|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Государственное образовательное учреждение**  **Всероссийский учебный научно-медицинский центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию МЗ РФ**  **Медицинский колледж**    КУРСОВАЯ РАБОТА  На тему: **Правовая природа стоматологических услуг**  **Студент: Куцикова Т.В.**  **Преподаватель: Животов П.Ф.**  **Москва**  **2004**  **Содержание………………………………………………………………стр.**  **Введение …………………………………………………………………. 3**   1. **Из истории становления зубоврачебного дела……………………5** 2. **Организационно-правовое обеспечение стоматологической**   **услуги. Правовая природа стоматологических услуг…………..11**  **3. Стандартизация и стандарты качества в стоматологии………..17**  **4. Право на обслуживание в условиях, соответствующих**  **санитарно-гигиеническим требованиям………………………….24**  **Заключение……………………………………………………………....27**  **Список использованных источников…………………………………28**  **Введение**  На современном этапе развития российского общества особую актуальность приобретают вопросы правовой охраны главных ценностей человека его жизни и здоровья. Законы и иные нормативные акты представляют весьма важными инструментами, посредством которых может быть реализовано право гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь, закрепленные в Конституции России. Конечно, не все проблемы могут быть решены законами. Однако улучшение в деле охраны здоровья людей невозможно без соответствующей правовой базы Обеспечение конституционного права человека и гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь в условиях происходящих в нашей стране социально-экономических реформ и потрясений последних лет является чрезвычайно сложной проблемой. Это всецело касается и такого массового вида медицинского обслуживания, каковым является стоматологическая помощь. Значение данного сектора охраны здоровья определяется прежде всего высокими, и при этом не имеющими пока тенденции к снижению, показателям стоматологической заболеваемости населения. Болезни зубов и полости рта являются самым распространенным видом патологии человеческого организма. Практически все люди (98-99%) с раннего детства и до глубокой старости нуждаются в тех или иных видах и объемах стоматологической помощи Поэтому как в развитых, так и в развивающихся странах мира стоматологическая служба потребляет примерно 10% и более всех финансовых ресурсов здравоохранения. В России же финансирование стоматологической помощи в основном обеспечивается прямыми платежами самих пациентов, а государство выделяет на эти цели менее 4% от общего объема т.н. консолидированного бюджета здравоохранения. Такое обстоятельство весьма наглядно свидетельствует об имеющей место недооценке проблем практической стоматологии со стороны органов управления здравоохранением. Видимо, в определенной мере это связано с тем, что практически все организационные решения в органах исполнительной власти, как правило, принимаются людьми, не имеющими достаточных знаний в области стоматологии и представляющими в основном иные базовые врачебные квалификации (врачи-лечебники, санитарные врачи, педиатры). Несмотря на то, что любому специалисту с высшим медицинским образованием должно быть известно о роли и значении факторов состояния органов и тканей полости рта для здоровья человеческого организма в целом, представляется маловероятным, что врач другой специальности (не стоматолог) отдаст когда-либо свое предпочтение проблемам организации стоматологической помощи при определении приоритетов развития системы здравоохранения. К сожалению, в нашей стране сегодня есть все основания для констатации факта серьезного отставания уровня правового обеспечения служб охраны здоровья от требований времени. Необходимо согласиться с мнением президента Стоматологической Ассоциации России, главного стоматолога Минздрава РФ профессора В.К.Леонтьева, что серьезная законодательная и распорядительная база, которая могла бы стать основой работы здравоохранения в новых, рыночных условиях хозяйствования, еще не создана. Фактически отечественная система здравоохранения в новых условиях функционирует, зачастую используя старые методы, опираясь на прежние, главным образом подзаконные, нормативные акты, руководствуясь устаревшими подходами и стереотипами. Отчасти это обусловлено тем, что руководство здравоохранением и принятие управленческих решений в основном осуществляется прежней номенклатурой. Видимо, известную долю моральной ответственности за несовершенство нормативной базы здравоохранения наряду с нашими законодателями и чиновниками должны нести и представители отечественной юридической науки, в центре внимания которых зачастую находятся вопросы правового регулирования более конъюнктурных, чем медицина, сфер деятельности, как, например, банковская, внешнеэкономическая или страховая. | | | | |
|  | |  |  | |
| **1. Из истории становления зубоврачебного дела.**  Отечественное законодательство в области здравоохранения формировалось на протяжении многих столетий. Еще в XI в. в Уставе великого князя Владимира Святославовича было определено и узаконено правовое положение врачей. В дальнейшем (XII в.).7 "Русская правда" Ярослава Мудрого закрепила право медицинской практики на территории Киевской Руси.  Первое упоминание о нормативной регламентации медицинской помощи в Русском государстве относится к XVI в., когда при царе Иване Грозном был разработан законодательный сборник "Стоглав", большой раздел которого касался правил содержания больниц. В тот же период с целью надзор за медицинской деятельностью была организована Аптекарская палата (в дальнейшем - Аптекарский приказ), а для зубоврачебной помощи были специально выписаны из Англии аптекари и цирюльники  Значительное продвижение зубоврачебное дело получило в период реформ Петра Великого, который в 1710г. впервые ввел в официальный оборот звание "зубной врач". Позднее, определенную роль в развитии отечественной стоматологии сыграли основанные в 1733 г. госпитальные школы, выпускники которых, кроме всего прочего, имели навыки в оказании зубоврачебной помощи  Первыми признанными специалистами зубоврачебного дела в России XVIII в. были приезжие иностранцы. Однако еще на протяжении долгого времени услуги зубоврачебного характера в основном фактически нелегально продолжали оказывать представители сторонних профессий банщики, цирюльники, мозольные операторы, ювелиры, граверы и т.д., и т.п. Так, в Петербурге в XVIII в. из числа иностранцев, практикующих различные виды зубоврачебной помощи, только трое имели официальное разрешение Медицинской коллегии. Тем не менее в начале XIX в. ряды зубных врачей-иностранцев, по выражению А. П. Левицкого (1900) "начинают пополняться русскими зубными врачами, уже в России получившими свою подготовку".    С 1809 г. начинает издаваться "Российский медицинский список", содержащий сведения о специалистах в различных областях медицины, в том числе и в области зубоврачевания. В первом издании этого документа числилось всего 18 дантистов, что составляло менее 1% от общего числа всех официально зарегистрированных в стране врачей.  Важно отметить, что зубоврачебные кадры в России длительное время готовились путем индивидуального ученичества в кабинетах частнопрактикующих врачей. При этом, согласно циркуляру, утвержденному императором Александром I в 1810г., получить право на работу в качестве "зубного лекаря" можно было только после специального экзамена при Медико-хирургической академии или Университете.  Очевидный дефицит "зубных лекарей" привел к тому, что в 1829 г. был опубликован закон, разрешающий женщинам заниматься зубоврачеванием .  В своде законов Российской империи, изданном в 1832 г., специалисты по зубным болезням определялись как "зубные врачи", а в законе 1838 г. - как "дантисты".  Требования, предъявляемые к ним в те времена, были очень невысокие. В России тогда еще не было специальных учебных заведений по подготовке зубных врачей. Эта проблема была критически проанализирована Я.Л.Джемс-Леви в работе "О дантистах" (1877), где отмечалось, что российское законодательство в отношении зубоврачебного дела совершенно не соответствовало состоянию научных знаний и требованиям жизни того периода.  Начало самостоятельного зубоврачебного образования в России относят к 1881 г., когда дантистом Ф.И. Важинским в Санкт-Петербурге была открыта "Первая русская школа для изучения зубоврачебного искусства". Вслед за этим аналогичные учебные заведения открылись в других крупных городах страны, и к 1898 г. на ее территории насчитывалось уже более 20 зубоврачебных школ.  После принятия в 1912 году закона о страховании рабочих на случай болезни в России по существу начала складываться система обязательного медицинского страхования. Несмотря на ограниченный характер этого закона, распространявшего свое действие только на 20% лиц наемного труда, в целом он имел весьма важное значение для оформления правовой базы отечественного здравоохранения.  Причем особая роль в создании условий для решения проблемы организации помощи застрахованным отводилась зубоврачебной корпорации, что было чрезвычайно важно, если принять во внимание фактическое отсутствие специальных стоматологических клиник, за исключением единичных зубоамбулаторий в отдельных городах Российской Империи.  Надо признать, что начало масштабной государственной организации стоматологической помощи населению относится к советскому периоду отечественной истории. В 1918 г. Наркомздрав принял целый пакет соответствующих нормативных актов, включая "Положение о зубоврачебной подсекции комиссариата и ученой одонтологической комиссии" и постановления "О государственной организации зубоврачебной помощи в Республике", "О реформе зубоврачебного образования", "Об учете зубоврачебных и зуботехнических материалов", "Об образовании зубоврачебных ячеек при медико-санитарных отделах губсовдепов". На основании этих документов в первые годы советской власти был осуществлен целый ряд мер, в том числе и весьма радикальных, по перестройке старого частнокабинетного зубоврачевания в единую государственную систему стоматологической помощи.  К началу 30-х годов в стране функционировали различные типы стоматологических учреждений, включая специальные зубоврачебные амбулатории (общего пользования, для застрахованных и школьно-профилактические), зубоврачебные кабинеты при больницах и общих амбулаториях, частные зубоврачебные кабинеты и самостоятельные зубопротезные учреждения. По Приказу Наркомздрава от 09.06.1935 г. №468 во многих крупных городах были открыты стоматологические институты и факультеты, а также курсы переквалификации зубных врачей в стоматологов. На состоявшейся летом 1940 г. коллегии Наркомздрава СССР было принято решение о переходе с 1943/44 учебного года на подготовку специалистов стоматологического профиля только через систему стоматологических институтов. Но реализации запланированных мероприятий помешала война.  После войны Министерством здравоохранения СССР был издан ряд приказов, посвященных различным аспектам организации стоматологической помощи (от 03.07.46 №417; от 10.09.47 №363; от 31.12.47 №550; от 27.07.49 №549; от 04.02.50 №87 и др.). Так, например, Приказом от 10.09.1947 г. №36: была установлена необходимость организации отделов, секторов и инспекций по стоматологической помощи в составе лечпрофуправлений и должностей внештатных областных и городских стоматологов при всех соответствующих отделах здравоохранения.  В 50-е годы наметилась характерная для дальнейшего развития отечественной стоматологической службы особенность, заключающаяся в организации крупных поликлиник. В Постановлении Совета Министров СССР от 12.08.1961 г. №738 "О мерах по улучшению стоматологической помощи населению" были отмечены факты, свидетельствующие об отставании стоматологической службы, и определена программа по преодолению имеющихся недостатков. Конкретные пути осуществления этой программы были предусмотрены Приказом Минздрава СССР от 02.09.1961 г. №386.  Принятые в 1976 г. Постановление Совета Министров СССР №916 "О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению" и одноименный Приказ Минздрава СССР за №1166 предполагали дальнейшее наращивание сети стоматологических учреждений, переход к участковому принципу стоматологического обслуживания, организацию круглосуточной неотложной стоматологической помощи в крупных городах страны, проведение эксперимента по учету труда врачей на основании фактически выполненной работы, а не в зависимости от числа посещений.  Кроме того, Приказом были утверждены "Положение о стоматологической поликлинике" и примерные должностные инструкции сотрудников стоматологических поликлиник.  Для 80-х годов характерно продолжение экстенсивного роста сети стоматологических учреждений, в результате чего число стоматологических поликлиник увеличилось за 10 лет в 1,6 раза, а обеспеченность врачами стоматологического профиля составила к 1990 г. в среднем 4,9 на 10 тысяч населения. Однако стоматологическое обслуживание в связи с этим практически не улучшилось. Отставание системы организации и качества стоматологической помощи от достижений медицинской науки и возможностей практики констатировалось в Приказе Минздрава СССР от 12.06.1984 г. №670. Там же признавалось, что сложившаяся негативная ситуация является следствием невнимания и низкого уровня руководства стоматологической службой со стороны органов здравоохранения. В целях оптимизации данного положения приказ предусматривал целую программу конкретных мероприятий по различным аспектам управления, а также кадрового и материально-технического обеспечения.  В связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 25.01.1988 г. №50 стоматологические учреждения перешли на новую систему учета работы врачей, проводящих терапевтический, хирургический и детский приемы, по условным единицам трудоемкости (УЕТ), являющихся своего рода экономическим эквивалентом трудозатрат на выполнение клинических мероприятий по стоматологическому обслуживанию. Настоящий приказ также предусматривал совершенствование организации амбулаторного приема на принципах максимального объема помощи в одно посещение. Однако предоставление со стороны Минздрава СССР (Приказы: от 8.05.1987 г. №647; от 22.07.1987 г. №902; от 13.08.1987 г. №955; от 10.02.1988 г. №90) дополнительных прав руководителям органов и учреждений здравоохранения по введению индивидуальных для регионов штатных нормативов должностей и норм нагрузок привело, в результате, к сокращению как общего числа посещений, так и объема помощи, оказываемой одному больному за одно посещение. Таким образом, вторая половина 80-х годов характеризуется снижением всех основных показателей деятельности государственной стоматологической службы.  В 1988 г. было принято несколько нормативных актов, призванных определить дальнейшее развитие практической стоматологии в нашей стране. Так, в частности, изданный Минздравом СССР совместно с Госкомитетом СССР по народному образованию Приказ от 11.08.1988 г. №639/271 был посвящен мерам по профилактике стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах. Другим своим Приказом от 18.11.1988 г. №830 Минздрав СССР утвердил "Комплексную программу развития стоматологической помощи в СССР до 2000 года". Однако большая часть намеченных этими документами мероприятий, к сожалению, так и осталась на бумаге.  С принятием в 1991 г. и введением в действие в полном объеме с 1993 г. Закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" по существу произошло изменение государственной политики в сфере организации охраны здоровья населения, началось формирование новых социально-экономических отношений в системе лечебно-профилактической помощи с интеграцией ее в реальную, и при этом весьма жесткую, экономическую среду. Переход к системе медицинского страхования сопрововождался развитием соответствующей нормативной базы. Необходимо отметить, что в советский период истории страны вопрос развития стоматологии в основном регламентировались государством через различные подзаконные нормативные акты (декреты, постановления приказы, циркулярные письма и т.д.). В 1969 г. были приняты Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении, а в 1971 Закон РСФСР "О здравоохранении". В известной мере эти документы значительно способствовали совершенствованию правовых основ здравоохранения.  Изменение ситуации в стране в начале 90-х годов и наличие явных противоречий в законодательном обеспечении многих вопросов, связанных охраной здоровья и функционированием области здравоохранения, вызвал необходимость создания новой правовой базы. В связи с этим 22 июля 1993г. были приняты Основы законодательства Российской Федерации "Об охране здоровья граждан", в которых согласно международным правовым нормам закреплен приоритет прав человека в сфере охраны здоровья, восстановлено нарушенное равновесие между интересами личности и общества определены права пациентов, отсутствующие в прежнем советском законодательстве. Таким образом, новая правовая база в здравоохранении сегодня уже является объективной реальностью в виде действующих Основ законодательства Российской Федерации "Об охране здоровья граждан" и некоторых других федеральных законов. Правда, они охватывают еще далеко не все проблемы отношений человека и медицинской сферы. | | | | |
|  | |  |  | |
| **2. Организационно-правовое обеспечение стоматологической услуги. Правовая природа стоматологических услуг.** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Существуют различные мнения о правовой природе отношений, возникающих между клиникой и пациентом по поводу медицинской помощи вообще и стоматологической в частности. Между тем, этот вопрос следует признать ключевым для определения правового режима осуществления стоматологической практики.  Есть мнение, что отношения в сфере стоматологического обслуживания имеют преимущественно административно-правовую природу и лишь причинение материального вреда пациенту в стоматологической клинике служит основанием для возникновения юридических обязательств по возмещению причиненного ущерба. Подобные взгляды были широко распространены в эпоху советского здравоохранения, когда медицинская помощь населению рассматривалась как особая государственная функция.      Для такого подхода были характерны следующие черты:   - неравноправное положение участников процесса стоматологической помощи;   - регулирование отношений между ними нормативными актами органов государственного управления;   - рассмотрение споров, как правило, в административном порядке.      В условиях демократизации жизни общества и развития рыночных отношений правильной представляется более обоснованная точка зрения, согласно которой возникающие между клиникой и пациентом отношения по своей сути являются гражданско-правовыми и характеризуются равноправием обеих сторон, а не подчинением одной стороны (пациента) другой стороне (клинике). Такой подход соответствует нормам цивилизованного общества и достаточно убедительно выражен в современной юридической литературе.  Между тем, законодательное закрепление правовой категории услуги за медицинской деятельностью до сих пор вызывает неприятие не только среди врачей, но и среди юристов. Врачам, особенно старой школы, иногда еще не так просто свыкнуться с ролью исполнителей стоматологических услуг в интересах их потребителей (пациентов). Точно так же администрации стоматологических служб, прежде всего в лице главных врачей государственных поликлиник, еще трудно воспринимать стоматологическую помощь в качестве своего рода продукта, подлежащего реализации. В свою очередь юристы пытаются найти точку отсчета, критерии право вой оценки существа медицинской услуги.  Вместе с тем сегодня можно достаточно уверенно констатировать, что медицинская услуга уже обретает свое правовое содержание в новых социально-экономических условиях. Таким образом, к стоматологической практике вполне применимы нормы действующего гражданского законодательства, согласно которым по договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги (статья 779 Гражданского кодекса РФ).      Любая услуга - есть полезное действие, удовлетворяющее потребность того, кто в ней нуждается (это действие, приносящее пользу другому).      Следовательно, стоматологическая услуга есть необходимое и достаточное профессиональное действие, осуществляемое по отношению к пациенту с профилактической, диагностической, лечебной и (или) реабилитационной целью. В связи с этим стоматологической услугой признается мероприятие (или комплекс мероприятий), направленное на профилактику болезней зубов и полости рта, их диагностику и лечение, имеющее самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.      Иногда необходимо дифференцировать понятие "стоматологическая услуга" от понятия "стоматологическая помощь". По сути, стоматологическая помощь - это комплекс мероприятий, включающий стоматологические услуги, организационно-техническое, санитарно-противоэпидемическое, лекарственное и другое обеспечение, направленный на удовлетворение потребностей человека в поддержании и восстановлении его стоматологического здоровья. Иными словами, "стоматологическая услуга" и "стоматологическая помощь" - близкие, но не идентичные понятия. Стоматологическая помощь - понятие, несомненно, более широкое, чем стоматологическая услуга.  В развитие темы о многообразии понимания термина "услуга" заслуживает внимания его официальное толкование, принятое Международной организацией по стандартизации (ИСО), согласно которому услуга - это результат непосредственного взаимодействия исполнителя и потребителя, а также собственной деятельности исполнителя по удовлетворению потребностей потребителя (МС ИСО 9004-2; ГОСТ 50646).      Несмотря на большое разнообразие услуг, все они имеют четыре основных признака, отличающих любую услугу от товара.      Этими универсальными отличительными признаками считаются:   - неосязаемость;   - несохраняемость;   - неотделимость от источника;   - непостоянство качества.   Неосязаемость услуги связана с нематериальным характером ее производства и означает, что услугу практически невозможно увидеть или ощутить до момента ее потребления. Однако для повышения ее "осязаемости" в ряде случаев можно дать некоторое представление о характере конкретной услуги. Например, можно продемонстрировать пациенту фотографии с результатами эстетической реставрации зубов. Кроме того, следует учесть, что принцип неосязаемости применим к значительной части стоматологических услуг лишь с определенной долей условности, ввиду появления в процессе их оказания тех или иных вещественных атрибутов.      Услугу невозможно сохранить для дальнейшего предоставления. Оказать услугу можно только тогда, когда есть пациент. Поэтому производство и потребление услуг тесно взаимосвязаны, их нельзя отделить друг от друга. Отсюда несохраняемость услуг и неотделимость их от источника.      Неизбежным следствием неотделимости производства и потребления услуг является неоднородность или изменчивость их исполнения, поэтому качественные характеристики услуг могут варьироваться в достаточно широких пределах. Причем важно учесть, что качество результатов многих стоматологических услуг зависит не только от уровня профессионализма их исполнителя (врача) и обстоятельств их производства (клиники), но и от индивидуальных особенностей организма пациента.  Важной особенностью стоматологических услуг является то, что многие из них имеют вещественные атрибуты, Т.е. конкретные материальные результаты в виде пломб, различных конструкций зубных протезов, имплантантов, ортодонтических аппаратов. Данное обстоятельство существенно отличает стоматологическую помощь от большинства других видов медицинской деятельности, предопределяя возможные особенности договорных отношений при осуществлении стоматологической практики.      Надо отметить, что наряду с указанными вещественными атрибутами предоставление стоматологических услуг зачастую сопровождается рядом дополнительных услуг, обеспечивающих тот или иной уровень общего сервиса. Так, комфортные условия ожидания приема в холле перед кабинетом врача, эстетичный дизайн интерьеров, отсутствие очередей, внимательное отношение и предупредительность со стороны персонала клиники к запросам пациента - все эти сервисные атрибуты хоть и не меняют профессионального медицинского существа стоматологической помощи, все же являются важными элементами ее предоставления.  Стоматологические услуги являются разновидностью профессиональных медицинских услуг, ориентированных на особое благо - здоровье человека. При этом для поддержания, укрепления и восстановления здоровья человека стоматологи осуществляют специальные вмешательства, применяют многочисленные инвазивные и неинвазивные способы воздействия на органы и ткани челюстно-лицевой области.      Необходимо учесть то обстоятельство, что ввиду высокой степени неоднородности стоматологических услуг их абсолютная унификация в значительной степени затруднена. Между тем можно использовать различные подходы к классификации стоматологических услуг. Так, например, по степени сложности стоматологические услуги дифференцируются на простые, сложные и комплексные.      Простая стоматологическая услуга - неделимая услуга, выполняемая по формуле "пациент" + "специалист" = "один элемент профилактики, диагностики или лечения ".  Сложная стоматологическая услуга - набор простых стоматологических услуг, который требует для своей реализации определенного состава персонала, специальных помещений, технического оснащения и Т.Д., отвечающий формуле "пациент" + "комплекс простых услуг" = "этап профилактики, диагностики или лечения".  Комплексная стоматологическая услуга - набор сложных и (или) простых стоматологических услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, либо установлением диагноза, либо окончанием про ведения определенного этапа лечения (например, санация полости рта, протезирование и т.д.) по формуле "пациент" + "простые + сложные услуги" = "проведение профилактики, установление диагноза или окончание проведения определенного этапа лечения".     По функциональному назначению стоматологические услуги определяются как:   - лечебно-диагностические - направленные на установление диагноза или лечение заболевания;   - профилактические - направленные на предупреждение заболевания (профессиональная гигиена полости рта, санитарное просвещение);   - реабилитационные - связанные с социальной и медицинской реабилитацией больных (протезирование зубов).  Кроме того, по функциональному признаку среди стоматологических услуг можно выделить:   - материальные услуги - связанные с необходимостью работ по изготовлению или восстановлению (изменению, сохранению) потребительских свойств изделий стоматологического назначения (зубных и челюстно-лицевых протезов, ортодонтических аппаратов и др.);  - нематериальные услуги - обеспечивающие поддержание и восстановление здоровья пациента без необходимости выполнения указанных работ. | |
| **3.Стандартизация и стандарты качества в стоматологии.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Качество стоматологической услуги - совокупность ее свойств и характеристик, относящихся к способности услуги удовлетворять потребности пациента в стоматологической помощи. Обеспечение качества стоматологической помощи представляет собой весьма сложную проблему организации целого комплекса административных, медицинских и технических мероприятий, направленных на достижение и сохранение нормативного уровня качества. При этом указанный нормативный уровень качества определяется соответствующими стандартами. Применительно к стоматологии стандарт качества - это нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный официально признанным органом. В стандарте качества для всеобщего и многократного использования устанавливаются правила, общие принципы или характеристики, касающиеся оказания стоматологической услуги и (или) ее результата. Понятно, что стандартизация стоматологических услуг - это деятельность, направленная на достижение оптимальной степени упорядочения в области стоматологической помощи посредством установления стандартов. В свою очередь процедура документального подтверждения соответствия стоматологической услуги конкретному стандарту называется сертификацией. По сути, стандарты должны содержать основные технологические правила оказания стоматологических услуг. Поэтому вопрос стандартов является ключевым в решении проблемы управления качеством стоматологической помощи. В соответствии со статьей 7 Федерального закона "О стандартизации" наличие стандартов относится к числу основных условий безопасности стоматологических услуг для пациентов. В данном случае безопасность понимается как отсутствие недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба. Согласно Основам законодательства РФ "Об охране здоровья граждан" установление стандартов качества медицинской помощи и контроль за их соблюдением входит в компетенцию Российской Федерации, Т.е. федеральных органов государственной власти и управления. Во исполнение данной нормы закона с целью унификации требований к объему и качеству медицинской помощи на всей территории страны Минздравмедпром РФ своим Приказом от 8.04.1996 г. N2134 утвердил Временные отраслевые стандарты объема медицинской помощи по основным нозологическим формам и Методические рекомендации по их использованию. Этим же Приказом органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации было предписано обеспечить использование утвержденных временных отраслевых стандартов всеми медицинскими учреждениями для оценки объема и качества оказываемой медицинской помощи населению и рекомендовано на их основе разработать региональные поуровневые медико-экономические стандарты. Упомянутые временные отраслевые стандарты определяют упорядоченную последовательность лечебно-диагностических мероприятий, их объем и характер, отражают достижения науки и практики в сочетании с оценкой эффективности медицинской деятельности. Они служат основой определения объема и характера оказываемой медицинской помощи, необходимого лечения, документально подтверждают правомерность ведения пациента с позиции диагностики и лечения.  Основу стандартов составили наборы диагностических и лечебных программ по наиболее распространенным нозологическим формам, обеспечивающим достижение планируемых результатов лечения. Группировка лабораторных и диагностических исследований, лечебных манипуляций осуществлялась на базе единой формализованной Международной классификации процедур в медицине. По каждому виду медицинской помощи про ведено согласование программ наблюдения и лечения больных, спектра применяемых технологий обследования и лечения, степени их детализации. Перечень наименований диагнозов представлен в соответствии с последовательностью расположения групп причин заболеваний в Международной статистической классификации болезней (IX пересмотр). Основные разделы медицинской помощи в соответствии с номенклатурой врачебных специальностей включают стоматологию. По всем разделам представлена медикаментозная терапия в соответствии с Государственным реестром лекарственных средств, разрешенных для применения в медицинской практике и к промышленному производству. Временные отраслевые стандарты объема медицинской помощи представлены в виде специально разработанной карты, состоящей из 5 разделов. В каждой карте указан шифр заболевания с отражением разнообразных вариантов течения и стадий болезни. Дифференциация больных с одной и той же нозологической формой, но с различным характером течения болезни позволяет точнее определять продолжительность лечения, требуемый объем диагностических и лечебных услуг.  В первой графе отражены коды лабораторных, рентгено-радиологических, функциональных, специальных исследований и лечебных манипуляций в порядке их пораздельного и последовательного расположения. Во второй графе представлены необходимые при конкретной форме заболевания диагностические, терапевтические, хирургические мероприятия и вспомогательные процедуры. В третьей графе указан определенный экспертным путем процент назначения конкретного диагностического исследования или лечебного воздействия. В ряде случаев предусмотрена факультативность назначения исследований, определение лечебной тактики по усмотрению лечащего врача и соответствующим показаниям. В четвертой и пятой графах представлено количество исследований и лечебных процедур на курс лечения \_ зависимости от условно принимаемой тяжести состояния пациента. Отдельно даны показатели, характеризующие оптимальный уровень исходов лечения пациентов с определенной формой заболевания, средние статистические показатели их выздоровления или улучшения состояния их здоровья. По группам заболеваний описаны общеклинические критерии, обеспечивающие достижение положительного результата лечения. Например, к их числу в частности относится уменьшение или исчезновение болевого синдрома. В приказе Минздравмедпрома РФ от 08.04.1996 г. N\_Й34 говорится, что сам процесс разработки стандартов медицинской помощи должен быть постоянным, т. к. их регулярный пересмотр с добавлением изменений необходимо проводить не реже одного раза в год. Справедливо отмечено, что именно в таких условиях "будет реализована и сможет возрастать роль стандартов, способствуя совершенствованию качества медицинских услуг, рациональному использованию материальных и трудовых ресурсов, внедрению новых медицинских технологий".  Однако обращает на себя внимание тот факт, что утвержденные Минздравом РФ уже более пяти лет тому назад отраслевые стандарты объемов медицинской помощи до сих пор не распространены среди врачей и не используются учреждениями здравоохранения. В связи с этим даже может возникнуть подозрение в том, что кто-то не заинтересован во внедрении медицинских стандартов.  Вместе с тем было бы неправильно считать, что федеральными органами государственной власти и управления вообще не проводится никакая деятельность в области установления стандартов качества медицинской помощи и организации контроля за их соблюдением. Напротив, Минздрав России продолжает определенную работу в этом направлении. Проблема заключается лишь в том, что эта работа пока еще, к сожалению, не дала существенных результатов в виде реально действующих федеральных стандартов качества стоматологических услуг.  Так, например, в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 07.05.1998 г. NQ151 сегодня в стране действуют "Временные отраслевые стандарты объема медицинской помощи детям" по основным нозологическим формам. Однако данный документ не позволяет оценить объем и качество оказываемой стоматологической помощи детскому населению по той простой причине, что он попросту не содержит необходимых для этого стандартов.  Очевидно, разработчики "Временных отраслевых стандартов объема медицинской помощи детям" либо не знают основных нозологических форм стоматологической патологии, либо забыли о том, что практически все дети нуждаются в стоматологической помощи.  Совместным Приказом Минздрава РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19.01.1998 г. Н212/2 введены в действие "Основные положения стандартизации в здравоохранении". Данный документ справедливо констатирует, что"... отсутствие в настоящее время системы стандартизации и сертификации в здравоохранении тормозит внедрение в практику медицинского страхования, ограничивает возможности стратегического планирования отрасли, регулирования и контроля затрат на лечебно-профилактическую деятельность". Приказом предусмотрено создание единой системы стандартизации в здравоохранении, направленной на совершенствование управления отраслью, обеспечение ее целостности за счет единых подходов к планированию, нормированию, лицензированию и сертификации, на повышение качества медицинской помощи, рациональное использование кадровых и материальных ресурсов, оптимизацию лечебно-диагностического процесса, интеграцию отечественного здравоохранения в мировую медицинскую практику.  Работа по стандартизации в здравоохранении должна проводиться на основе норм, установленных федеральными законами:  – Основы законодательства Российской Федерации "Об охране здоровья граждан",  – "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации",  – "О защите прав потребителей",  – "О стандартизации",  – "О сертификации продукции и услуг",  – "Об обеспечении единства измерений",  а также принципов, правил и требований, установленных в стандартах Государственной системы стандартизации РФ (ГОСТ Р. 1.0-92, ГОСТ Р. 1.2-92, ГОСТ Р. 1.4-93, ГОСТ Р. 1.5-92), практического опыта отечественной и международной стандартизации, с учетом Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в России. Целью стандартизации в здравоохранении является повышение качества профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, решение задач сохранения и улучшения здоровья населения. Основными направлениями стандартизации определены:  – стандартизация медицинских услуг;  – стандартизация лекарственного обеспечения;  – регламентация требований к условиям оказания медицинской помощи;  – стандартизация профессиональной деятельности;  – стандартизация информационного обеспечения.  Среди объектов стандартизации наиболее важными и сложными справедливо признаны медицинские услуги, необходимость стандартизации которых определяется потребностями здравоохранения, медицинского страхования и является основой для планирования деятельности медицинских учреждений, органов здравоохранения, фондов обязательного медицинского страхования, а также для оценки результатов оказания медицинской помощи (качества, экономических показателей, расчета подушевых нормативов и т.д.).  В процессе стандартизации медицинских услуг предусматривается формирование требований к условиям их выполнения, медицинским технологиям (протоколам ведения пациентов) и результатам (исходам), позволяющих объективизировать оценку качества оказания медицинской помощи. При этом нормативные документы могут содержать как минимально необходимый, так и рекомендуемый уровень требований. Следует отметить, что в последнее время Минздрав РФ несколько активизировал разработку базовых отраслевых документов по стандартизации и сертификации услуг. Так, Приказом от 31.07.2000 г. .N2299 введен в действие отраслевой стандарт "Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие требования" (ОСТ 91500.0 1.0004-2000), Приказом от 10.04.2001 г. N2113 - отраслевой классификатор "Простые медицинские услуги" (91500.09.0001-2001), а Приказом от 16.07.2001 г. .N2269 - классификатор "Сложные и комплексные медицинские услуги" (91500.09.0002-2001).  Кроме того, Минздравом РФ с 01.02.2001 г. введены в действие отраслевые стандарты "Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении" (ОСТ ТО .N291500.01.0005-2001) и "Порядок контроля за соблюдением требований нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении" (ОСТ ПКСЗ .N291500.01.o006-2001). Данные отраслевые стандарты созданы для нормативного обеспечения системы стандартизации здравоохранения и регламентации цели, задач, видов, принципов и правил проведения инспекционного контроля. При этом установлено, что указанные стандарты без разрешения Минздрава РФ нельзя полностью или частично воспроизводить, тиражировать и распространять как официальные издания. В условиях отсутствия фактически действующих федеральных стандартов можно отметить активность в области стандартизации, проявляемую органами управления здравоохранением на уровне регионов страны. Так, например, еще 31.07.1995 г. Департамент здравоохранения Правительства Москвы Приказом .N2 448 утвердил "Московские городские стандарты амбулаторно-поликлинической медицинской помощи для взрослого населения". Этот документ содержит главу, целиком посвященную стоматологии, где представлен перечень диагностических и лечебных процедур и воздействий, составляющих обязательный минимальный объем стоматологической помощи. Однако указанные стандарты носят территориально и административно ограниченный характер, т. к. они распространяются только на медицинские учреждения (предприятия), подведомственные Департаменту здравоохранения и управлениям здравоохранения административных округов г. Москвы.  Стоматологическая Ассоциация России (СтАР), принимая во внимание значимость стандартизации, уже на протяжении нескольких лет также проводит разработку своих профессиональных стандартов. По мнению руководства СтАР, для практической стоматологии необходимо около 200 таких стандартов. В настоящее время подготовлен проект профессионального стандарта СтАР "Средний кариес зуба постоянного прикуса", который, как отмечают его разработчики, соответствует требованиям Государственной системы стандартизации России. | | |
| **4. Право на обслуживание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.** |

|  |
| --- |
| Реализация данного права пациента обеспечивается созданием и поддержанием санитарно-противоэпидемического режима в стоматологической клинике. Будучи нацелен прежде всего на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения, этот режим организуется на основе действующего законодательства. В соответствии с Федеральным законом "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" в клинике должны проводиться санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в виде организационных, административных, инженерно-технических, медико-санитарных и иных действий, направленных на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания: биологических, химических, физических, социальных.  Не вызывает сомнения то, что в стоматологической клинике на здоровье пациента могут реально влиять факторы среды обитания, относящиеся ко всем четырём упомянутым выше группам. Например, к числу биологических факторов, актуальных для стоматологической практики, следует прежде всего отнести микроорганизмы, являющиеся возбудителями таких инфекционных заболеваний, как ВИЧ-инфекция, гепатиты В и С, герпес, грипп, мононуклеоз, туберкулез, эпидемический паротит, стафилококковые и стрептококковые инфекции. В связи с повышенной опасностью распространения инфекционных заболеваний в условиях стоматологического кабинета возникает необходимость проведения соответствующих профилактических мероприятий, направленных на выявление источников возбудителей, разрыв путей передачи инфекции, уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Соответствующие профилактические мероприятия состоят в проведении дезинфекции помещений и инструментов, предстерилизационной очистке и стерилизации инструментов и материалов, а также в использовании медицинским персоналом спецодежды и средств индивидуальной защиты (очки, маски, перчатки). Потенциально опасными химическими факторами стоматологической клиники являются главным образом различного рода дезинфектанты и отдельные стоматологические материалы, имеющие агрессивные свойства и потому требующие соблюдения специальных мер предосторожности и техники безопасности при их применении.  Среди неблагоприятных физических факторов стоматологической клиники наиболее значимым является ионизирующее излучение, воздействующее на человека во время про ведения рентгеновского исследования. Кроме того особого внимания заслуживают такие факторы, как: ультрафиолетовое излучение от бактерицидных ламп, большое число сложной аппаратуры, колющих и режущих инструментов, локальная вибрация, шум.  Предупреждение возможных негативных социальных факторов в стоматологической клинике достигается мерами, направленными на повышение уровня качества и культуры стоматологического обслуживания, обеспечения комфортных условий пребывания в клинике, создания доброжелательной психологической обстановки и позитивного эмоционального настроя в процессе взаимоотношений персонала с пациентами. Характер, содержание и периодичность мероприятий, обеспечивающих санитарно-противоэпидемический режим в стоматологической клинике, регламентированы соответствующими нормативными актами. В соответствии с совместным Приказом Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС от 19.01.1998 г. N212/2 основными требованиями к условиям оказания медицинской помощи являются строительные нормы и правила (СНИПы), санитарные правила и гигиенические нормативы, требования к оснащению медицинской техникой и изделиями медицинского назначения, необходимыми для осуществления специальных манипуляций и процедур согласно технологическим требованиям к их выполнению. Основные санитарно-гигиенические требования к условиям осуществления стоматологической практики изложены в "Санитарных правилах устройства, оборудования, эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охраны труда и личной гигиены персонала" от 28.12.1983 г. N22956a-83, а также в Методическом письме Государственного Комитета санэпиднадзора РФ от 21.03.1995 г. N212.20-208 "Организация санитарно-гигиенического и дезинфекционно-стерилизационного режимов в учреждениях стоматологического профиля". |

**Заключение**

Руководствуясь Конституцией Российской Федерации сделаем вывод о том, что охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Российской Федерации и иными законодательными актами Российской Федерации, Конституциями и иными законодательными актами республик в составе Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Основными принципами охраны здоровья граждан являются:

1. соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
2. приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
3. доступность медико-социальной помощи;
4. социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
5. ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

**Список использованных источников**

1.Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 (с изменениями от 2 марта 1998 г.)

2. [Журнал Кафедра 7, 2003](http://e-stomatology.ru/pressa/periodika/Cathedra/n08/)

3. [Журнал Кафедра 6, 2003](http://e-stomatology.ru/pressa/periodika/Cathedra/n06/)

4. [Журнал "Стоматологический ФОРУМ" 2 2003](http://e-stomatology.ru/pressa/periodika/forum/03_1/)

5. [Журнал "Стоматология для всех" 4 2003](http://e-stomatology.ru/pressa/periodika/st_d_f/4_2003/)

6. [Журнал "Экономика и менеджмент в Стоматологии" 2(10) 2003](http://e-stomatology.ru/pressa/periodika/ekonom_man/2_2003/)

7. Н[аучно-практический журнал ИНСТИТУТ СТОМАТОЛОГИ](http://e-stomatology.ru/pressa/periodika/institut_stom/2003_3/)И