращении в медицинскую организацию
- ☐ электронным уведомлением

7. Если госпитализация была экстренная, кем Вы были направлены в приемное отделение?

- ☐ врачом-стоматологом на приеме (перейти к вопросу 8)
- ☐ врачом другой специальности на приеме (перейти к вопросу 8)
- ☐ обратились самостоятельно (перейти к вопросу 9)
- ☐ доставлены бригадой скорой медицинской помощи (перейти к вопросу 9)
- ☐ направлен врачом поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница

им. Н. Н. Бурденко» на приеме (перейти к вопросу 8)

8. Если госпитализация была экстренная, совпал ли диагноз и обозначенная на приеме врачом-специалистом тактика лечения с диагнозом и выбранной тактикой лечения врача отделения челюстно-лицевой хирургии?

- ☐ да
- ☐ нет

9. Если госпитализация была экстренная, сколько времени Вы находились в экстренном приемном отделении?

- ☐ в течение 30 минут
- ☐ 30 минут – 1 час
- ☐ 1 час – 3 часа
- ☐ более 3 часов

10. Вы удовлетворены комфортностью условий в приемном отделении?

- ☐ да
- ☐ нет (перейти к вопросу 10.1)

10.1. Что именно Вас не удовлетворяет?

- ☐ отсутствие свободных мест ожидания
- ☐ состояние гардероба
- ☐ состояние санитарно-гигиенических помещений
- ☐ отсутствие питьевой воды
- ☐ санитарное состояние помещений

11. Вы удовлетворены отношением к Вам работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость) во время пребывания в приемном отделении?

- ☐ да
- ☐ нет

12. Какое лечение в стационаре Вы получали (можно выбрать несколько вариантов ответа)?

- ☐ консервативное лечение
- ☐ оперативное лечение
- ☐ физиотерапевтическое лечение
- ☐ терапевтическое лечение зубов
- ☐ удаление зуба, но необходимо было терапевтическое лечение

13. Как Вы считаете, была ли обязательна госпитализация в стационар с Вашим диагнозом?

- ☐ да
- ☐ нет

14. В течение какого времени с момента поступления в стационар Вы ожидали оперативного лечения (если оно было проведено)?

- ☐ 30 минут
- ☐ 2 часа
- ☐ 6 часов
- ☐ 1 сутки
- ☐ более 1 суток

15. Во время госпитализации Вы были осмотрены врачом – стоматологом-терапевтом/стоматологом детским?

- ☐ нет
- ☐ да, проведен осмотр полости рта
- ☐ да, проведена профессиональная гигиена полости рта
- ☐ да, проведена терапевтическая санация полости рта
- ☐ да, проведена предоперационная подготовка (терапевтическое лечение зуба)

16. В какой лекарственной форме Вы получали лекарственные средства (можно выбрать несколько вариантов ответа)?

- ☐ таблетка, капсула
- ☐ раствор (выполнялись инъекции)
- ☐ суспензия

17. Сколько дней составила продолжительность госпитализации?

- ☐ 1–2 дня
- ☐ 3–5 дней
- ☐ 5–10 дней
- ☐ 10–20 дней
- ☐ более 20 дней

18. Какое число пациентов находилось одновременно с Вами в палате в течение госпитализации?

- ☐ палата была одноместная (перейдите к вопросу 18)
- ☐ 1 человек (двухместная палата)
- ☐ от 1 до 3 человек
- ☐ от 4 до 6 человек
- ☐ более 6 человек

19. Пребывали ли совместно с Вами в палате пациенты другого пола?

- да
- нет

20. Пациенты какой возрастной группы находились с Вами в палате в течение госпитализации?

- ☐ до 10 лет
- ☐ от 11 до 18 лет
- ☐ 19–25 лет
- ☐ 26–35 лет
- ☐ 36–45 лет
- ☐ 46–60 лет
- ☐ старше 61 года

21. Удовлетворены ли Вы численностью пациентов в палате?

- ☐ да
- ☐ нет

22. Удовлетворены ли Вы условиями и комфортом размещения в палате отделения (чистота, ремонт, мебель, санузел)?

- ☐ да (перейти к вопросу 24)
- ☐ нет (перейти к вопросу 23)

23. Что именно Вас не удовлетворяет?

- ☐ своевременность и качество уборки палаты
- ☐ возможность проведения гигиенических процедур в палате
- ☐ освещение, температурный режим
- ☐ внешний вид палаты, предметов обстановки, состояние мебели (требуется ремонт)
- ☐ отсутствие питьевой воды
- ☐ мягкий инвентарь (постельное белье, полотенца, покрывало)

24. Приходилось ли Вам использовать личные денежные средства при обследовании и лечении в период данной госпитализации (приобретать лекарственные средства, изделия медицинского назначения и т.д.)?

- ☐ да, приходилось
- ☐ нет, не приходилось

25. В период госпитализации Вам была назначена консультация врачей другой специальности?

- ☐ нет (перейти к вопросу 27)
- ☐ да, был проконсультирован (перейти к вопросу 26)
- ☐ да, рекомендована консультация в медицинской организации по месту жительства (перейти к вопросу 26)

26. Консультация какого специалиста Вам была назначена (можно выбрать несколько вариантов ответа)?

- ☐ онколог
- ☐ оториноларинголог
- ☐ невролог/нейрохирург
- ☐ стоматолог (ортодонт, ортопед, терапевт, детский)
- ☐ уролог/нефролог
- ☐ кардиолог
- ☐ гастроэнтеролог
- ☐ терапевт/педиатр
- ☐ офтальмолог

*Блок вопросов для законных представителей пациентов, не достигших 15 лет/пациентов
несовершеннолетнего возраста*

(пропустите, если не относитесь к данной категории пациентов; перейдите к вопросу 30)

27. Удовлетворены ли Вы условиями для детей в отделении челюстно-лицевой хирургии?

- ☐ крайне плохо
- ☐ плохо
- ☐ удовлетворительно
- ☐ хорошо
- ☐ отлично

28. Отметьте основные причины неудовлетворенности качеством медицинской помощи, оказанной Вашему ребенку (возможны несколько вариантов ответов):

- ☐ недоброжелательность или невнимательность медицинского персонала
- ☐ проблемы в организации работы отделения
- ☐ отсутствие стоматологической помощи для детей/инвалидов с ментальными нарушениями
- ☐ низкий уровень материально-технической оснащенности (отсутствие возможности выполнения обследований детям, отсутствие лекарственных форм препаратов для детей)
- ☐ пересечение пациентов детского возраста и взрослых/пожилых пациентов

29. Согласованы ли в медицинской организации, по Вашему мнению, условия посещения и пребывания родителей или законных представителей ребенка с соблюдением интересов иных лиц?

- ☐ да
- ☐ нет

30. Имеете ли Вы установленную группу ограничения трудоспособности?

- ☐ да (перейти к вопросам 30.1–30.3)
- ☐ нет (перейти к вопросу 31)

30.1. Какую группу ограничения трудоспособности Вы имеете?

- ☐ I группа
- ☐ II группа
- ☐ III группа
- ☐ ребенок-инвалид

30.2. В медицинской организации обеспечены условия доступности для лиц с ограниченными возможностями?

- ☐ да (перейти к вопросу 30.3)
- ☐ нет (перейти к вопросу 30.2.1)

30.2.1. Пожалуйста, укажите, что (кто) именно отсутствует:

- ☐ выделенные места стоянки для автотранспортных средств инвалидов
- ☐ пандусы, подъемные платформы
- ☐ адаптированные лифты, поручни, расширенные дверные проемы
- ☐ сменные кресла-коляски
- ☐ дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации
- ☐ дублирование информации шрифтом Брайля
- ☐ специально оборудованные санитарно-гигиенические помещения
- ☐ сопровождающие работники

30.3. Удовлетворены ли Вы доступностью услуг для инвалидов в медицинской организации?

- ☐ да
- ☐ нет

31. Удовлетворены ли Вы рекомендациями при выписке, данными врачом?

- ☐ да
- ☐ нет

32. Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинских работников медицинской организации?

- ☐ да
- ☐ нет

33. Что именно Вас не удовлетворило (можно выбрать несколько вариантов ответа)?

- ☐ Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья

- ☐ Вам не выдали выписку
- ☐ Вам не дали рекомендации по дальнейшему лечению и реабилитации
- ☐ низкий уровень профессионализма

34. Во время пребывания в медицинской организации Вы обращались к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.)?

- ☐ да (перейти к вопросу 34.1)
- ☐ нет

34.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной в помещениях медицинской организации?

- ☐ да
- ☐ нет

35. Перед госпитализацией Вы обращались к информации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?

- ☐ да (перейти к вопросу 35.1)
- ☐ нет

35.1. Удовлетворены ли Вы открытостью, полнотой и доступностью информации о деятельности медицинской организации, размещенной на официальном сайте медицинской организации?

- ☐ да
- ☐ нет

36. Вы удовлетворены комфортностью условий предоставления услуг в медицинской организации?

- ☐ да
- ☐ нет (перейти к вопросу 36.1)

36.1. Что именно Вас не удовлетворяет?

- ☐ питание
- ☐ отсутствие питьевой воды
- ☐ состояние санитарно-гигиенических помещений
- ☐ санитарное состояние помещений
- ☐ действия персонала по уходу

37. Вы удовлетворены отношением к Вам работников медицинской организации во время пребывания в отделении (доброжелательность, вежливость)?

- ☐ да
- ☐ нет

38. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи?

- ☐ да
- ☐ нет

39. Удовлетворены ли Вы навигацией внутри медицинской организации (представлением информации о размещении кабинетов медицинских работников, лабораторных и диагностических подразделений, санитарно-гигиенических помещений и др.)?

- ☐ да
- ☐ нет

40. В целом Вы удовлетворены условиями оказания услуг в данной медицинской организации?

- ☐ да

- ☐ нет

41. Вы используете электронные сервисы для взаимодействия с данной медицинской организацией (электронное обращение, электронная почта, часто задаваемые вопросы и др.)?

- ☐ нет (опрос завершен)
- ☐ да (перейти к вопросу 41.1)

41.1. Вы удовлетворены отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость), которые с Вами взаимодействовали?

- ☐ да
- ☐ нет

ПРИЛОЖЕНИЕ 11**Анкета 3 для социологического опроса**

Анкета для оценки организации помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» главными внештатными специалистами, руководителями медицинских организаций, руководителями структурного подразделения, врачами, медицинскими сестрами

- 1. Укажите, пожалуйста, Ваш пол:**
 - женщина
 - мужчина
- 2. В какой должности Вы работаете?**
 - средний медицинский персонал (медицинская сестра/медицинский брат)
 - врач
 - руководитель структурного подразделения (заведующий отделением)
 - руководитель учреждения (главный врач, заместитель главного врача)
 - главный внештатный специалист
- 3. Каков стаж работы в данной должности?**
 - до 1 года
 - от 1 до 5 лет
 - от 6 до 10 лет
 - от 11 до 20 лет
 - более 20 лет
- 4. Где Вы работаете?**
 - в федеральной медицинской организации
 - в областной (республиканской, краевой) медицинской организации
 - в других медицинских организациях
- 5. В каком из подразделений медицинской организации Вы работаете?**
 - стационар
 - поликлиника
- 6. Как давно Вы работаете в данной организации?**
 - до 1 года
 - от 1 до 5 лет
 - от 6 до 10 лет
 - от 11 до 20 лет
 - более 20 лет
- 7. Сколько лет Вы работаете в сфере здравоохранения?**
 - до 1 года
 - от 1 до 5 лет
 - от 6 до 10 лет
 - от 11 до 20 лет
 - более 20 лет
- 8. Есть ли у Вас квалификационная категория?**
 - нет
 - да – вторая
 - да – первая

- да – высшая
- 9. **Имеете ли Вы ученую степень?**
- нет
- да – кандидат наук
- да – доктор наук

*Блок вопросов для руководителей структурного подразделения,
руководителей учреждений, главных внештатных специалистов*
(пропустите, если не относитесь к данной категории;
перейдите к вопросу 29)

10. Как Вы оцениваете ситуацию с оказанием медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в Вашем регионе в целом?

- ситуация спокойная, все медицинские организации работают в обычном режиме
- ситуация спокойная, но есть некоторые моменты, вызывающие беспокойство
- ситуация беспокойная, но это не влияет на работу медицинских организаций
- ситуация беспокойная, и есть серьёзные трудности в работе медицинских организаций
- ситуация беспокойная, и требуются срочные меры для её исправления
- затрудняюсь ответить

11. Отметьте, пожалуйста, проблемы в оказании помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», которые видятся вам наиболее острыми в данный момент:

- недостаток государственного финансирования
- ухудшение лекарственного обеспечения населения
- снижение уровня квалификации кадров
- неэффективное взаимодействие амбулаторного и стационарного звеньев оказания медицинской помощи
- медленное обновление медицинских технологий и медицинского оборудования
- недостаточность коечного фонда
- недостаточность врачебных кадров
- нерациональное соотношение количества врачей и среднего медицинского персонала

12. Как Вы считаете, доступна ли жителям Пензенской области медицинская помощь по профилю «челюстно-лицевая хирургия»?

- скорее да, чем нет
- скорее нет, чем да
- да, полностью
- затрудняюсь ответить
- не доступна

13. Как Вы оцениваете доступность помощи в баллах?

[illegible]

14. Как Вы оцениваете качество оказываемой медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»?

- хорошее
- удовлетворительное
- неудовлетворительное
- затрудняюсь ответить

15. Как Вы оцениваете качество помощи в баллах?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. Оцените качество работы стационара челюстно-лицевой хирургии

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. Оцените качество работы амбулаторного звена системы оказания помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Если Вы считаете уровень оказания медицинской помощи неудовлетворительным, укажите причину

• низкий уровень оснащённости диагностической, реабилитационно-восстановительной аппаратуры

- нехватка врачей стационара
- нехватка специалистов амбулаторного звена
- отсутствие регламентирующих документов
- низкая квалификация специалистов
- отсутствие возможности оказания медицинской помощи детям, инвалидам

19. На Ваш взгляд, какие виды помощи по профилю челюстно-лицевая хирургия наиболее востребованы в Пензенской области?

- удаление ретенированных/сверхкомплектных зубов
- лечение гнойно-воспалительных заболеваний
- удаление кист челюстей
- удаление новообразований
- операции по поводу врожденных пороков развития
- лечение травм челюстно-лицевой области

20. Оцените объем оказываемой помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия».

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Недостаточен			Средний				Достаточен		

21. Оцените обеспеченность региона койками

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Недостаточная			Средняя				Достаточная		

22. Нуждается ли система оказания помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» челюстно-лицевой хирургии региона в модернизации?

- в целом нуждается в модернизации
- частично нуждается в модернизации
- в модернизации нуждаются отдельные медицинские организации
- в модернизации не нуждается
- затрудняюсь ответить

23. Реорганизация системы оказания помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» должна включать

- снижение уровня госпитализаций
- развитие стационарзамещающих технологий — дневных стационаров, коек сверхкороткого пребывания
- развитие системы реабилитации
- сокращение сроков госпитализации
- создание Центра челюстно-лицевой хирургии
- оптимизацию амбулаторного звена
- мультидисциплинарный подход к оказанию помощи
- система не нуждается в реорганизации

24. Целесообразно ли объединение в единый комплекс круглосуточного стационара и амбулаторного звена?

- да
- нет

25. По Вашему мнению, начались ли в Вашем регионе мероприятия по реорганизации системы оказания помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»?

- да, и идут полным ходом
- да, но частично
- нет, не начались
- затрудняюсь ответить

26. Были ли на медицинскую организацию, в которой Вы работаете, жалобы со стороны пациентов, связанные с отсутствием оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»?

- да
- нет
- затрудняюсь ответить

27. Какие качества медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», по Вашему мнению, необходимо совершенствовать?

- доступность
- результативность
- безопасность
- компетентность медицинского персонала
- этика медицинского персонала

28. Что, с Вашей точки зрения, мешает соблюдению утвержденных в Вашем регионе маршрутизации пациентов и стандартов лечения заболеваний челюстно-лицевой области в полной мере?

- отсутствует соответствующее оборудование
- отсутствуют соответствующие медикаментозные препараты
- не хватает врачей, другого медперсонала
- низкое качество утвержденных стандартов
- ничего не мешает
- утвержденная маршрутизация пациентов отсутствует
- утвержденные стандарты отсутствуют
- затрудняюсь ответить

Блок вопросов для врачебного персонала
(пропустите, если не относитесь к данной категории;
перейдите к вопросу 36)

29. Укажите, какую специальность Вы получили по окончании вуза?

- лечебное дело
- стоматология
- педиатрия

30. Укажите, по какому направлению Вы проходили ординатуру (укажите все имеющиеся):

31. Являетесь ли Вы сотрудником кафедры челюстно-лицевой хирургии?

- да
- нет

32. Изменились ли Ваши возможности по назначению пациентам необходимых обследований в условиях Вашей медицинской организации за последние 3 года?

- да, возможности увеличились, проводятся необходимые обследования
- да, возможности увеличились, но есть ограничения в проведении обследований
- возможности не изменились, всё осталось по-прежнему
- возможности не ухудшились, но есть ограничения в проведении обследований
- возможности ухудшились, необходимые обследования не проводятся
- затрудняюсь ответить

33. Изменились ли Ваши возможности по выбору лекарственных препаратов для назначения пациентам за последние 3 года?

- да, возможности увеличились, стало проще и легче выбирать и назначать препараты
- да, возможности увеличились, но проще и легче выбирать и назначать препараты не стало
- возможности не изменились, всё осталось по-прежнему
- возможности не ухудшились, но стало сложнее выбирать и назначать препараты
- возможности ухудшились, стало сложнее выбирать и назначать препараты
- затрудняюсь ответить

34. Имеется ли утвержденный порядок оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»?

- да, имеется (перейти к вопросу 36)
- нет
- затрудняюсь ответить

35. Существуют ли проблемы применения порядка оказания медицинской помощи в Пензенской области?

- да, проблема ресурсного обеспечения
- да, возникают правовые противоречия
- да, необходимость актуализации/корректировки порядка
- проблем нет
- затрудняюсь ответить

Блок вопросов для медицинского персонала

(завершите заполнение анкеты, если не относитесь к данной категории)

36. Работаете ли Вы по другой специальности/ в другой медицинской организации?

- да (перейти к вопросу 37)
- нет (перейти к вопросу 39)

37. Где Вы работаете?

- в федеральной медицинской организации
- в областной (республиканской, краевой) медицинской организации
- в муниципальной медицинской организации
- в частной медицинской организации

38. Основу Вашего дохода составляет заработная плата, полученная в ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» или в другой организации, которую Вы указали при ответе на предыдущий вопрос?

- в ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко»
- в другой организации

39. Обеспечено ли ваше рабочее место в ГБУЗ «ПОКБ им. Н. Н. Бурденко» всем необходимым для выполнения трудовых обязанностей?

- да
- нет

40. Произошли ли какие-либо положительные изменения в организации системы оказания помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» за последние 3 года?

- да
- нет

41. Какова фактическая продолжительность Вашей рабочей недели по основному месту работы?

- 39–40 часов
- 41–45 часов
- более 45 часов

42. Что из перечисленного Вы больше всего цените в Вашей работе?

- это интересная работа
- удобное месторасположение, транспортная доступность
- рабочее место, отвечающее самым современным требованиям
- удобный график работы
- гарантия сохранения рабочего места
- свобода организации своей деятельности
- возможность совместительства
- хороший трудовой коллектив
- общение с пациентами
- социальная значимость
- возможность хорошо зарабатывать
- пенсия в зависимости от стажа
- возможность продолжать работать, выйдя на пенсию
- перспективы карьерного роста

43. Применялись ли за последний год к медицинскому персоналу Вашего медицинского учреждения какие-либо санкции?

- увольнение
- публичный выговор, общественное порицание
- предупреждение
- административные взыскания
- возбуждение уголовного дела
- ничего из вышеперечисленного не применялось
- затрудняюсь ответить

44. Считаете ли Вы, что Ваша профессия престижна?

- да
- скорее да, чем нет
- скорее нет, чем да
- нет
- затрудняюсь ответить

45. С учетом положительных и отрицательных сторон вашей работы, в целом в какой степени Вас удовлетворяет работа в Вашем учреждении?

- совершенно не удовлетворяет
- скорее не удовлетворяет, чем удовлетворяет
- частично удовлетворяет, частично нет
- скорее удовлетворяет, чем нет
- полностью удовлетворяет
- затрудняюсь ответить

46. Удовлетворены ли Вы качеством организации работы?

- да
- нет
- затрудняюсь ответить

47. На Ваш взгляд, улучшилось ли медицинское обслуживание населения в Вашей медицинской организации за последний год?

- да
- нет
- затрудняюсь ответить

48. На Ваш взгляд, улучшилось ли отношение врачей и медсестер к пациентам за последний год?

- да
- нет
- затрудняюсь ответить

ПРИЛОЖЕНИЕ 12

Результаты проведенного фотохронометражного исследования врачей – челюстно-лицевых хирургов круглосуточного стационара за 04.12.2018

Пример, заполненная экспертом карта фотохронометражных измерений за рабочую одну смену 04.12.2018 врача – челюстно-лицевого хирурга, № 1 круглосуточного стационара (рисунок карта).

Рабочий день врача начинается в 7:50 с приходом на работу и переодеванием из штатской одежды в медицинскую.

В 8:00 начинается планерное совещание с сотрудниками отделения, которое длится 19 минут. На планерном совещании обсуждались текущие вопросы организации работы. Дежурная смена докладывала о количестве пациентов, обратившихся за смену в приемное отделение, госпитализированных, с какими диагнозами, какие оперативные хирургические вмешательства проведены или запланированы, о состоянии пациента; наличии нарушений режима дня и распорядка отделения больными, о состоянии пациентов отделения. Заведующий отделением доносил до медицинского персонала новые приказы, изменения во внутреннем распорядке медицинской организации; была проведена сводка статистики, разработан план работы на текущий день; рассматривались жалобы и предложения медицинских работников. После планерного совещания врач направился на утренний обход пациентов по палатам, переход занял у него 1 минуту.

С 8:20 до 8:50 врач проводит ежедневный утренний обход пациентов круглосуточного стационара отделения челюстно-лицевой хирургии, который совершается от кровати к кровати пациентов. Во время обхода врач общается с пациентами, узнает о состоянии здоровья, уточняет, какие жалобы имеются, отвечает на их вопросы.

Лист наблюдений № 2 эксперт-наблюдатель № 2

Дата 4.12.182

ФИО наблюдаемого Брат 1

Должность врач УИХ кр. к. ст. мед.

Медицинская организация ГБУЗ ПОКБ им. И.И. Бурденко

КАРТА ФОТОХРОНОМЕТРАЖНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

№ п/п	Наименование трудовой операции	Текущее время Час. Мин.	Продол житель ность (мин)	% данной операции в структуре затрат времени	Признак заверше нности операц ии	Шифр уровня операц ии	Приме чание (для экспер та)
1	2	3	4	5	6	7	8
	ОСНОВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: сбор, жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, определение тяжести состояния пациента, определение уровня сознания по шкале Глазго, исследование неврологического статуса, осмотр костно-мышечной системы, оценка состояния подкожно-жировой клетчатки, аускультация легких, перкуссия и аускультация сердца, пальпация органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки, подсчет пульса, подсчет частоты дыхательных движений, измерение артериального давления, аупальпация (прост., нео), термометрия, определение конфигурации лица и состояния окружающих кожных покровов (симметричности, наличия отеков, новообразований, гематом, ссадин, ран, рубцов, их характер, форму, размер, наличия на коже синеватых ходов и характер подлежащего из них, оценка развития и состояния органов чувств, оценка состояния губ, скелета ротовой щели, характер смыкания губ), оценка углов губ, состояние контура красной каймы губ, состояние слизистой губ). Пальпация челюстно-лицевой области и шеи жесткой лицевой скелета- визуально определить форму, симметричность обеих ее половин, величину, наличие нервно-сосудистой, угловатой, приобретенной и врожденной деформаций; наличие патологических ступенек, наличие патологической подвижности челюсти, определение симптома нагнутости; височно-нижнечелюстных суставов (внчс)- определение наличия движения и симметричности, патологических звуков, высоты открывания рта; болезненности, проекции места выхода в челюстно-лицевой области черепных нервов и определение тактильной, болевой и температурной чувствительности; наличие регионарных лимфатических узлов, болезненности их консистенции, подвижности, болезненности, спаянности друг с другом в конгломераты, спаянности с окружающими тканями, наличие болевых слоновых желез, определение их консистенции, подвижности, болезненности, спаянности с окружающими тканями; определение консистенции новообразований челюстно-лицевой области, зоны, распространения, болезненности, спаянности с подлежащими тканями, подвижности кожных покровов, наличие отеков, рамыгачения, флюктуации. Осмотр полости рта: оценка состояния видимых слизистых оболочек и глубины преддверия полости рта; оценка вида прикуса, оценка слизистой оболочки щек, альвеолярных отростков, твердого и мягкого нёба, осмотр выходящих протоков околоушных слюнных желез, оценка приращенных удачек верхней и нижней губы, языка, осмотр языка и дна полости рта: определение формы, размеров, цвета, подвижности языка, оценка слизистой спинки языка, наличие деформаций; определение секреторной активности больших слюнных желез, характер отделяемого, осмотр зубного и прикуса и прикусного зуба (внет зубов, наличие сколов на эмаль, скученность, смещение зубной из зубной дуги, определение подвижности, проседание горизонтальной и вертикальной перкуссии, температурные пробы; определение наличия отделяемого из зубосекреторной борозды или кармана); установка прелмариального и окклюзионного диагностического аппарата; составление плана лечения; разъяснение дистопии при данном заболевании; разъяснение механизма развития и образа жизни при лечении данного заболевания; обучение принципам самоконтроля и ухода при данном заболевании; разъяснение назначений, режима и схемы лечения; ежедневный осмотр, промывание/перевязка пациентов; консультирование пациентов; разъяснение правод проведения назначенных лечебных процедур на дому; назначение лабораторных и дополнительных методов исследования; обзор пациентов; контроль за выполнением назначений, проведение оперативных вмешательств в условиях общего или местного обезболивания.	820 860 850 900 906 910 914 916 1024 1034 1034 1044 1045 1054 1058 1143 1151 1200 1200 1204 1204 1210 1214 1215 1214 1225 1231 1235 1242 1253 1309 1304 1312 1344 1350 1358 1359 1403 1407 1407 1409 1411 1416 1424	322	54,30%			

тубсохраняющие операции, вкостомия и цистостомия кист челюстно-лицевой области короткой и дренирование очагов воспаления челюстно-лицевой области лица, пластика перфорации верхнечелюстной пазухи, резекция и фиксация нижней челюсти, резекция и фиксация верхнечелюстного и нижнечелюстного переломов, резекция скуловой кости, резекция и фиксация скуло-глазничного комплекса, хирургическая обработка раны или инфицированного тканей, удаление зуба и иные медицинские вмешательства, связанные с заболеваниями (состояниями) челюстно-лицевой области; пластика удаленки верхней губы, пластика удаленки нижней губы, экзистомия зуба, остеотомия челюстей, бурирование протоков слюнных желез, замона межчелюстной резиновой тяги, удаление новообразований челюстно-лицевой области и шеи, экзистомия боковых и срединных кист и свищей шеи, проведение консультаций пациентов в других отделениях ГБУЗ «Иркутская областная клиническая больница им. н.и. Бурденкова/других медицинских организациях; осмотр поступивших плановых больных; осмотр послеоперационных пациентов (проведение туалета раны, замена дренажей, сшивание швов); выходы в другие медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи; просмотр результатов обследований	1424-1439 1452-1453 1501-1528 1538-1551 1554-1616			
РАБОТА С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ: ознакомление с медицинской документацией, просмотр истории болезни, просмотр заключений результатов лабораторных, инструментальных и др. исследований, консультации специалистов, запись в медицинские документы динамика направления на исследования, консультации, госпитализация, выписка листа нетрудоспособности пациента, этапный эпикриз, другие виды работ с документацией, работа на компьютере, ознакомление с результатами ранее произведенных обследований, запись в листе назначений, первичный осмотр, обоснование клинического диагноза, предоперационной подготовки, диспансерный осмотр, выписки/переводный листок, заключение истории болезни, распечатка документов, внесение данных в Региональную информационно-аналитическую медицинскую систему (РИАМС) «ПРОМЕД».	940-944 941-951 951-1021 1041-1045 1204-1208 1226-1231 1235-1240 1445-1451 1403-1404 1439-1442 1618-1626	1254-1302	133	2,243%
ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: переводение, вальсание халата, хирургического костюма, подготовка рабочего места, мытье рук, обработка рук антисептиком, надевание и снятие перчаток, надевание и снятие средств индивидуальной защиты, переходы (в другие кабинеты/отделения больницы)/переводов в санпроцессинг (хирургический костюм, бальзам, шапочка, маска), надевание/снятие стерильного белья, стерильных перчаток и операционной, переводение в шаттловую одежду.	818-820 854-856 916-920 1022-1023 1023-1027 1042-1052 1058-1058 1058-1058 1145-1151 1210-1214 1216-1217 1217-1221 1240-1244 1244-1247 1253-1254 1302-1303 1304-1305 1305-1311 1311-1312 1314-1315 1315-1316 1316-1320 1320-1321 1321-1322 1322-1324 1324-1326 1326-1328 1328-1330 1330-1332 1332-1334 1334-1336 1336-1338 1338-1340 1340-1342 1342-1344 1344-1346 1346-1348 1348-1350 1350-1352 1352-1354 1354-1356 1356-1358 1358-1360 1360-1362 1362-1364 1364-1366 1366-1368 1368-1370 1370-1372 1372-1374 1374-1376 1376-1378 1378-1380 1380-1382 1382-1384 1384-1386 1386-1388 1388-1390 1390-1392 1392-1394 1394-1396 1396-1398 1398-1400 1400-1402 1402-1404 1404-1406 1406-1408 1408-1410 1410-1412 1412-1414 1414-1416 1416-1418 1418-1420 1420-1422 1422-1424 1424-1426 1426-1428 1428-1430 1430-1432 1432-1434 1434-1436 1436-1438 1438-1440 1440-1442 1442-1444 1444-1446 1446-1448 1448-1450 1450-1452 1452-1454 1454-1456 1456-1458 1458-1460 1460-1462 1462-1464 1464-1466 1466-1468 1468-1470 1470-1472 1472-1474 1474-1476 1476-1478 1478-1480 1480-1482 1482-1484 1484-1486 1486-1488 1488-1490 1490-1492 1492-1494 1494-1496 1496-1498 1498-1500 1500-1502 1502-1504 1504-1506 1506-1508 1508-1510 1510-1512 1512-1514 1514-1516 1516-1518 1518-1520 1520-1522 1522-1524 1524-1526 1526-1528 1528-1530 1530-1532 1532-1534 1534-1536 1536-1538 1538-1540 1540-1542 1542-1544 1544-1546 1546-1548 1548-1550 1550-1552 1552-1554 1554-1556 1556-1558 1558-1560 1560-1562 1562-1564 1564-1566 1566-1568 1568-1570 1570-1572 1572-1574 1574-1576 1576-1578 1578-1580 1580-1582 1582-1584 1584-1586 1586-1588 1588-1590 1590-1592 1592-1594 1594-1596 1596-1598 1598-1600 1600-1602 1602-1604 1604-1606 1606-1608 1608-1610 1610-1612 1612-1614 1614-1616 1616-1618 1618-1620 1620-1622 1622-1624 1624-1626 1626-1628 1628-1630 1630-1632 1632-1634 1634-1636 1636-1638 1638-1640 1640-1642 1642-1644 1644-1646 1646-1648 1648-1650 1650-1652 1652-1654 1654-1656 1656-1658 1658-1660 1660-1662 1662-1664 1664-1666 1666-1668 1668-1670 1670-1672 1672-1674 1674-1676 1676-1678 1678-1680 1680-1682 1682-1684 1684-1686 1686-1688 1688-1690 1690-1692 1692-1694 1694-1696 1696-1698 1698-1700 1700-1702 1702-1704 1704-1706 1706-1708 1708-1710 1710-1712 1712-1714 1714-1716 1716-1718 1718-1720 1720-1722 1722-1724 1724-1726 1726-1728 1728-1730 1730-1732 1732-1734 1734-1736 1736-1738 1738-1740 1740-1742 1742-1744 1744-1746 1746-1748 1748-1750 1750-1752 1752-1754 1754-1756 1756-1758 1758-1760 1760-1762 1762-1764 1764-1766 1766-1768 1768-1770 1770-1772 1772-1774 1774-1776 1776-1778 1778-1780 1780-1782 1782-1784 1784-1786 1786-1788 1788-1790 1790-1792 1792-1794 1794-1796 1796-1798 1798-1800 1800-1802 1802-1804 1804-1806 1806-1808 1808-1810 1810-1812 1812-1814 1814-1816 1816-1818 1818-1820 1820-1822 1822-1824 1824-1826 1826-1828 1828-1830 1830-1832 1832-1834 1834-1836 1836-1838 1838-1840 1840-1842 1842-1844 1844-1846 1846-1848 1848-1850 1850-1852 1852-1854 1854-1856 1856-1858 1858-1860 1860-1862 1862-1864 1864-1866 1866-1868 1868-1870 1870-1872 1872-1874 1874-1876 1876-1878 1878-1880 1880-1882 1882-1884 1884-1886 1886-1888 1888-1890 1890-1892 1892-1894 1894-1896 1896-1898 1898-1900 1900-1902 1902-1904 1904-1906 1906-1908 1908-1910 1910-1912 1912-1914 1914-1916 1916-1918 1918-1920 1920-1922 1922-1924 1924-1926 1926-1928 1928-1930 1930-1932 1932-1934 1934-1936 1936-1938 1938-1940 1940-1942 1942-1944 1944-1946 1946-1948 1948-1950 1950-1952 1952-1954 1954-1956 1956-1958 1958-1960 1960-1962 1962-1964 1964-1966 1966-1968 1968-1970 1970-1972 1972-1974 1974-1976 1976-1978 1978-1980 1980-1982 1982-1984 1984-1986 1986-1988 1988-1990 1990-1992 1992-1994 1994-1996 1996-1998 1998-2000	80	15,18%	
СЛУЖЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: участие во врачебной комиссии, участие в телемедицинской консультации, служебный разговор по телефону, служебный разговор с медицинским персоналом	800-818 850-851 1021-1022 1052-1055 1144-1145 1215-1216 1345-1346 1531-1536 1616-1619 1726-1732		43	7,25%
ПРОЧАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: время на ожидание готовности/транспортировки пациента для проведения хирургического вмешательства, время ожидания проведения анестезиологического пособия, время, затраченное на дорогу до медицинской организации, конференции, лекции, беседы, чтение литературы			0	0%
ЛИЧНОЕ НЕОЖИДАННОЕ ВРЕМЯ: кратковременный перерыв, прием пищи, мероприятия личного характера	1442-1452		5	0,84%
НЕЗАТРУЖЕННОЕ ВРЕМЯ: опоздание на работу, преждевременный уход с работы, отсутствие работы, посторонние разговоры			0	0%

Подпись эксперта _____

В 8:50, после поступления звонка из приемного отделения об обращении пациента, врач переодевается в верхнюю одежду (зимний период), после переходит в приемное отделение ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», что занимает у врача 4 минуты.

С 8:56 по 9:06 врач собирает анамнез заболевания, проводит осмотр пациента и устанавливает диагноз. В 9:06 был установлен окончательный диагноз, не требующий лечения в условиях стационара. С 9:06 по 9:10 врач дает информацию пациенту о его диагнозе. На заполнение медицинской документации данному пациенту ушло 4 минуты, после чего врач выдает заключение пациенту и с 9:14 по 9:16 дает рекомендации для амбулаторного лечения по профилю «Стоматология детская»

С 9:16 по 9:20 врач производит переход из приемного отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко» в ординаторскую отделения челюстно-лицевой хирургии, после чего снимает с себя верхнюю одежду.

После, с 9:21 до 9:51, просматривает истории болезни имеющих пациентов, изучает результаты лабораторных и инструментальных исследований и назначает при необходимости новые консультации смежных специалистов, а также вносит данные в медицинскую документацию.

В течение 30 минут (до 10:21) врач занимается заполнением документации при выписке из круглосуточного стационара 2 пациентов: выписной эпикриз, заполнение истории болезни, внесение данных в Региональную информационно-аналитическую медицинскую систему, выписка листка нетрудоспособности пациента.

В 10:21 поступает звонок из приемного отделения с сообщением о новом обращении больного, после чего врач переодевается в верхнюю одежду и направляется в приемное отделение. На переход он тратит 4 минуты (с 10:23 по 10:27).

С 10:27 врач собирает анамнез заболевания, проводит осмотр пациента и устанавливает диагноз. В 10:37 был установлен окончательный диагноз, не требующий госпитализации в круглосуточный стационар. С 10:37 по 10:41 врач дает

информацию пациенту о его диагнозе. На заполнение медицинской документации данному пациенту ушло 4 минуты (с 10:41 до 10:45), после чего врач выдает заключение пациенту и дает направление в амбулаторный кабинет врача – стоматолога-хирурга с 10:45–10:47.

С 10:47 по 10:52 врач переходит в круглосуточный стационар отделения челюстно-лицевой хирургии, где снимает верхнюю одежду.

После 2 минут служебного разговора врач идет в перевязочный кабинет и с 10.56 до 10.58 проводит подготовку к ежедневному осмотру пациента, в который входит: вымыть руки гигиеническим способом, обработать их кожным антисептиком, надеть халат для перевязочной и защитные очки, надеть стерильные перчатки.

С 10:58 до 11:43 врач находился в перевязочной, где осмотрел 15 пациентов. На каждого пациента тратил по 3 минуты: оценка состояния кожных покровов, их целостность; определение конфигурации лица, пальпация лимфатических узлов, определение степени открывания рта, оценка состояния слизистой оболочки полости рта и послеоперационной раны, наличие отделяемого из раны. После каждого пациента врач снимал перчатки, обрабатывал руки антисептиком и надевал новые стерильные перчатки.

Одному пациенту врач произвел замену резиновой тяги при бимаксилярном шинировании челюстей, на что потратил время с 11:34 по 11:37.

Двум пациентам требовалось промыть послеоперационную рану. С 11:37 до 11:40 врач удалил перчаточный дренаж из раны, промыл послеоперационную рану растворами антисептиков до чистых вод, наложил асептическую повязку. Второму пациенту до 11.43, в течение 3 минут, врач удалил имеющиеся трубчатые и полутрубчатые дренажи, установил перчаточный дренаж, после чего промыл операционную рану, наложил асептическую повязку. За минуту снял стерильные перчатки и стерильную одежду.

В 11:44 происходит служебный разговор по телефону с медицинским работником приемного отделения по поводу обращения пациента, после которого врач надевает верхнюю одежду и направляется в приемное отделение (5 минут).

В 11:51 врач приступает к осмотру пациента. В течение 9 минут врач собирает анамнез заболевания и проводит осмотр пациента. В 12:00 установлен окончательный диагноз, не выявлены показания для госпитализации пациента. В 12:00 врач огласил пациенту информацию о состоянии его здоровья, на что потратил 4 минуты, заполнил медицинскую документацию с 12:04 до 12:08, с 12:08 до 12:10 выдал заключение с рекомендациями для амбулаторного лечения по профилю «Оториноларингология».

Врач возвращается в ординаторскую отделения челюстно-лицевой хирургии в 12:14, снимает верхнюю одежду.

С 12:14 по 12:15 врач распечатывает выписной эпикриз.

В 12:15 поступает звонок из приемного отделения больницы, врач переодевается в верхнюю одежду.

С 12:17 по 12:21 – переход из отделения челюстно-лицевой хирургии в приемное отделение

В течение 5 минут (с 12:21 по 12:26) врач собирает анамнез заболевания и проводит осмотр пациента. В 12:26 назначено рентгенологическое исследование для установки окончательного диагноза. За время проведения данного обследования врач занимается внесением данных в РИАМС. После проведения обследования выявлены показания для проведения госпитализации пациента. В 12:31 врач огласил пациенту информацию о состоянии его здоровья, предложена госпитализация, пациент согласен, врач заполнил медицинскую документацию с 12:35 до 12:40.

После перехода в 12:44 в отделение челюстно-лицевой хирургии врач снимает с себя верхнюю одежду, переходит в перевязочную и проводит подготовку к осмотру пациента до 12:47, после определяет группу крови и резус-фактор поступившего

пациента, дает информацию о том, как будет проходить оперативное вмешательство. Данной деятельностью он занимается с 12:47 до 12:53

После перехода в ординаторскую с 12:54 до 13:02 врач занимается заполнением документации данного пациента, а именно первичный осмотр, обоснование клинического диагноза, предоперационный эпикриз.

После врач переходит к пациенту, берет добровольное информированное согласие с больного на проведение оперативного вмешательства. На данную деятельность затрачивается в общем 2 минуты.

В 13:05 врач переходит в операционный блок. На вспомогательную деятельность: переодевание в санпропускнике (хирургический костюм, бахилы, шапочка, маска), хирургическую обработку рук, надевание стерильного белья, стерильных перчаток – тратится 6 минут. В течение 1 минуты надевает стерильную одежду.

Врач приступает к непосредственному проведению оперативного вмешательства в 13:12. Операция длится 32 минуты (с 13:12 до 13:44).

С 13:44 до 13:45 врач снимает стерильное белье, переодевается в свою медицинскую одежду.

В 13:45 поступает звонок из приемного отделения по поводу обращения пациента, врач переодевается. Врач переходит в приемное отделение в 13:50, потратив на это 4 минуты.

Врач собрал анамнез заболевания и осмотрел пациента с 13:50 до 13:59. По клиническим признакам установлен окончательный диагноз. Врач ознакомил пациента с его диагнозом в течение 4 минут. На заполнение медицинской документации врач потратил 4 минуты. После чего с 14:07 по 14:09 врач выдал заключение и рекомендации. С 14:09 по 14:11 – выдача заключения пациенту с рекомендациями для амбулаторного лечения по профилю «Неврология».

С 14:11 по 14:16 – переход из приемного отделения в отделение челюстно-лицевой хирургии, снятие верхней одежды.

С 14:16 до 14:24 врач выдает выписным пациентам выписной эпикриз (выписка из истории болезни), справку/листок временной нетрудоспособности (по требованию). При выписке врач разъясняет каждому пациенту рекомендации: временные ограничения и необходимость соблюдения оздоровительного режима, особенности диетотерапии, правила ухода за послеоперационной раной и проведения назначенных лечебных процедур на дому и т.д. На общение с выписными пациентами врач тратит 8 минут.

В 14:24 врач проводит осмотр поступившего планового пациента: сбор анамнеза, жалоб, опрос, знакомится с результатами анализов и других исследований, данных инструментальной диагностики, рекомендациями других специалистов и иной документацией, позволяющей ориентироваться в состоянии здоровья пациента; проводит осмотр пациента, определяет группу крови и резус-фактор. Данной деятельностью он занимается в период с 14:24 по 14:39.

С 14:39 до 14:47 врач ушел в ординаторскую и подготавливал соответствующие медицинские документы плановых пациентов, а именно первичный осмотр, обоснование клинического диагноза, предоперационный эпикриз.

На мероприятие личного характера было потрачено 5 минут.

Далее врач – челюстно-лицевой хирург, берет добровольное информированное согласие с пациента на проведение оперативного вмешательства. На данную деятельность затрачивается в общем 1 минута.

В 14:53 врач переходит в операционный блок. На вспомогательную деятельность: переодевание в санпропускнике (хирургический костюм, бахилы, шапочка, маска), хирургическую обработку рук, надевание стерильного белья, стерильных перчаток – тратится 6 мин.

После врач приступает к проведению оперативного вмешательства с 15:01 до 15:29, которое длится 28 минут.

С 15:29 до 15:30 врач снимает стерильное белье, переодевается в свою медицинскую одежду. После перехода к сестринскому посту врач в течение 5 минут разговаривает со средним медицинским персоналом.

С 15:36 до 15:51 врач проводит ежедневный вечерний обход пациентов круглосуточного стационара отделения челюстно-лицевой хирургии с целью ознакомления с состоянием пациентов и выявления имеющихся жалоб.

В 15:52 врач переходит в перевязочный кабинет и в течение 2 минут проводит подготовку к осмотру послеоперационных пациентов: вымыть руки гигиеническим способом, обработать их кожным антисептиком, надеть стерильные перчатки. С 15:54 по 16:16 врач осматривает 2 прооперированных пациентов, дает рекомендации по уходу во время пребывания в стационаре.

После 3-минутного служебного разговора со средним медицинским персоналом, в 16:19, врач – челюстно-лицевой хирург, переходит в ординаторскую и приступает к заполнению документации послеоперационных пациентов: протокол операции, заполнение истории болезни, внесение записей в лист назначений, выписка направлений на контрольное исследование, смежных специалистов при необходимости, заполнение дневникового осмотра врача – челюстно-лицевого хирурга, внесение данных в Региональную информационно-аналитическую медицинскую систему. На данную деятельность тратит 67 минут.

С 17:26 по 17:32 происходит служебный разговор с медицинским персоналом, врач объясняет назначения пациентов.

С 17:32 до 17:37 врач производит уборку рабочего места, переодевается в штатскую одежду. На этом рабочий день врача – челюстно-лицевого хирурга, заканчивается.

На основании заполненной экспертом карты фотохронометражных измерений 04.12.2018 рассмотрим, какие трудовые операции проводит в рабочее время врач –

челюстно-лицевой хирург, круглосуточного стационара № 2 (рисунки-карты). Рабочий день врача начинается с прихода на работу в 7.50 и переодеванием из штатской одежды в медицинскую.

С 8:00 до 8:19 врач – челюстно-лицевой хирург, находится на планерном совещании. После планерного совещания в 08:19 поступает звонок из приемного отделения с уведомлением об обращении пациента. Переодевание в верхнюю одежду и переход в приемное отделение с 8:20 до 8:25

В 8:25 начинается осмотр пациента с выяснением анамнеза заболевания и жалоб, занял у врача 10 минут, установлен окончательный диагноз по клиническим данным в 8:35, показаний для госпитализации в стационар не выявлено. Врач предоставил пациенту информацию о состоянии его здоровья, заполнил медицинскую документацию в течение 4 минут, с 8:41 до 8:45 выдал заключение пациенту с рекомендациями для амбулаторного лечения по профилю «онкология».

Лист наблюдений № 2 эксперт-наблюдатель № 2 Дата 4.12.2018

ФИО наблюдаемого Впер 2

Должность врач ЧН Медицинская организация РБ СТМОБ им. А.Н. Буякина

КАРТА ФОТОХРОНОМЕТРАЖНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

№ п/п	Наименование трудовой операции	Текущее время Час. Мин.	Продолжительность (мин)	% данной операции в структуре затрат времени	Признак завершения операции	Шифр уровня операции	Примечание (для эксперта)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	ОСНОВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: сбор, жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, определение тяжести состояния пациента, определение уровня сознания по шкале Глазго, исследование неврологического статуса, осмотр костно-мышечной системы, оценка состояния подкожно-жировой клетчатки, auscultation легких, перкуссия и auscultation сердца, пальпация органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки, подсчет частоты дыхательных движений, измерение артериального давления, антропометрия (рост, вес), термометрия, определение конфигурации лица и состояния окружающих кожных покровов (симметричности; наличия отеков, новообразований, гематом, ссадин, ран, рубцов, их характер, форму, размер, наличие на коже свищевых ходов и характер отделяемого из них, оценка развития и состояния) органов чувств; оценка состояния губ: величина ротовой щели, характер смыкания губ, оценка углов губ, состояние контура красной каймы губ, состояние слизистой губ). Пальпация челюстно-лицевой области и шеи жесткой анатомической структурой: визуально определить форму, симметричность обеих ее половин, величину, наличие неровностей, углублений, приобретенных и врожденных деформаций; наличие патологических ступенек, наличие патологической подвижности челюсти, определение симптома нагрузки; височно-нижнечелюстных суставов (визуально определить наличие движения и симметричности, патологических звуков; высоты открывания рта, болезненности, проекция места выхода в челюстно-лицевой области черепных нервов и определение тактильной, болевой и температурной чувствительности; наличие регионарных лимфатических узлов, определение их консистенции, подвижности, болезненности, спаянности друг с другом в конгломераты, спаянности с окружающими тканями, наличие болевых спонгиозных жемчужин, определение их консистенции, подвижности, болезненности, спаянности с окружающими тканями; определение консистенции новообразований челюстно-лицевой области, зоны, распространения, болезненности, спаянности с подлежащими тканями, подвижность кожных покровов, наличие отеков, покраснения, флюктуации. Осмотр полости рта: оценка состояния видимых слизистых оболочек и глубины преддверия полости рта; оценка вида прикуса; оценка слизистой оболочки щек, альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба, осмотр выходящих протоков околоушных слюнных желез, оценка приречных узелков верхней и нижней губы, языка, осмотр языка и дна полости рта: определение формы, размеров, цвета, подвижности языка, оценка слизистой полости языка, наличие деформаций, определение секреторной активности больших слюнных желез, характер отделяемого; осмотр зубного ряда и прикуса (цвет зубов, наличие сколов эмали, скученность, смещение зубов из зубной дуги, определение подвижности, проведение горизонтальной и вертикальной перкуссии; температурные пробы; определение наличия отделяемого из зубодесневой борозды или кармана); установка предварительного и окончательного диагноза, составление плана лечения, разъяснение диетотерапии при данном заболевании; разъяснение изменения режима и образа жизни при лечении данного заболевания; обучение принципам самоконтроля и ухода при данном заболевании; разъяснение назначений, режима и схемы лечения; ежедневный осмотр, промывание/перевязка пациентов; консультирование пациента; разъяснение правил проведения назначенных лечебных процедур на дому, назначение лабораторных и дополнительных методов исследования; осмотр пациентов; контроль за выполнением назначений; проведение оперативных вмешательств в условиях общего и/или местного обезболивания.	8:25-8:35 8:35-8:37 8:41-8:45 8:50-8:50 9:57-10:02 10:07-10:10 10:53-11:23 11:40-11:41 11:49-12:19 12:13-13:04 13:12-13:22 13:22-13:24 13:28-13:32 13:50-14:35 14:37-14:38 14:39-14:47 14:55-15:05 15:05-15:10 15:14-15:16 15:16-15:26 15:26-15:30	300	51,46%			

тубосохраняющие операции, цистостомия и цистэктомия кист челюстно-лицевой области вскрытие и дренирование очагов воспаления челюстно-лицевой области шеи, пластика перфорации верхнечелюстной пазухи, репозиция и фиксация вывиха нижней челюсти, репозиция и фиксация верхнечелюстного и нижнечелюстного перелома, репозиция скуловой кости, репозиция и фиксация скуло-глазничного комплекса; хирургическая обработка раны или инфицированной ткани, удаление зуба и иные медицинские вмешательства, связанные с заболеваниями (состояниями) челюстно-лицевой области; пластика уздечки верхней губы, пластика уздечки нижней губы, экстракция зуба, остеотомия челюстей, бужирование протока слюнных желез, замена искусственной резиновой тяги, удаление новообразований челюстно-лицевой области и шеи, экстирпация боковых и срединных кист и свищей шеи; проведение консультаций пациентов в других отделениях ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. н.н. Бурденко»/других медицинских организациях, осмотр поступивших плановых больных; осмотр послеоперационных пациентов (проведение туалета раны, замена дренажей, снятие швов); выезды в другие медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи, просмотр результатов обследований	15134-15136 15144-16108 16103-16123					
РАБОТА С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ: ознакомление с медицинской документацией, просмотр истории болезни, просмотр заключений результатов лабораторных, инструментальных и др. исследований, консультаций специалистов, запись в медицинские документы выписки направления на исследования, консультации, госпитализацию, выписка листа нетрудоспособности пациента, злательный эпикриз/другие виды работ с документацией, работа на компьютере, ознакомление с результатами ранее произведенных обследований, запись в листе назначения, первичный осмотр, обоснование клинического диагноза, предоперационной эпикриза, дневниковый осмотр, выписка/переводной эпикриза, заполнение истории болезни, распечатка документов, внесение данных в Региональную информационно-аналитическую медицинскую систему (РИАМС) «ПРОМЕД».	8137-8141 13124-13128 9121-9151 15110-15114 10102-10107 15130-15134 10110-10117 16123-17129 10122-10152 11123-11139	159	27,27%			
ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: переводение, надевание халата, хирургического костюма, подготовка рабочего места, мытье рук, обработка рук антисептиком, надевание и снятие перчаток, надевание и снятие средств индивидуальной защиты, переходы (в другие кабинеты/отделения больницы)/переводение в санпропускнике (хирургический костюм, бахилы, шапочка, маска), надевание/снятие стерильного белья, стерильных перчаток в операционной, переворачивание в штатскую одежду.	8120-8125 11142-11148 13147-13148 8145-8150 11148-11149 13148-13150 9120-9121 12118-12125 14135-14136 9152-9157 12125-12126 14138-14139 10117-10122 13104-13106 14151-14155 10152-10153 13107-13112 15136-15141 11139-11140 13132-13136 16108-16109 11141-11142 13136-13137 17126-17129	73	12,52%			
СЛУЖЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: участие во врачебной комиссии, участие в телемедицинской консультации, служебный разговор по телефону, служебный разговор с медицинским персоналом	8100-8119 15144-15144 8119-8120 17119-17126 9151-9152 13106-13107 13142-13147 14147-14150 14150-14151	38	6,52%			
ПРОЧАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: время на ожидание готовности/транспортировки пациента для проведения хирургического вмешательства, время ожидания проведения анестезиологического пособия, время, затраченное на дорогу до медицинской организации, конференции, лекции, беседы, чтение литературы	12126-12134	8	1,37%			
ЛИЧНОЕ НЕОБХОДИМОЕ ВРЕМЯ: кратковременный перерыв, прием пищи, мероприятия личного характера		5	0,86%			
НЕЗАГРУЖЕННОЕ ВРЕМЯ: опоздание на работу, преждевременный уход с работы, отсутствие работы, посторонние разговоры		0	0%			

Подпись эксперта

После 5-минутного перехода из приемного отделения в круглосуточный стационар отделения челюстно-лицевой хирургии врач с 8:50 до 9:20 проводит ежедневный утренний обход пациентов для выявления имеющих жалобы и ознакомления с их состоянием.

Далее врач переходит в ординаторскую для просмотра историй болезни и изучения результатов лабораторных исследований, а также назначения при необходимости новых, ознакомления с консультациями смежных специалистов, после чего вносит данные в медицинскую документацию. Время, затрачиваемое на данную деятельность, составляет 30 минут (с 9:21 до 9:51).

В 9:51, после поступления звонка из приемного отделения, врач надевает верхнюю одежду и идет в приемное отделение ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», что занимает у него 5 минут.

В течение 5 минут (с 9:57 до 10:02) врач собирает анамнез заболевания и проводит осмотр пациента. В 10:02 назначено рентгенологическое исследование для установки окончательного диагноза. За время проведения данного обследования врач занимается внесением данных в РИАМС. После проведения обследования выявлены показания для проведения госпитализации пациента. В 10:07 врач огласил пациенту информацию о состоянии его здоровья, предложена госпитализация, пациент согласен, врач заполнил медицинскую документацию с 10:10 до 10:17.

Переход с переодеванием занимает 5 минут.

После возвращения в 10:22 в ординаторскую отделения челюстно-лицевой хирургии врач приступает к заполнению документации при выписке из круглосуточного стационара 2 пациентов, на что затрачивается 30 минут.

После перехода врач с 10:53 до 11:23 проводит осмотр поступивших плановых пациентов: сбор анамнеза, жалоб, опрос, знакомится с результатами анализов и других исследований, данных инструментальной диагностики, рекомендациями других специалистов и иной документацией, позволяющей ориентироваться в состоянии здоровья пациента, а также определяет группу крови и резус-фактор.

После перехода в ординаторскую, с 11:23 до 11:39, занимается подготовкой документации плановых пациентов: первичный осмотр, обоснование клинического диагноза, предоперационный эпикриз, после чего подписывает согласие на проведение оперативных вмешательств, на что тратит 2 минуты.

В 11:42 врач идет в операционный блок. Вспомогательную деятельность: переодевание в санпропускнике (хирургический костюм, бахилы, шапочка, маска), хирургическую обработку рук, надевание стерильного белья, стерильных перчаток проводит с 11:42 до 11:49.

После врач приступает к непосредственному проведению оперативного вмешательства. Первая операция длится 30 минут (с 11:49 до 12:19).

В период ожидания транспортировки второго пациента, после проведения первого оперативного вмешательства врач, с 12:19 до 12:26 проводит подготовку к следующей операции: снятие стерильного белья, хирургическая обработка рук, надевание стерильного белья, стерильных перчаток. С 12:26 до 12:34 ожидает транспортировку второго пациента в операционную.

После начала действия анестезиологического пособия тотальной внутривенной анестезии с 12:34 до 13:04 врач проводит вторую плановую операцию.

После врач переодевается из стерильной одежды в медицинскую.

В 13:06 происходит служебный разговор по телефону с сотрудником приемного отделения.

После переодевания в верхнюю одежду и перехода в 13:12 приемное отделение врач проводит сбор жалоб и анамнеза, осмотр пациента для установки предварительного диагноза, на что тратится 10 минут. В 13:22 установлен окончательный диагноз, показаний для госпитализации в стационар не выявлено. Врач предоставил пациенту информацию о состоянии его здоровья, заполнил медицинскую документацию в течение 4 минут, с 13:28 до 13:32 выдал заключение пациенту с рекомендациями для амбулаторного лечения по профилю «Оториноларингология»

Переход 4 минуты (13:32–13:36).

В течение минуты врач снимает верхнюю одежду.

На мероприятия личного характера тратится 5 минут (с 13:37 до 13:42).

После 5 минутного служебного разговора с медицинским персоналом в 13:48 врач переходит в перевязочный кабинет и проводит подготовку к ежедневному осмотру пациентов, а именно моет руки гигиеническим способом, обрабатывает их кожным антисептиком, надевает халат для перевязочной и защитные очки, стерильные перчатки.

С 13:50 до 14:35 врач проводит осмотр 15 пациентов. 12 пациентов врач осматривал по 3 минуты: оценка состояния кожных покровов, их целостность;

определение конфигурации лица, пальпация лимфатических узлов, определение степени открывания рта, оценка состояния слизистой оболочки полости рта и послеоперационной раны, наличие отделяемого из раны. После каждого пациента врач снимал перчатки, обрабатывал руки антисептиком и надевал новые стерильные перчатки.

Трем пациентам требовалось провести туалет раны, двум из которых с 14:28 по 14:31 удалил перчаточный дренаж из раны, промыл послеоперационную рану растворами антисептиков до чистых вод, наложил асептическую повязку. С 14:31 до 14:35 третьему пациенту врач в рану установил перчаточный дренаж, после удаления полутрубчатого дренажа, после чего промыл операционную рану, наложил асептическую повязку.

В 14:37 врач переходит в ординаторскую, распечатывает выписной эпикриз, после чего врач общается с выписными пациентами, дает рекомендации, объясняет назначения и вручает выписной эпикриз. На выполнение данных манипуляций он затрачивает 11 минут.

С 14:47 по 14:50 – служебный разговор с медицинским персоналом. В 14:50 поступает звонок из приемного отделения по поводу обращения двух пациентов. Врач переодевается в верхнюю одежду, идет в приемное отделение в 14.55, потратив на это 4 минуты.

В приемном отделении врач консультирует обратившихся пациентов в порядке очереди.

У первого пациента врач собрал анамнез заболевания и осмотрел с 14:55 по 15:05. По клиническим признакам установлен окончательный диагноз. Врач ознакомил пациента с его диагнозом. На заполнение медицинской документации врач потратил 4 минуты, после чего с 15:14 по 15:16 врач выдал заключение и направление в амбулаторный кабинет врача – стоматолога-хирурга.

В 15:16 врач приступил к осмотру второго больного. На осмотр, выявление жалоб и анамнеза заболевания врач затрачивает 10 минут, в 15:26 установлен окончательный диагноз. Пациент ознакомлен врачом с данным диагнозом. Врач с 15:30 до 15:34 занимается медицинской документацией. С 15:34 по 15:36 – выдача заключения пациенту с рекомендациями для амбулаторного лечения по профилю «Стоматология».

С 15:36 до 15:41 – переход в отделение челюстно-лицевой хирургии.

Время с 15:41 по 15:44 занимает служебный разговор с медицинским персоналом.

В 15:44 проводит ежедневный вечерний обход пациентов круглосуточного стационара отделения челюстно-лицевой хирургии до 16:01. После он переходит в перевязочный кабинет, где после подготовки с 16:03 до 16:23 проводит осмотр послеоперационных пациентов, дает рекомендации по уходу во время пребывания в стационаре.

После перехода в ординаторскую с 16:23 до 17:19 врач – челюстно-лицевой хирург заполняет документацию послеоперационных пациентов. На данные действия затрачивает 56 минут

С 17:19 до 17:26 происходит служебный разговор со средним медицинским персоналом, врач объясняет назначения пациентам.

С 17:26 до 17:31 врач производит уборку рабочего места, переодевается в штатскую одежду и заканчивает свой рабочий день.