

Подведение итогов
стоматологической службы
Брянской области
за 2009 год

Демографические показатели

N		2008 год	2009 год	Динамика (-уменьшение -увеличение)	%
1	Всего населения	1308479	1299690	8789	0,7
2	Из них: детей	237498	231731	5767	2,4
3	до 14 лет	183027	182262	765	0,4
4	подростков	54471	49469	5002	10,1
5	взрослое население	1070981	1067959	3022	0,28

МАТЕРИАЛЬНАЯ БАЗА

- Стоматологическая служба Брянской области не входит ни в федеральную, ни в областную программу по модернизации материально-технической базы службы.
- На уровне РФ никаких программ вовсе не существует.

МАТЕРИАЛЬНАЯ БАЗА

Но не смотря на отсутствие федеральных программ за счет средств областного бюджета при поддержке ДЗО в 2009 продолжилась работа по улучшению материально технической базы стоматологической службы области.

- В Жуковском районе открыты стоматологические кабинеты в Заборско-Никольской и Ржаницкой врачебных амбулаториях.
- В Выгоничском районе в Утах приобретена приставка БПК-01 к стоматологической установке.
- Новое стоматологическое оборудование установлено в Кокино в БГСХА.
- В Рогнединском районе готовится к открытию новый стоматологический кабинет на базе ЦРБ, оборудованный импортной стоматологической техникой.

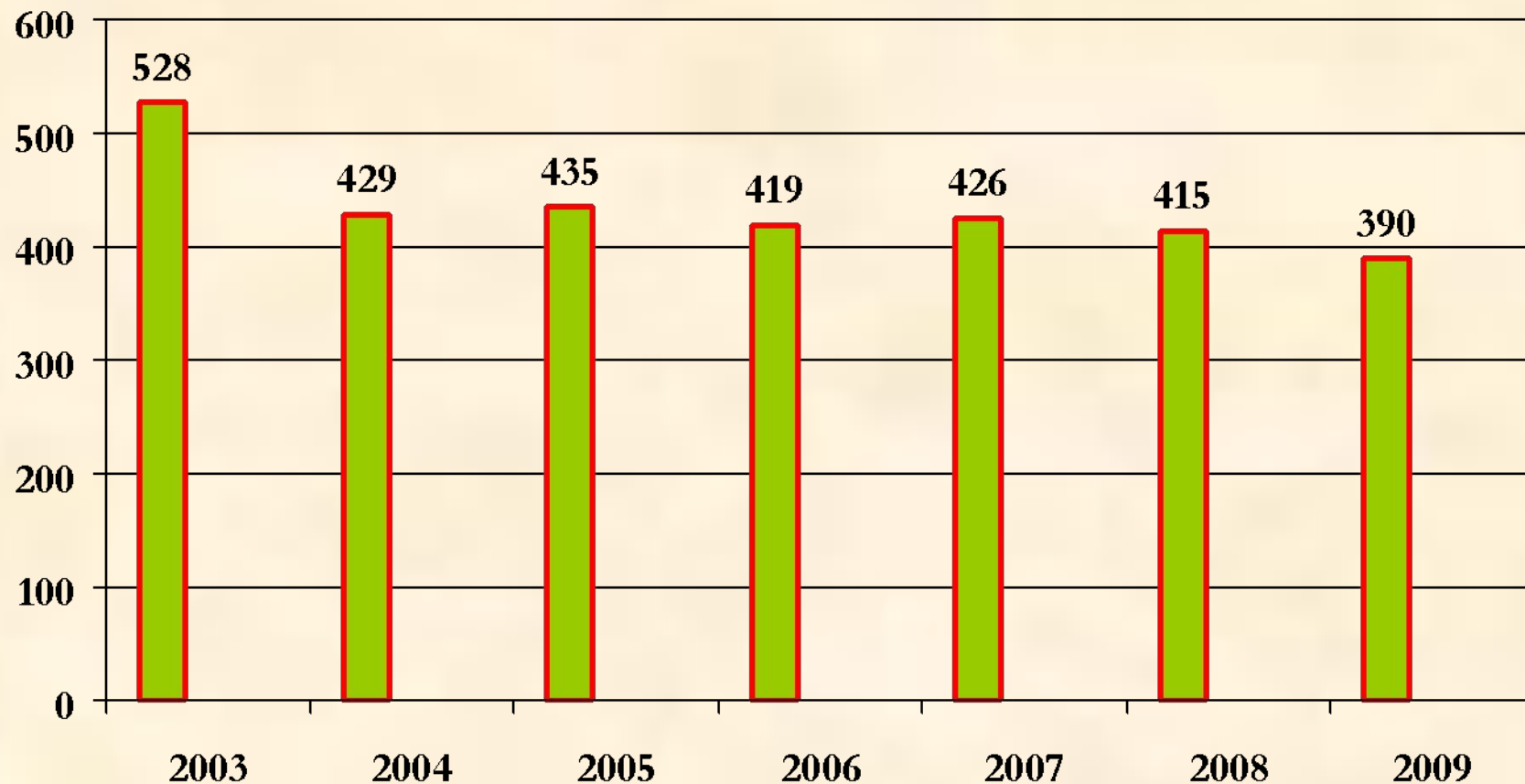
Каоры врачи стоматологического профиля в целом по области (бюджет)

N		2008 год	2009 год	Динамика (-уменьшение -увеличение)
1	Штатных	560,5	541	19,5
2	Занято	503,75	504	0,25
3	Физ. лиц	415	390	25
4	Из них стоматологов	317	305	12
5	Зубных врачей	84	85	1

Укомплектованность врачей по специальностям по городу Брянской области (бюджет+ОМС)

Специальность	Штатных	Занято	Физических лиц
Врачи стоматологи	152	142,5	105
Стоматологи терапевты	150,25	139	107
Стоматологи хирурги	54,75	52,75	38
Стоматологи детские	69,75	61,75	40
Ортодонты	17,5	14,25	11
Челюстно-лицевые хирурги	7,5	7,5	4
Зубные техники	13,0	10,25	13

График изменения численности врачей стоматологического профиля за 7 лет



Обеспеченность врачами стоматологами на 10 тысяч населения

N		2008 год	2009 год	РФ Год	Динамика (-уменьшение -увеличение)
1	Штатных	4.0	4.2	4,5	0,2
2	Занято	3.8	3.9	3.9	0,1
3	Физ. лиц	2.7	2.2	3.2	0,5

Менее, чем на 50%-78% укомплектованы кадрами следующие районы районы: Злынковский, Клетнянский, Стародубский, Рогнединский, Брасовский. Город Клинцы укомплектован на 76%, город Карачев на 70%

Укомплектованность врачей по специальностям по городу Брянску (бюджет+ОМС)

Специальность	Штатных	Занято	Физических лиц	Укомплектованность(в %)
Врачи стоматологи	32,25	32,25	22	69
Ортодонты	12,25	11,75	9	75
Стоматологи детские	40,5	37,5	24	60
Стоматологи терапевты	63,25	60,5	43	68
Стоматологи хирурги	18,5	18,5	12	65
Челюстно-лицевые хирурги	7,5	7,5	4	53
Зубные врачи	18,0	18,0	19	100
Зубные техники	7,0	5,25	8	100

Данные по альтернативным формам стоматологической помощи

- По данным лицензионного отдела ДЗ Брянской области на 012.03.2010 г. имеется 582 лицензии на стоматологический вид услуг.
- Индивидуальных предпринимателей числится 135 человек (оказание доврачебной и врачебной стоматологической помощи, т.е. это врачи и м/с).
- Зарегистрировано 34 организации частных форм собственности

Укомплектованность врачами по РФ и ЦФО

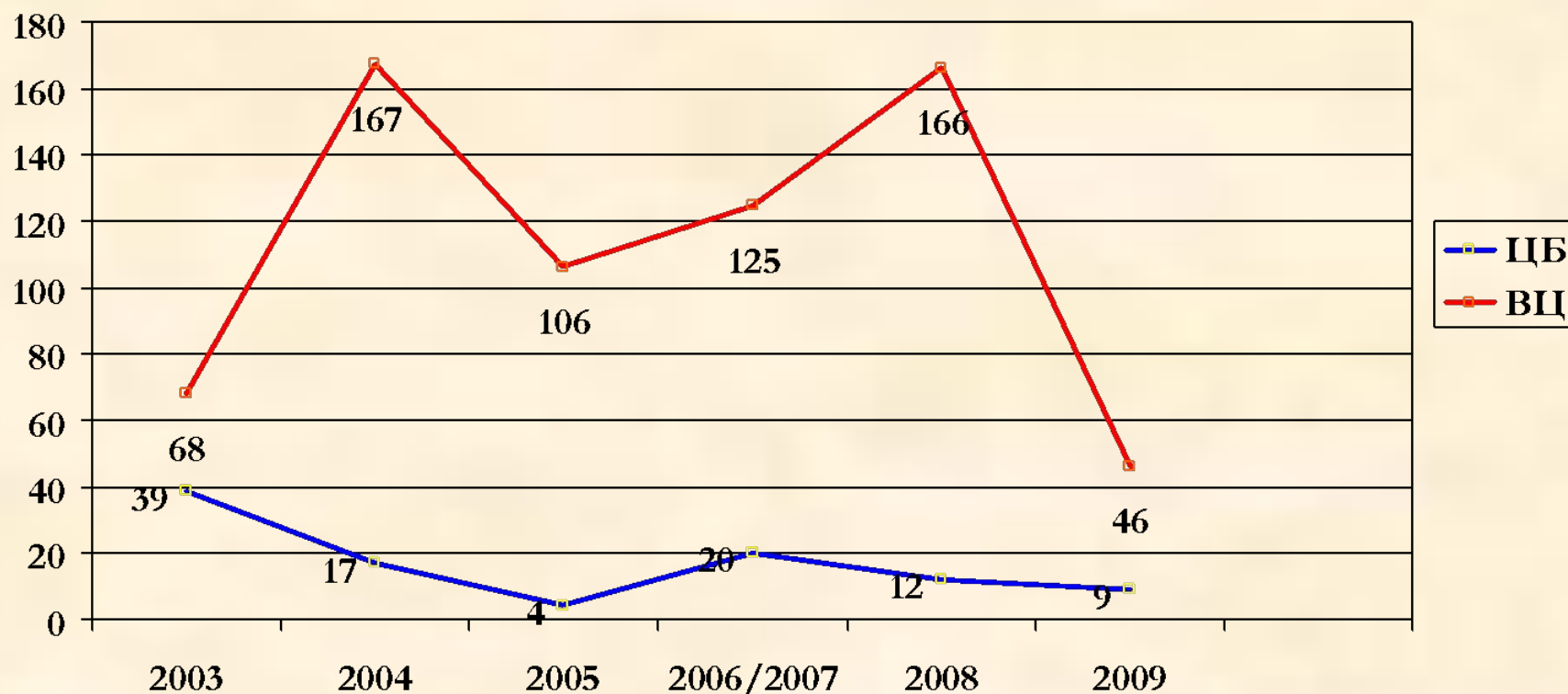
Укомплектованность врачами стоматологами всех профилей не зависимо от форм собственности			Укомплектованность суммарно стоматологами и зубными врачами в государственных ЛПУ		
По РФ	ЦФО	По Брянской области	По РФ	ЦФО	По Брянской области
86,6%	83,0%	85,5%	90,2%	86,9%	72,0%

Усовершенствование врачей СТОМАТОЛОГОВ

N		2008 год	2009 год
1	Центральные базы	12	9
2	Выездной цикл	166	46

Всего прошли обучение 55 человек.

График усовершенствования врачей стоматологов за 7 лет на ЦБ и ВЦ



Всего за 7 лет было усовершенствованно:

На базе ВЦ – 678 человек

На ЦБ – 101 человек

Аттестация врачей стоматологов

N		2008 год	2009 год
1	Аттестовано всего:	14	8
2	из них: Высшая I II	0 10 4	1 6 1
3	Подтверждение категории	50	39

Из общего числа врачей стоматологов 83% имеют квалификационные категории

Учеба средних медицинских работников
стоматологического профиля на базе БМК №1,
ОСП и СП №1

N		2008 год	2009 год
1	Зубные врачи	23	25
2	Зубные техники	30	25
3	Медсестры	94	89
4	Итого	147	139

Аттестация средних медицинских работников стоматологического профиля на базе ОСП

N		2008 год	2009 год
1	Зубные врачи	3	1
2	Зубные техники	3	2
3	Медсестры	23	10
4	Итого	29	13
5	Подтвердили свои категории	88	80

Из общего числа средних медработников стоматологического профиля 84% имеют квалификационные категории



Главный внештатный специалист стоматолог
Министерства здравоохранения и социального
развития Российской Федерации, заслуженный
врач Российской Федерации,
профессор О.О. Янушевич

Концепция развития стоматологической помощи населению Российской Федерации

Предложения к формированию здравоохранения до 2020 года

МОСКВА 2009

I. Введение

Одной из приоритетных задач любого демократического общества является здоровье нации и доступность медицинской помощи для всех граждан.

Стоматологическая помощь является одной из самых востребованных. В первую очередь это обусловлено высокой заболеваемостью, так, заболеваемость кариесом встречается у лиц в возрасте 16-30 лет в 60%, а заболеваемость пародонто в возрастной группе 35-60 лет составляет 95%.

Быстрое развитие платных стоматологических услуг и коммерциализация этой сферы не привели к формированию цивилизованного рынка и, соответственно, повышению качества и доступности стоматологической помощи.

Тенденции развития рынка медицинских услуг и сокращение бюджетного финансирования предопределили готовность населения оплачивать стоматологическую помощь. Эти предпосылки дали возможность говорить о выводе стоматологии за рамки гарантированной государством медицинской помощи, что снизило ее доступность для малообеспеченных слоев населения.

Кроме того, характерными особенностями состояния стоматологической службы в России являются:

- значительное количество государственной, муниципальной и частной собственности (поликлиники, стоматологические кабинеты и т.п.);
- высокая заболеваемость и распространенность стоматологических заболеваний;
- импортозависимость - практически все лечебно-диагностическое оборудование, расходные материалы и медикаменты производятся за рубежом.

Однако нельзя забывать, что стоматологическая помощь включает в себя важнейшие направления, за которые несет ответственность государство, - это обеспечение помощи детям, инвалидам, пенсионерам, другим социально незащищенным группам населения, а также государственные программы профилактики, мониторинг стоматологического здоровья населения и оказание высокотехнологичных видов помощи. Эти разделы являются приоритетными

для здравоохранения любого государства, которое заботится о качестве жизни своих граждан.

Активное государственное регулирование в этой сфере способно и должно создать условия как для обеспечения населения доступной и качественной стоматологической помощью, так и для формирования цивилизованного рынка стоматологических услуг.

Заинтересованные стороны реформирования:

- Население России - доступная и качественная стоматологическая помощь.
- Правительство России, органы государственной власти субъектов Российской Федерации - обеспечение здоровья и качества жизни граждан, мониторинг их изменений, создание эффективной системы оказания стоматологической помощи, развитие цивилизованного и прозрачного рынка, эффективной рыночной экономики¹.
- Участники рынка стоматологических услуг, производства, торговли оборудования и материалов - внятные «правила игры», возможности для развития и инвестиций, разделение ответственности, формирование цивилизованного рынка.

II. Общие положения Программы

1. В основе программы лежит реформирование существующей системы оказания стоматологической помощи населению, при сохранении в рамках государственных гарантий следующих видов помощи:

- первичной стоматологической помощи (оказание помощи при лечении первичного кариеса, а также врожденной патологии);
- всех видов urgentной стоматологической помощи;

¹ Стоматолог во всех странах является индикатором благосостояния среднего класса.

- стоматологической помощи детям (ортодонтическая помощь до 12-летнего возраста);

- высокотехнологичных видов медицинской помощи;
- программ профилактики основных стоматологических заболеваний;
- мониторинг стоматологического здоровья населения;
- подготовка кадров для обеспечения качества стоматологической помощи населению и формирования цивилизованного рынка стоматологических услуг.

2. Для обеспечения работы новой системы необходимо сформировать трехуровневую систему оказания стоматологической помощи населению.

Первый уровень должен быть представлен врачом-стоматологом общей практики (участковым стоматологом). Таким образом, первичным звеном оказания стоматологической помощи является стоматологический территориальный участок.

Территориальные участки должны быть организованы во всех субъектах Российской Федерации, за каждым участком должно быть закреплено население численностью 10000 человек. Территориальный участок выполняет следующие основные функции:

- оказание первичной стоматологической помощи;
- проведение профилактических осмотров населения (1 раз в 6 месяцев);
- мониторинг стоматологического здоровья прикрепленного населения;
- реализация государственных программ профилактики основных стоматологических заболеваний.

В труднодоступных и малонаселенных местностях должны функционировать передвижные стоматологические кабинеты.

Второй уровень стоматологической помощи представлен специализированными стоматологическими учреждениями. Структурной единицей здесь является стоматологическая поликлиника, в которой работают

врачи-стоматологи разных специализаций, оказывающие квалифицированную стоматологическую помощь.

Третий уровень должен быть представлен федеральными региональными центрами (и/или специализированными отделениями многопрофильных больниц) высокотехнологичной стоматологической помощи, оказывающими населению сложные виды лечения (челюстно-лицевая хирургия, сложное протезирование и др.).

3. В основе экономики новой системы лежит три компонента:

Первый компонент - государственные гарантии предоставления бесплатной медицинской помощи, включая обязательное медицинское страхование, которые покрывают расходы по проведению профилактических мероприятий, на оказание urgentной помощи, а также высокотехнологичную медицинскую помощь, обязательное стоматологическое страхование, средства инвесторов - концессионеров.

Второй компонент инновационный - это Обязательное Стоматологическое Страхование (ОСС) для граждан России, обеспечивающее финансирование программных этапов, в размере 1000 рублей в год на одного гражданина. При этом государство предоставляет дотации для наиболее социально защищенных групп населения, которые не могут оплатить. Функционирование второго уровня - специализированной стоматологической помощи - обеспечивается за счет ОСС, отдельные виды стоматологической помощи также за счет средств граждан или страховых компаний в рамках добровольного медицинского страхования.

В целях достижения максимального эффекта от обязательного стоматологического страхования, необходимо обеспечить максимальный уровень ответственности пациентов за своевременное прохождение диспансеризации и профилактических мероприятий, предусмотрев проведение разъяснительных мероприятий и поощрений.

Распределение страхового взноса осуществляется по следующей схеме: 50 % - на обеспечение работы территориальных участков, 30% - на оплату

специализированной стоматологической помощи, 20% - на высокотехнологичные виды помощи. Обязательная стоматологическая страховка должна быть у каждого гражданина России. Работающее население оплачивает стоматологическую страховку самостоятельно, за остальных оплачивают субъекты РФ (муниципальные социальные фонды).

Третий компонент - модернизация материально-технического оснащения и обеспечения, упорядочение вопросов о собственности и управления этой собственностью. Указанная собственность - стоматологические учреждения, кабинеты, требуют реконструкции и модернизации. Современные требования и интенсивное развитие стоматологии обуславливают необходимость увеличения финансирования стоматологических учреждений. Текущее государственное и муниципальное финансирование по метам, а также средства, получаемые от предоставления платных услуг, позволяют лишь поддерживать имеющийся уровень и обеспечивать надбавки к заработной плате сотрудников. На модернизацию, реконструкцию, реализацию профилактических программ и внедрение новых технологий этих средств недостаточно.

Вместе с тем, модернизация и реконструкция материально-технической базы учреждений неизбежно повлечет за собой увеличение объемов текущего финансирования.

Импортозависимость стоматологии как отрасли обуславливает зависимость от колебаний курсов основных валют по отношению к рублю, что называется на стоимости закупок, как правило, в сторону ее увеличения.

41
Обеспечение сохранения объемов стоматологической помощи, в том числе, высокотехнологичной, повышение ее доступности, модернизация и реконструкция учреждений, при условии временного отказа государственных и муниципальных органов от оперативного управления этими учреждениями, в рамках Федерального закона от 21 июля 2005 г. №115-ФЗ «О концессионных соглашениях» и постановления Правительства Российской Федерации от 14

февраля 2009 г. № 138 «Об утверждении типового концессионного соглашения в отношении объектов здравоохранения, в том числе объектов, предназначенных для санаторно-курортного лечения».

При реализации данной схемы изменение целевого назначения реконструируемого объекта концессионного соглашения, а также передача концессионером в залог объекта концессионного соглашения и отчуждение не допускаются.

Продукция и доходы, полученные концессионером в результате осуществления деятельности, предусмотренной концессионным соглашением являются собственностью концессионера, если концессионным соглашением не установлено иное.

Концессионером в данном случае является инвестор, вкладывающий средства в модернизацию и реконструкцию, а концедентом - государство или лицо министерства или соответствующего органа власти. Необходимо учитывать, что на период действия концессионного соглашения учреждение здравоохранения снимается с текущего бюджетного финансирования, что позволяет направить высвободившиеся средства на реализацию профилактических программ, оказание бесплатной стоматологической помощи детскому населению, модернизацию поликлиник и кабинетов, которые не удалось войти в концессионную схему, и др.

При этом те учреждения, которые по тем или иным причинам не вошли в концессионную схему, можно перевести в автономные учреждения в соответствии с Федеральным законом от 3 ноября 2006 г. № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях», что позволит уйти от сметного финансирования и улучшить управляемость и эффективность данных учреждений.

Ответственность руководителя автономного учреждения повышается благодаря необходимости ежегодного опубликования отчетов о деятельности и об использовании закрепленного за ним имущества в соответствии с Федеральным законом от 21 июля 2005 г. № 115-ФЗ «О массовой информации и деятельности специального наблюдательного совета автономного учреждения».

Это позволит модернизировать и реконструировать стоматологические учреждения без дополнительных затрат со стороны государства, а высвободившиеся средства направить на реализацию профилактических программ и организацию системы диспансеризации. Одновременно, это послужит импульсом для развития рынка стоматологического оборудования и расходных материалов, создания новых рабочих мест и условий для обучения специалистов.

III. Основная цель Программы

Основной целью Программы является сохранение стоматологической помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (первичного звена и высокотехнологичных видов помощи), улучшение стоматологической помощи населению и обеспечение её доступности для всех категорий граждан, обеспечение мониторинга стоматологического здоровья населения и контроля над качеством оказываемых стоматологических услуг.

IV. Планируемые долгосрочные результаты Программы

(Стоматологическое здоровье населения к 2020 г. (ВОЗ, Европа):

- свыше 80% детей 6 лет должны иметь интактные зубы, при этом среднее значение индекса кпу временных зубов - не превышать 2,0;

- у 12-летних детей средняя интенсивность кариеса по индексу КПУ не должна превышать 1,5. Среднее количество здоровых секстантов пародонта должно быть не менее 5,5;

- у 15-летних подростков средняя величина индекса КПУ не должна превышать 2,3; при этом значение компонента "К" (нелеченный кариес) должно быть ниже 0,5. Среднее количество здоровых секстантов пародонта - должно

быть не менее 5,0;

- у 18-летних не должно быть зубов, удаленных из-за каariesа и заболеваний пародонта. Среднее количество здоровых секстантов пародонта должно быть не менее 4,0;

- у 35-44-летних средняя величина индекса КПУ зубов не должна превышать 10,0, компонента «У» - 4,0. У 90% лиц этого возраста должно сохраниться 20 или более естественных функционирующих зубов, процент полностью беззубых лиц - не должен превышать 1%. Среднее количество здоровых секстантов пародонта - более 2,0;

- в возрасте 65-74 лет 90% населения должны иметь функционально полноценную окклюзию (естественную или восстановленную протезами), при этом число полностью беззубых лиц - не превышать 1%. Среднее количество секстантов с глубокими карманами - не должно превышать 0,5.

V. Задачи Программы

1. Формирование трехуровневой системы оказания стоматологической помощи в Российской Федерации.

2. Сохранение первичной и высокотехнологичной стоматологической помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

3. Модернизация и реконструкция государственных и муниципальных стоматологических учреждений на основе привлечения инвестиционных ресурсов в рамках действующего законодательства о концессионных соглашениях.

4. Разработка и утверждение единого Порядка оказания стоматологической помощи населению (приказ Минздравсоцразвития России).

5. Разработка, утверждение и внедрение стандартов оказания стоматологической помощи (приказы Минздравсоцразвития России).

6. Введение в действие Обязательного стоматологического

охранения (ОСС) граждан Российской Федерации.

7. Разработка и утверждение нормативных правовых актов, регламентирующих создание и функционирование образуемых территориальных участков.

8. Организация и ведение единого федерального регистра (реестра) специалистов стоматологического профиля.

9. Подготовка и переподготовка кадров для стоматологических участков.

10. Создание единой эффективной системы эпидемиологического мониторинга стоматологических заболеваний.

11. Создание государственных программ профилактики стоматологических заболеваний.

VI. Содержание Программы

Структура организации

Программа направлена на изменение структуры оказания и финансирования стоматологической помощи населению. В рамках реализации программы создается трехуровневая система оказания стоматологической помощи населению.

Первый уровень должен быть представлен стоматологическим территориальным участком (СТУ), в рамках деятельности которого прикрепленное к нему население получает гарантированную государством первичную стоматологическую помощь, проходит диспансерное наблюдение, осуществляется проведение государственных программ профилактики. Объем оказания помощи определяется стандартами, квалификационными характеристиками специалистов и другими нормативными документами.

Второй уровень (специализированная помощь) оказывается профильными специалистами в рамках поликлинических учреждений с разными формами собственности (федеральной, субъекта Российской Федерации, муниципальной и частной).

Третий уровень направлен на обеспечение населения высокотехнологичной (дорогостоящей) помощью за счет бюджетных средств.

Организационно во всех субъектах Российской Федерации действующих муниципальных стоматологических поликлиник формируются стоматологические территориальные участки, к которым прикрепляется население из расчета 1 участок на 10000 человек. Кадровое обеспечение участка следующее - 1 ставка врача-стоматолога (квалификационная характеристика - врач-стоматолог или врач-стоматолог общей практики) и 1 ставка гигиениста стоматологического (квалификационная характеристика - гигиенист стоматологический или зубной врач) и 1,5 ставки ассистента стоматолога (квалификационная характеристика - медицинская сестра или медицинский регистратор).

Стоматологический кабинет, площадью не менее 18 кв. м, оснащенный универсальной стоматологической установкой, системой стерилизации (в отсутствие центральной стерилизации) и системой рентгеноконтроля (в отсутствие рентгенологического отделения).

В территориях с низкой плотностью населения стоматологические территориальные участки будут обеспечиваться прикрепленными передвижными стоматологическими кабинетами, которые будут осуществлять те же функции, что и стационарные стоматологические участки, перемещаясь от одного населенного пункта к другому, в соответствии с утвержденными графиками.

Второй уровень помощи оказывается на базе имеющихся государственных, муниципальных стоматологических поликлиник и стоматологических кабинетов, имеющих в своем составе отделения или кабинеты различных профилей - кардиология, эндодонтия, пародонтология, имплантология, хирургия полости рта, мукология, ортодонтия, ортопедия, гнатология. Кадровое обеспечение - получившие первичную и дополнительную подготовку врач-стоматолог и врач-стоматолог общей практики.

Высокотехнологическая (дорогостоящая) стоматологическая помощь, т.ч. и в области челюстно-лицевой хирургии, должна оказываться в региональных и федеральных центрах за счет средств, выделяемых на эти цели.

Ресурсное обеспечение

Для реализации Программы не потребуется дополнительного финансирования на создание новых лечебных учреждений. Стоматологические территориальные участки формируются на базе имеющихся муниципальных стоматологических поликлиник, стоматологических кабинетов. Для открытия передвижных стоматологических кабинетов используются средства от ОСС. Финансирование программы осуществляется за счет средств обязательной стоматологической страховки в сумме 1 тыс. руб. на одного жителя в год, а также за счет средств, сэкономленных в результате подписания концессионных соглашений. Общая страховая сумма для граждан России должна составлять 2 млрд. руб. в год.

Обеспечение содержания одного стоматологического территориального участка в год может в среднем составить около 3,5 млн. руб. в год, что составит 49 млрд. руб. на все территориальные участки. Для функционирования стоматологических участков из этой суммы необходимо выделить на заработную плату около 30 млрд. руб. в год и на обеспечение работы, оснащение и материалы - 19 млрд. руб. в год. Фонд заработной платы специалистов участка составит 200 тыс. руб. в месяц, а обеспечение стоматологического участка - 150 тыс. руб. в месяц. Средства, собранные от обязательного стоматологического страхования, могут быть распределены на обеспечение определенных социальных групп специализированной стоматологической помощью, финансирование дорогостоящих видов помощи в стоматологии, реализацию государственных программ профилактики.

Сроки реализации программы: 2009-2014 гг.

VII. Этапы реализации Программы

I. Создание при Минздравсоцразвития России тематических рабочих групп из числа ведущих специалистов в области организации стоматологической помощи (ведущие специалисты стоматологических факультетов, медицинских вузов России, профессиональных ассоциаций стоматологов (ЦНИИС и ЧЛХ):

- по разработке Федеральной целевой программы по предупреждению распространения стоматологических заболеваний в Российской Федерации;

- по разработке единого Порядка оказания стоматологической помощи населению (приказ Минздравсоцразвития России);

- по подготовке протоколов ведения и стандартов оказания стоматологической помощи;

- по разработке квалификационных характеристик специалистов стоматологического профиля.

II. Подготовка рабочими группами программы, стандартов, протоколов и квалификационных характеристик специалистов.

III. Обсуждение Программы.

IV. Аprobация Программы в рамках пилотного проекта в субъектах Российской Федерации).

V. Утверждение Программы и введение Обязательной Стоматологической Страховки.

VI. Формирование 14000 стоматологических территориальных участков на базе имеющегося муниципального или федерального стоматологических клиник и обеспечение функционирования созданных участков в рамках предложенной программы (до конца 2012 года).

VII. Вывод специализированной стоматологической помощи на систему добровольного медицинского страхования и платной помощи с сохранением 20 % от ОСС для сирот, детей-инвалидов, детей

дообеспеченных семей, пенсионеров и др. социальных групп (до конца 2012 года).

VIII. Организация работы имеющихся федеральных и региональных центров оказания высокотехнологической стоматологической помощи в субъектах Российской Федерации (до конца 2012 года).

IX. Создание единой государственной системы управления стоматологической службой (до конца 2012 года).

VIII. Выводы

Принятие настоящей Программы потребует дополнительного финансирования только в части, касающейся создания региональных стоматологических центров оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а в случае успешного развития концессионной схемы требуемые для этих целей средства могут быть сэкономлены при реализации концессионных соглашений.

работа

N		2008 год	2009 год	Динамика (-уменьшение -увеличение)	%
1	всего посещений	1380898	1415124	34226	2,4
2	из них первично обратившихся	579064	551443	27621	4,7
3	вылечено зубов всего	641182	653066	11884	1,9
4	из них по поводу кариеса	487737	481512	6225	1,27
5	по поводу осложненного кариеса	153445	171554	18109	11,8
6	проведен курс лечения больных по поводу заболеваний пародонта	14556	14614	58	0,3
7	по поводу заболеваний слизистой оболочки полости рта	8170	9708	1538	18,8
8	удалено постоянных зубов	208768	208350	418	0,2
9	всего санировано	259821	273246	13425	5,2
10	количество санированных от числа первично обратившихся	221401	273516	51845	23,4
11	процент санированных от первично обратившихся	45	49,6	-	4,6
12	проведено операций	16732	12307	4425	26,4
13	число посещений на одного жителя	1,1	1,1	-	-

в год

Основные показатели работы врачей стоматологов

N		2008 год	2009 год	Динамика (-уменьшение -увеличение)	%
1	Всего санировано	259821	273246	13425	5,2
2	из них взрослого населения	192156	203365	11209	5,8
3	санировано от всего первично обратившегося взрослого населения	44%	48,4%		4,4
4	с профилактической целью осмотрено взрослого населения	177361	73919	103442	58
5	из них нуждалось в санации	102365	46194	56171	54,9
6	или в процентах	57,7%	63,0%		
7	санировано от числа нуждавшихся	61111	26645	34466	56,3
8	или в процентах	59,7%	58,0%		

Стоматологическая помощь детскому населению

N		2008 год	2009 год	Динамика (-уменьшение -увеличение)	%
1	всего принято детей вместе с подростками	398785	399605	820	0,2
2	из них первично обратившихся	155951	161569	5618	3,6
3	всего санировано детского населения	67665	69881	2216	3,3
4	всего санировано детей и подростков от первично обратившихся	26389	48405	22016	83
5	вылечено постоянных зубов	80387	125056	44669	55,6
6	удалено постоянных зубов	5471	6064	593	10,9
7	ортодонтическое лечение получили	4063	3420	643	15,8
8	из них детей до 14 лет	3510	3215	295	8,4
9	подростков	288	205	83	28,8

Санация организованных групп ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Всего стационарных кабинетов в области – 47. (в 2006 году - 56)

Из них:

- **Брянск – 30**
- **Районы области – 17**

	2008 год	2009 год	Динамика (-уменьшение -увеличение)
Охват санацией школ области	89	104	15
% от общего числа школ (785)	11,3	13,2	1,9
Охват санацией детских садов	27	34	7
% от общего числа детских садов (380)	7,1	9	1,9

детского населения. С профилактической целью было осмотрено детей

N		2008 год	2009 год	Динамика (-уменьшение -увеличение)	%
1	дети и подростки	101862	77888	23980	23,5
2	из них нуждалось в санации от осмотренных	59758	60149	391	0,7
3	санировано всего от нуждавшихся	35982	33300	2682	7,5
4	процент охвата профосмотром	33%	34%		1
5	процент охвата профилактической плановой санацией	28%	26%		2
6	санировано детей на 10000 детского населения	1514	1448	66	4,3

Пик процента охвата проф. осмотрами детского населения приходится на 2003 год и составляет 44,5%, так же на 2003 год приходится пик санированных детей на 10 тыс. населения и составляет 4447 человек. Пик охвата профилактической плановой санацией приходится на 2007 год и составляет 43,7%.

Кадры ортопедических отделений области

	2008 год	2009 год	Динамика (-уменьшение -увеличение)
Врачи-ортопеды – штатных должностей	108	110,25	2,25
занято	96	97,25	1,25
физических лиц	81	83	2,0
Зубные техники – штатных должностей	197	223,25	26,25
занято	170	190,25	20,25
физических лиц	167	189	22,0

Основные показатели работы врачей ортопедических отделений

N		2008 год	2009 год	Динамика (-уменьшение -увеличение)	%
1	Всего принято пациентов врачами ортопедами	215981	216917	936	0,4
2	число лиц, получивших протезы	18600	17478	1122	6
3	всего по области изготовлено	53855	50256	3599	6,7
4	протезов финансовый план выполнен на сумму (по факту)	62815712	74375277,27	32616079,87	52
5	финансовый план одного ортопеда за год(по области)	775502	896087	120585	
6	за месяц (по области)	70500	81454	10954	
7	за месяц (по ОСП)	85000	95000	10000	11,7
8	стоимость одного запротези- рованного пациента за наличный расчет	3349	4255,37	906,37	27

В 2009 году лиц получивших протезы бесплатно **нет**.

Число лиц получивших протезы с частичной льготой 5692 человек.
(постановление администрации Брянской области № 611 от 16.10.2006 года)

**оплаты за зубопротезирование
органами соц. защиты Брянской
области (2007-2009 гг)**

	2007	2008	2009
Освоено средств (руб.)	10115775	10244447	12500000
Получили льготы (чел.)	5192	5065	5962
Средняя стоимость (руб.)	1948	2022	2096

показатели работы стоматологической службы Брянской области

N		2008 год	2009 год
1	число посещений на одного жителя в год	1,1	1,1
2	число посещенной на одного врача в день	16,7	16,8
3	количество пломб в день	7,7	7,8
4	количество санаций	3,1	3,2
5	количество УЕТ на одного врача	43,6	42
6	соотношение не осложненного кариеса к осложненному	2,6:1	2,8:1
7	соотношение вылеченных зубов к удаленным	2,9:1	2,6:1
8	изготовлено имплантатов	77,0	23,0
9	удельный вес бюгельных протезов от числа всех	23,4	25,8
10	частичных съемных протезов удельный вес полных съемных протезов от числа	38,0	35,3
11	всех съемных протезов процент эстетических видов работ	40,4	44,2
12	число лиц, получивших протезы, на 10000 населения	171,5	138,7
13	удельный вес фасеток в м/протезах	50,2	53,1

ВЫВОДЫ

- 1. В 2009 году продолжилась модернизация и улучшение стоматологической службы Брянской области в таких районах как в Жирятинском, Выгоничском, Брянском районах.**
- 2. Значительное место в работе стоматологической службы области занимает постдипломная подготовка кадров. Согласно плана постдипломной подготовки кадров, совместно с Департаментом здравоохранения прошли подготовку на центральной базе и выездном цикле 55 врачей стоматологов. На выездном цикле СГМА обучилось 46 человек, средняя стоимость обучения 1 –го курсанта составила 12000 руб. (в 2008г. – Саратовский Государственный медицинский университете – 9135,5 руб. за счет средств областного бюджета по плану ДЗ).**

ВЫВОДЫ

- 3. Проведена работа по обеспечению детскими стоматологами детской стоматологической службы, проведено их обучение и сертификация. В городе Брянске 24 детских стоматолога, что составило 60% укомплектации от нуждаемости. По области 40 детских стоматологов, укомплектованность 57%. Профилактическую работу проводят централизованным методом. Большой охват профилактической работой ведется в Комаричском и Погарском районах. Необходимо продолжать программу профилактической санации полости рта у детей, для чего необходимо финансирование.**
- 4. В лечебно-профилактической работе врачей стоматологов Брянской области и г. Брянска освоены и внедрены новые методики:**
 - 4.1. В лечебно-профилактической работе внедрен двухэтапный метод дентальной имплантации с последующим протезированием на имплантах 4-го поколения.**
 - 4.2. Обтурация корневых каналов при лечении осложненного кариеса гуттаперчевыми штифтами и термофилами.**
 - 4.3. Эндодантическое лечение каналов с ультразвуковой очисткой.**

Выводы

5. Приобретены аппараты по изготовлению гибких протезов «EVOX V8» в г. Брянске в стоматологической поликлинике №3, г. Клинцы.
6. По программе научно – практической конференции «Дни Смоленской стоматологии в г. Брянске» совместно с фирмой «ЗМ» проведены двухдневные тематические мастер классы с практической демонстрацией новых технологий на пациенте и на фантоме, что способствует повышению профессиональной подготовки стоматологических кадров.
7. Доведена информация до врачей – стоматологов по итогам 21 и 22 Всероссийской научно – практической конференции стоматологов;
24 и 25 Международного стоматологического форумов;
12 Съезда стоматологической ассоциации России;
рабочего совещания Министерства здравоохранения и социального развития РФ 17.07.2009 г в г. Москве и в ноябре 2009 г в г. Белгороде.

Выводы

8. Руководителями стоматологической службы совместно с департаментом здравоохранения Брянской области проводится постоянная работа по контролю за соблюдением лицензионных требований.
9. Большая работа проведена ОМК областной стоматологической поликлиники по сбору учётно – отчетной документации по области, проводится мониторинг работы ОМК совместно с ОМС и МИАЦ по городу и области. Подводятся итоги работы стоматологической службы области, анализируются качественные и количественные показатели работы стоматологической службы.
10. ОМК проведена большая организационная работа по сбору списков, формированию групп нуждающихся в повышении квалификации врачей – стоматологов и проведению выездных сертификационных курсов в ноябре – декабре 2009 года совместно с СГМА.

Выводы

11. В течение года неоднократно предоставлялся материал о работе стоматологической службы в «Брянскую медицинскую газету», «Брянский медицинский вестник». В журнале «Смоленский медицинский вестник» опубликованы статьи по обобщению и анализу опыта работы на лазерной установке «Скальпель – 1» в хирургической практике, применении гелий-неонового лазера в стоматологии.

Предложения

1. Для выполнения плана постдипломного образования и удовлетворения потребности, в своевременном повышении квалификации врачей стоматологов провести на базе ГУЗ «Областная стоматологическая поликлиника» г. Брянска выездной цикл усовершенствования врачей за счет средств внебюджета и личных средств курсантов и спонсоров.
2. В целях повышения фактора профилактической направленности в работе врачей стоматологов, а также интенсификации труда внедрить систему учета работы врачей стоматологического профиля по УЕТ (условно трудовым единицам) по согласованию с Департаментом здравоохранения Брянской области и страховыми компаниями, БТФОМС.

Предложения

3. В случае продолжения финансирования целевых программ по модернизации офисов врачебной практики продолжить модернизацию и замену старого медицинского стоматологического оборудования.
4. Начать работу по восстановлению и модернизации стационарных школьных стоматологических кабинетов при условии финансирования целевой программы по детской стоматологии.

Работа САБО с вышестоящими организациями и министерствами

В течении 2009 года САБО в целях совершенствования нормативных документов, действующих в стоматологии, обращалась в различные инстанции со следующими инициативами:

1. В ноябре 2009 года обращались в БТФОМС и ДЗ Брянской области с предложением об изменении системы оплаты стоматологических услуг, оказанных в системе ОМС, по условным единицам трудоемкости (УЕТ).

В ноябре и декабре 2009 года стоматологическая ассоциация совместно с БТФОМС проводила работу по переходу на оплату по УЕТ.

Работа САБО с вышестоящими организациями и министерствами

В результате чего 3 марта 2010 года **генеральным тарифным соглашением №2** внесено изменение в систему оплаты стоматологических услуг. С 1 июня 2010 года оплата стоматологических услуг в системе ОМС будет осуществляться по УЕТ.

Тариф 1 УЕТ для взрослого населения 38,60.

для детского населения - 49,40.

Утвержден классификатор стоматологических услуг в УЕТ и инструкция по его применению.

2. В декабре 2009 года САБО выходила на городской совет народных депутатов с инициативой о предоставлении льгот инвалидам и ветеранам ВОВ в части зубопротезирования в рамках программы мероприятий, посвященных 65-летию победы в ВОВ.

Инициатива была отклонена. (письмо комитета по делам молодежи, семьи, материнства и детства Брянской городской администрации исх. №34/06-420и от 25.02.2010 года).

Работа САБО с вышестоящими организациями и министерствами

3. Благодаря инициативе САБО и ДЗ Брянской области с 2006 года и до сих пор действует постановление администрации Брянской области № 611 от 16.10.2006 года по социальной поддержке региональным льготникам при зубном протезировании (возмещается до 75% стоимости зубопротезирования, но не выше 2500 руб.).
- Так в 2009 году через органы социальной защиты населения такую компенсацию получили 5692 человека на сумму 12 мл. 500 тыс. рублей.

Работа САБО с вышестоящими организациями и министерствами

4. В декабре 2009 года САБО обращалась в Минздравсоцразвития РФ в связи с выходом приказа Минздравсоцразвития РФ № 893 от 12.11.2009 года, которым был отменен приказ № 50 от 25.01.1988 года, являющийся до сих пор основополагающим в системе учета врачей стоматологического профиля. Было получено письмо от 03.02.2010 года с разъяснениями о дальнейшей работе стоматологической службы по согласованию порядка оказания стоматологической помощи с ТФОМС на региональном уровне.

ИНФОРМАЦИЯ

Данные по итогам работы стоматологической службы Брянской области, а так же «Концепцию развития стоматологической помощи населению РФ» Вы можете найти на нашем сайте

www.obl-stomat32.ru

в разделе «Новости»