МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
1-я КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Л. А. Казеко, С. П. Сулковская, О. А. Тарасенко

СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ В СТОМАТОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие

Минск БГМУ 2019

Репозиторий БГМУ

УДК 616.31-07(075.8)
ББК 56.6я73
К14

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 17.04.2019 г., протокол № 8

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. каф. стоматологии детского возраста Т. В. Попруженко; 2-я каф. терапевтической стоматологии

Казеко, Л. А.

К14 Ситуационный анализ в стоматологии : учебно-методическое пособие / Л. А. Казеко, С. П. Сулковская, О. А. Тарасенко. – Минск : БГМУ, 2019. – 52 с.

ISBN 978-985-21-0370-1.

Изложен современный взгляд на ситуационный анализ в стоматологии.

Предназначено для студентов 5-го курса стоматологического факультета и студентов медицинского факультета иностранных учащихся, обучающихся на русском языке.

УДК 616.31-07(075.8)
ББК 56.6я73

ISBN 978-985-21-0370-1

© Казеко Л. А., Сулковская С. П., Тарасенко О. А., 2019
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2019

Репозиторий БГМУ

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Темы занятий: «Компоненты и методика проведения основных этапов ситуационного анализа в стоматологии», «Проведение ситуационного анализа на основании предложенных данных».

Согласно рекомендациям ВОЗ ситуационный анализ является первым этапом планирования любого вида медицинской помощи и должен проводиться специалистом в той или иной области медицины. Актуальность темы определяется тем, что эффективность функционирования всех частей и системы стоматологической помощи в целом в первую очередь определяется научно обоснованным планированием. Умение стоматолога сопоставлять разные факты и делать четкие выводы определяет правильность и последовательность выполнения других этапов планирования стоматологической помощи, что в конечном итоге сказывается на здоровье всего населения.

Цель занятия: изучить основные компоненты и методику проведения основных этапов ситуационного анализа.

Задачи занятия. Студент должен:

– изучить составляющие ситуационного анализа в стоматологии;

– изучить основные этапы проведения ситуационного анализа;

– освоить правила формулирования выводов из ситуационного анализа;

– уметь провести ситуационный анализ на основании предложенных данных.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы необходимо:

– знать основные факторы риска развития кариеса зубов и заболеваний периодонта;

– знать методику обследования полости рта по ВОЗ;

– знать методы статистической обработки в медицине.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение понятия «ситуационный анализ», его значение при планировании стоматологической помощи.
2. Основные компоненты ситуационного анализа, их значение и взаимосвязь.
3. Основные этапы проведения ситуационного анализа.
4. Методика проведения ситуационного анализа.
5. Критерии оценки и интерпретации данных сводки ситуационного анализа.
6. Последовательность анализа сводки данных.
7. Структура и требования к формированию выводов из ситуационного анализа.

Репозиторий БГМУ

ВВЕДЕНИЕ

Эффективное функционирование системы стоматологической помощи населению возможно только при условии тщательного научно обоснованного планирования на всех уровнях: от отдельно взятых стоматологического кабинета, отделения, поликлиники, района до страны в целом. Понятие «эффективный» означает научно обоснованный и поддающийся оценкам с помощью измеримых критериев.

В 1980 г. ВОЗ опубликовала документ «Планирование стоматологической помощи» (WHOOP № 53), который используется в качестве руководства во всех странах мира. ВОЗ определила следующие этапы планирования стоматологической помощи населению на коммунальном уровне:

1. Ситуационный анализ.
2. Определение измеримых целей стоматологического здоровья населения.
3. Обеспечение персоналом.
4. Материальное и финансовое обеспечение.
5. Мониторинг и оценка качества системы стоматологической помощи населению.

Очевидно, что все пять этапов тесно взаимосвязаны, и ситуационный анализ является первым в планировании стоматологической помощи. Без проведения ситуационного анализа разработка научно обоснованного плана невозможна.

Ситуационный анализ — это врачебный логический анализ стоматологической заболеваемости и имеющих к ней отношение факторов или сфер населения обслуживаемого участка или другой заданной территории проживания.

Основная цель ситуационного анализа — определить с помощью измеримых критериев стоматологическое здоровье населения и выявить факторы риска стоматологических заболеваний.

Ситуационный анализ включает:

– эпидемиологические данные;
– данные о стоматологической помощи населению;
– демографические и другие относящиеся к здоровью населения данные.

Этапы ситуационного анализа:

а) определение целей ситуационного анализа и согласование основных этапов работы с местной властью;

б) сбор демографических и общих данных;

в) детальное планирование (с использованием демографических данных) и проведение эпидемиологического исследования;

г) получение информации о стоматологической помощи (статистические данные о персонале, стоматологическом оборудовании, материалах,

Репозиторий БГМУ

средствах профилактики; выявление факторов риска стоматологических заболеваний;

д) статистический анализ полученных эпидемиологических данных;

е) врачебный логический анализ всех материалов и заключение:

– уровень и тенденции заболеваемости;
– факторы риска стоматологических заболеваний;
– обеспечение персоналом;
– материальное и финансовое обеспечение;
– перечень наиболее важных проблем стоматологического здоровья.

Ситуационный анализ проводит стоматолог, т. к. большинство вопросов необходимо решить на профессиональном уровне, например, определить заболеваемость, выявить факторы риска стоматологических болезней, оценить эффективность профилактики и стоматологической помощи населению и другие вопросы, входящие в компетенцию специалиста.

Методикой проведения ситуационного анализа, в первую очередь, должны владеть организаторы стоматологической помощи всех административных уровней, однако практика показывает, что каждый стоматолог на своем рабочем месте нуждается в информации в рамках ситуационного анализа для грамотной организации своей деятельности с максимальной эффективностью для пациентов и своего материального положения.

СБОР ДАННЫХ ДЛЯ СИТУАЦИОННОГО АНАЛИЗА И ИХ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Для обоснованного планирования программы коммунальной профилактики основных стоматологических заболеваний в районе следует провести анализ ситуации относительно стоматологического статуса и стоматологической помощи населению. Кроме того, для определения потребности кадров, для правильного выбора средств профилактики необходимы некоторые демографические данные и сведения о факторах внешней среды.

Необходимо помнить, что в случае отсутствия каких-либо данных или их неточности научно обоснованное планирование программы профилактики невозможно и, следовательно, невозможно ожидать получения положительных результатов даже при использовании хорошо известных эффективных методов профилактики. Например, если известно заранее, что фторирование питьевой воды снижает интенсивность кариеса зубов примерно в два раза, то в конкретной ситуации эффективность этого метода профилактики зависит от исходного уровня заболеваемости населения кариесом, привычек питания, гигиены рта и других факторов.

Репозиторий БГМУ

Сводка исходных данных для планирования стоматологической помощи населению

Республика Беларусь

1. Демографические данные

Население_____

Ежегодный прирост ____%

Городское население ___%

Детское _____

Школы _____

2. Факторы окружающей среды

Вода: центральное водоснабжение ___ % (населения)

Содержание фтора ___ ppm

Пища: кол-во сахара на душу населения в год ___ кг

3. Стоматологическая помощь населению

Количество стоматологов _____

Зубные техники _____

Руководство и замы _____

Стоматологические терапевты _____ + ____ платные

Стоматологические хирурги ____

ЧЛХ ____

Стоматологи детские ____

Ортопеды ____

Ортодонты ____

Зубные врачи _____

Гигиенисты ____

Средний медицинский персонал стоматологических кабинетов ____

Стоматологические поликлиники ____

Количество стоматологических установок _____

Стоматологические установки в школах _____

Первичных посещений ____

Процент санированных школьников ____

Бюджет на стоматологическую помощь в год ___ % ВВП

Сведения о профилактике

(Охват населения)

Фторирование воды ___

Таблетки фтора ___

Фтор (F-соль) ____

Количествово туб (или мл) зубных паст на 1 чел. в год ___

4. Стоматологический статус

Болезни и состояния			**Возрастные группы, лет**			
			6	**12**	**15**	**35–44**
Гигиена полости рта OHI-S						
Кариес зубов	Распространенность, %					
	Индекс КПУ					
Болезни периодонта	CPITN «0»	секстанты, %				
	CPITN «1»	секстанты, %				
	CPITN «2»	секстанты, %				
	CPITN «3+4»	секстанты, %				
Зубочелюстные аномалии (распространенность, %)						

Репозиторий БГМУ

Демографические данные

Демографические данные необходимы для расчетов потребности в персонале, средств и материалов для обеспечения стоматологической помощи населению. Большинство требуемых сведений о населении имеются в официальных статистических документах. Важно использовать самую новую информацию. В случаях, если имеющиеся статистические данные были получены более 5 лет назад, необходимо внести поправки методом ориентировочных расчетов с учетом известных тенденций в изучаемом регионе. Обязательно следует цитировать источник(и), из которого взяты статистические данные.

Если ситуационный анализ делается на уровне крупного региона или страны, рекомендуется использовать административную или географическую карту и обратить особое внимание:

– на крупные города;
– густонаселенные сельские районы;
– контрастные климато-географические зоны;
– зоны разного уровня содержания фтора в окружающей среде.

Необходимы также данные о количестве городского и сельского населения, плотности населения по районам, ежегодном приросте населения, количестве детских дошкольных учреждений и детей, посещающих эти учреждения.

Сбор демографических данных для ситуационного анализа можно суммировать следующим образом (рис. 1).

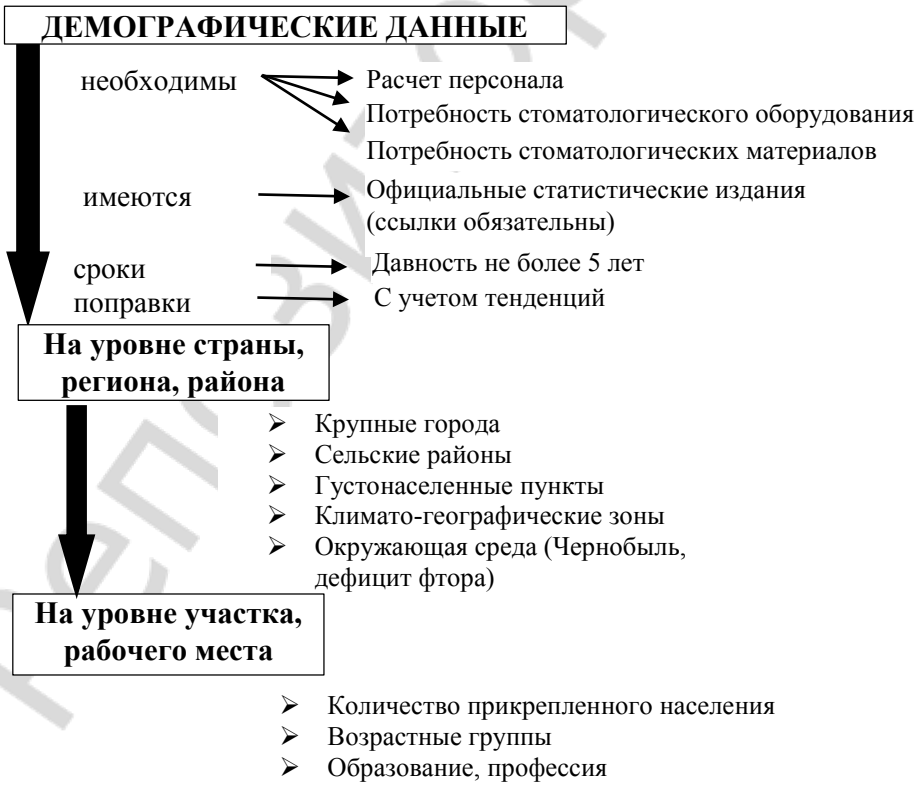

Рис. 1. Структура выборки населения

Репозиторий БГМУ

Очень важно иметь сведения о перспективных планах относительно развития школ и детских дошкольных учреждений.

Пример. Условно взят район с населением 10 млн. Демографические данные района:

- население — 10 000 000;
- ежегодный прирост — 1,7 %;
- городское население — 52 %;
- детей 0–17 лет — 3 500 000;
- детей 0–6 лет — 1 300 000;
- детей 3–6 лет — 820 000;
- посещают дошкольные учреждения — 410 000;
- дошкольные учреждения — 1366;
- детей 7–17 лет — 2 200 000;
- посещающих школы — 100 %;
- количество школ — 2200.

ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЕ

Принципиально важное значение в оценке ситуации имеют данные о воде, особенно о содержании фтора в питьевой воде и пищевых продуктах. В статистических отчетах учреждений здравоохранения необходимо получить информацию об общем состоянии здоровья, вредных привычках, загрязнении окружающей среды (рис. 2).

Рис. 2. Факторы окружающей среды

Репозиторий БГМУ

Питьевая вода

Сведения о питьевой воде имеются в санитарно-эпидемиологической станции. При необходимости образцы питьевой воды из колодцев, скважин, водопроводных кранов посылают в химическую лабораторию на анализ. Для забора питьевой воды для химического анализа используются химически чистые пластмассовые бутылочки с герметичной крышкой. Емкость бутылочки — 10 мл.

Пример. Сведения о районе:

– городское население и примерно 20 % сельского населения пользуются централизованным водоснабжением; содержание фтора в питьевой воде — 0,1–0,2 ppm;

– в одной из зон, где проживает около 5 % населения, питьевая вода, получаемая из глубинных скважин, имеет повышенную концентрацию фтора: 1,5–4,0 ppm;

– искусственное фторирование питьевой воды в районе не проводится.

Пища

Характеристика пищи и питания населения проводится вместе с диетологами, педиатрами, санитарными врачами путем изучения соответствующих документов. Кроме этого, стоматолог беседует о питании с родителями школьников, учителями и воспитателями детских дошкольных учреждений и школ, а также посещает продовольственные магазины, общественные столовые и школьные буфеты с целью ознакомления с продуктами питания.

При общей характеристике пищи в первую очередь обращают внимание на наличие четырех основных видов продуктов: хлебных, мясных, молочных, овощных. Выявляются возможные особенности питания населения в районе, такие как преимущественное употребление каких-либо продуктов, например, морской рыбы, молочных продуктов, чая и т. д. Особое внимание уделяется вопросу употребления сахара и сладких продуктов. При наличии соответствующих данных вычисляется среднее количество употребляемого сахара на одного человека в год. Кроме этого, собираются сведения об употреблении сладких продуктов (пирожные, конфеты и др.). Методом выбора исследования вопросов питания является анкетирование. Примеры данных анкетирования по питанию во взаимосвязи с кариозной болезнью проиллюстрированы на рис. 3 и 4.

В беседах с педиатрами и молодыми матерями выясняется средняя продолжительность грудного вскармливания детей, а также собираются данные о составах детского питания (молочных смесей), особенно о концентрации сахара, и режиме приема пищи. Также очень важно иметь сведения о характере и режиме питания детей дошкольного возраста, школьников и подростков. Взаимосвязь режима питания с уровнем интенсивности кариеса зубов у школьников проиллюстрирована на рис. 5.

Репозиторий БГМУ

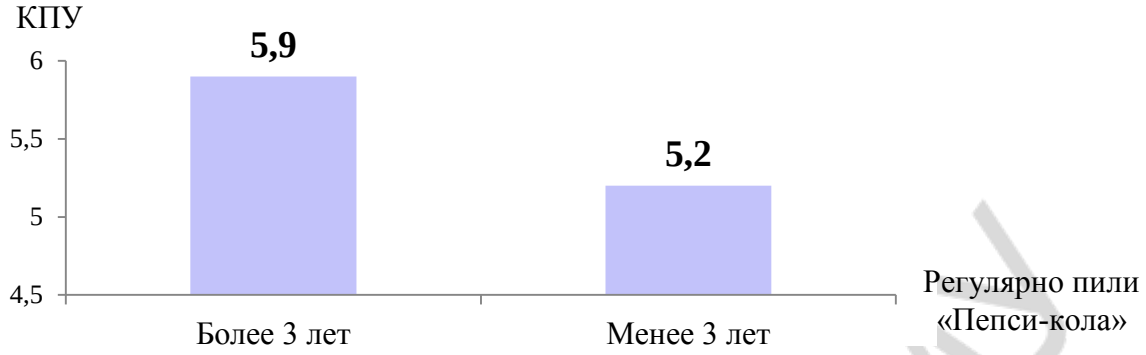

Рис. 3. Интенсивность кариеса зубов у школьников 10 классов г. Минска, употребляющих «Пепси-кола» (средний КПУ зубов ниже на 0,7) (Исследования Е. Бондарик, Л. Полянской, О. Свириденко, С. Тихоновой, О. Троцкой, Т. Шинкевич, 1999 г.; *n* > 1000)

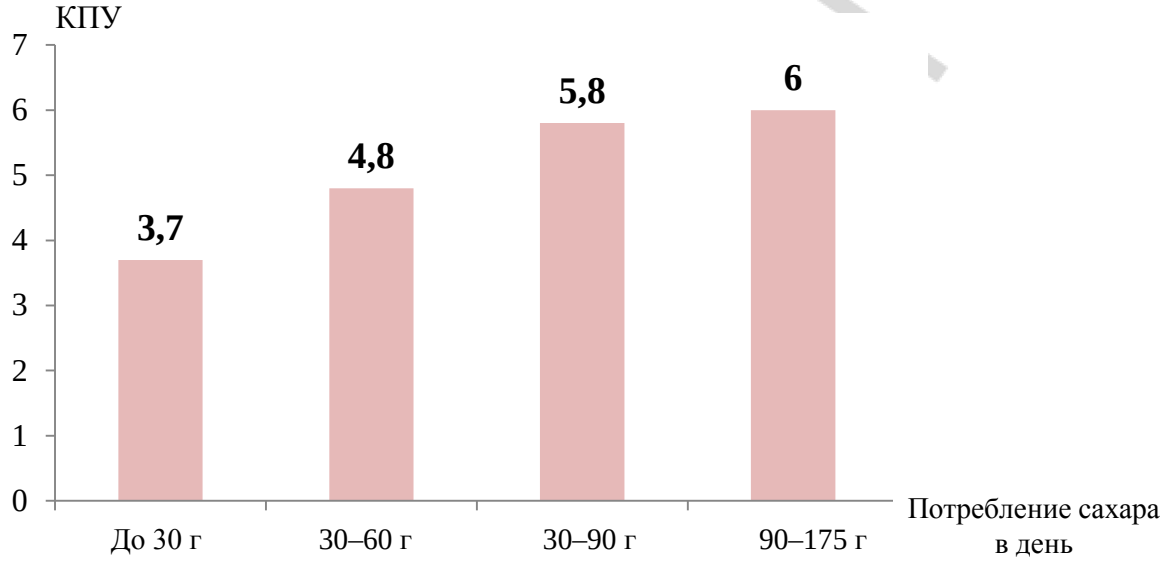

Рис. 4. Интенсивность кариеса зубов у любителей сладостей — школьников 9 классов г. Заславля Минской области (Исследования И. Бородич и Н. Кузюткиной, 1997 г.; *n* = 200)

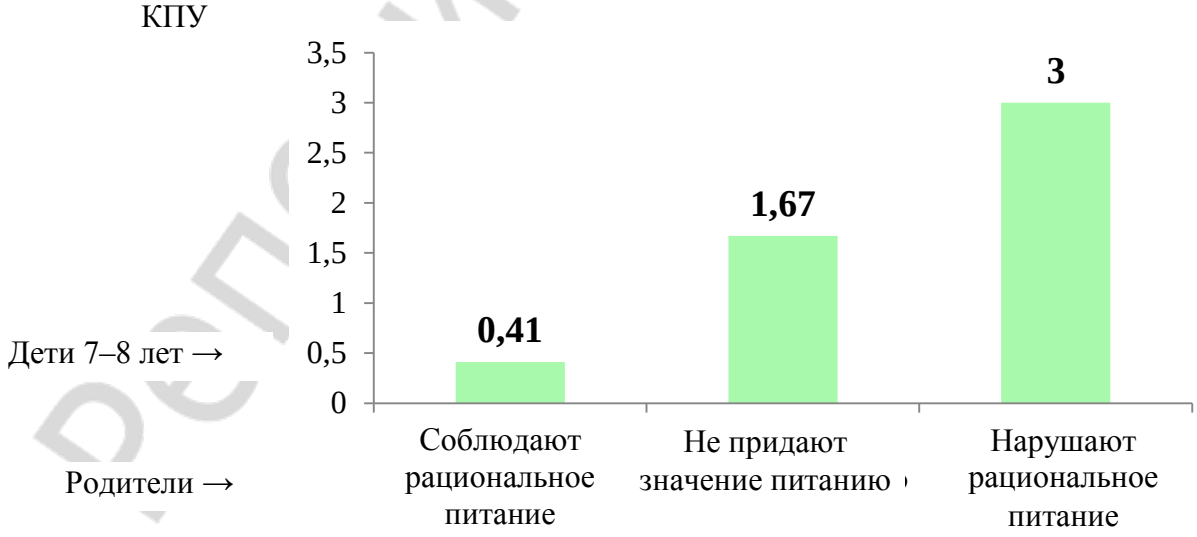

Рис. 5. Отношение родителей к питанию (по данным анкетирования) и интенсивность кариеса зубов у их детей (Э. М. Мельниченко, Л. И. Леус, 1995 г.)

Пример. Население района употребляет разнообразные продукты питания. Соотношение питательных веществ в основном сбалансированное, с некоторым избытком углеводов. Среднее количество сахара на одного жителя в год — 36 кг.

Особенностей в питании беременных женщин не выявлено.

Грудным молоком вскармливаются 90 % новорожденных. Средняя длительность грудного вскармливания — 6 месяцев. Молочные смеси в питательном отношении полноценны, витаминизированы, изготавливаются на государственном предприятии. Содержание сахара в детском питании — от 7 до 11 %.

В школах, в местах культурного отдыха, летних лагерях для детей имеются буфеты с большим выбором сладких продуктов (пирожные, конфеты, пряники, сладкие булочки и т. д.) Дети в организованных коллективах принимают пищу в одни и те же часы. Однако большинство детей в дополнение к основным приемам пищи едят сладкие продукты (булочки, мороженое) от одного до нескольких раз в день. Сладости покупаются в буфетах или приносятся из дома.

Режим питания неорганизованных дошкольников часто нарушается. Дети имеют доступ к сладостям в любое время дня. Среди населения существует практика угощать детей конфетами в качестве поощрения.

Большинство молодых людей (студенты средних и высших учебных заведений) режим питания не соблюдают.

Из вышеприведенных сведений о питании необходимо особо выделить следующие:

– возможный избыток углеводов, особенно сладостей в питании детей;
– нарушение режима питания;
– сравнительно короткий срок грудного вскармливания и высокое содержание сахара в искусственных питательных смесях.

Общее состояние здоровья населения

Информация об общем состоянии здоровья населения может быть получена из публикаций в медицинских журналах, доступных материалов учреждений здравоохранения, бесед с педиатрами и другими коллегами нестоматологического профиля, а также путем изучения и обобщения соответствующих разделов амбулаторных стоматологических карт. Особенно важны сведения о нарушении питания, гиповитаминозах, рахите, которые могут влиять на стоматологический статус. Болезни взрослых людей, такие как гастриты, инфекционно-аллергические заболевания и другие могут быть следствием патологии зубов.

Вредные привычки

При анализе распространенности вредных привычек среди населения в первую очередь обращают внимание на те привычки, которые приводят к возникновению стоматологических заболеваний. Курение и частое упо-

Репозиторий БГМУ

требление алкоголя способствуют возникновению заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Для изучения распространенности курения рекомендуется специальная анкета, разработанная ВОЗ в 2002 г. (прил. 1).

Исследованиями А. В. Колб с соавторами (2000 г.) установлено, что 49,4 % молодых людей, являющихся студентами первых курсов вузов г. Минска, ежедневно курят сигареты; 40,3 % из них — лица женского пола. Среди студентов-медиков курильщиков на 38 % меньше, чем в других вузах. Далеко не все курящие (20 %) знают о вреде курения, но многие из опрошенных (50,3 %) желают бросить курить. Следовательно, в ситуационном анализе можно сделать вывод, что эффективность пропаганды здорового образа жизни среди молодых людей недостаточна и требует новых подходов и методов.

В другом эпидемиологическом исследовании более чем у 1000 школьников г. Минска выявлены неудовлетворительные знания о значении здорового питания и о вреде курения. Оказалось, 2 % школьников считают, что курить полезно для здоровья (табл. 1).

Таблица 1

Мнение школьников 10 классов г. Минска о пользе для здоровья зубов некоторых продуктов питания и привычек

Продукты питания и вредные привычки	Ответ школьников, %	
	Утвердительный ответ	Ответ «Не знаю»
Напиток «Пепси-кола»	7	25
Батончик «Марс»	4	23
Жевательные резинки	31	41
Курение	2	11

Загрязнение окружающей среды и профессиональные вредности

Сведения о загрязненности окружающей среды могут быть получены в местных санитарно-эпидемиологических станциях, а также от стоматологов, работающих на предприятиях с вредным производством. Необходимо изучить возможную загрязненность воздуха вредными веществами, такими как соединения фтора, тяжелые металлы, кислоты.

Подозрение о наличии определенных производственных вредностей или загрязнении окружающей среды может быть при обнаружении у рабочих предприятия характерных поражений зубов и периодонта, например флюороза зубов (не связанного с повышенным содержанием фтора в питьевой воде), кислотного некроза эмали зубов и др.

Климат

Для определения оптимальных доз фтора в питьевой воде, способов введения фтора в организм имеет значение среднегодовая температура воздуха. Достаточно иметь примерные данные о климате местности (жаркий, умеренный или холодный).

Репозиторий БГМУ

Стоматологическая помощь населению

Внедрение программы профилактики стоматологических заболеваний в районе невозможно без анализа существующей системы стоматологической помощи, кадровой ситуации, имеющегося оборудования и финансовых возможностей. Кроме того, для прогнозирования экономической выгоды от внедрения профилактики необходима достоверная информация о текущих затратах на лечение.

Стоматологический персонал. Необходимо собрать сведения о видах стоматологического персонала, осуществляющего стоматологическую помощь населению. ВОЗ классифицирует стоматологический персонал на врачебный и вспомогательный (рис. 6). Последний в свою очередь делится на оперирующий, неоперирующий и технический вспомогательный персонал. Кроме этого, необходимо знать количество персонала, занятого стоматологическим обслуживанием детей. Желательно иметь сведения об изменениях количества персонала в течение последних 5–10 лет, чтобы определить тенденцию в обеспеченности системы стоматологической помощи кадрами. Необходима информация о количестве подготавливаемого персонала всех категорий в год. Полезными могут быть сведения о перспективных планах подготовки персонала.

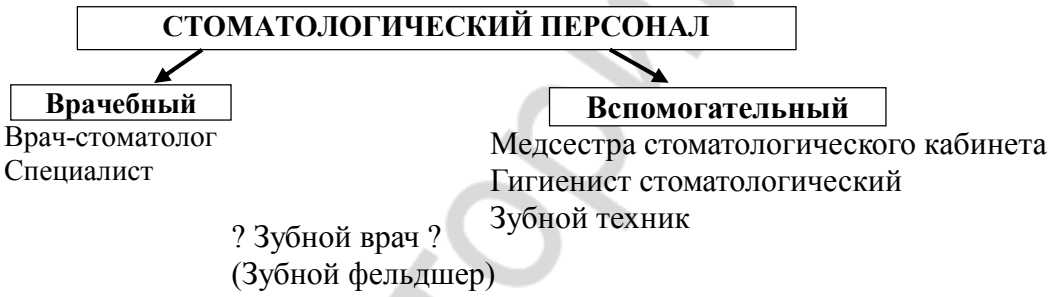

Рис. 6. Стоматологический персонал

Пример:

– стоматологи — 4000 человек (соотношение к населению 1 : 2500);

– детские стоматологи — 30 %;

– ежегодный выпуск стоматологов — 150 человек;

– медицинские сестры школьных стоматологических кабинетов — 880 человек;

– ежегодный выпуск медсестер — 90 человек;

– гигиенисты — нет.

Лечебно-профилактические учреждения и оборудование. При планировании комплексной профилактики стоматологических заболеваний важным компонентом является вторичная и третичная профилактика, поэтому необходимо располагать сведениями о существующей сети лечебно-профилактических учреждений (их виды, количество, оборудование):

– консультативные центры;

– стоматологические поликлиники (общее число стоматологических установок для взрослых);

Репозиторий БГМУ

– стоматологические отделения;
– стоматологические кабинеты;
– детские стоматологические поликлиники (общее число стоматологических установок для детей);
– детские стоматологические отделения;
– детские стоматологические кабинеты (обеспеченность школ стоматологическими кабинетами);
– кабинеты профилактики;
– частные кабинеты и клиники.

Пример. Сведения о лечебно-профилактических учреждениях на примере изучаемого района могут быть суммированы следующим образом:
– институт пропаганды здорового образа жизни — 1;
– консультативные центры — 2;
– стоматологические поликлиники — 10;
– стоматологические отделения — 20;
– стоматологические кабинеты — 1 700;
– детские стоматологические поликлиники — 2;
– детские стоматологические отделения — 10;
– детские стоматологические кабинеты — 900;
– общее число кресел для взрослых — 2 500;
– общее число кресел для детей — 980;
– обеспеченность школ стоматологическими кабинетами — 40 %;
– кабинеты гигиены полости рта — нет.

Плановая санация населения. Плановое оздоровление обычно проводится группам населения повышенного риска к возникновению стоматологических заболеваний, особенно кариеса зубов (рис. 7). В первую очередь плановая санация проводится детям.

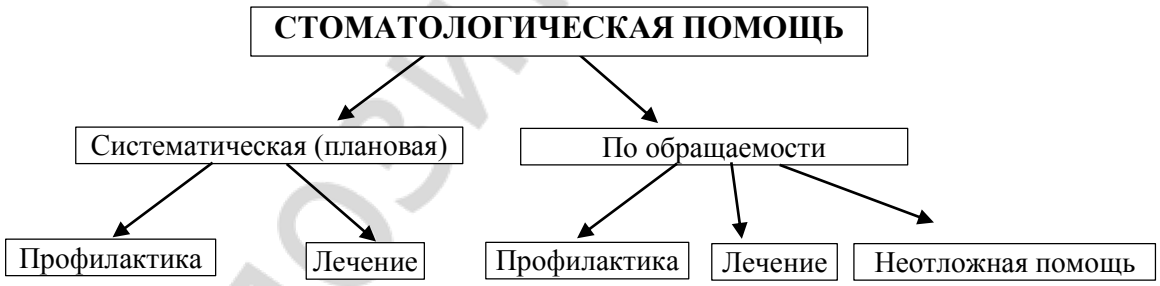

Рис. 7. Структура стоматологической помощи

Необходимы точные сведения о проценте охвата детей дошкольного возраста и школьников плановой санацией, а также информация об организации санации: организационные методы, частота проведения санации и др. Важно иметь данные о среднем количестве посещений одним ребенком в год, о средних затратах времени врача на одного ребенка, о рабочем времени врача в день, неделю, год.

Аналогичные сведения необходимы для анализа состояния планового оздоровления других групп населения, например, беременных женщин,

Репозиторий БГМУ

студентов, рабочих промышленных предприятий. При отсутствии точных статистических данных по перечисленным выше вопросам можно провести анкетирование и/или выборочные осмотры населения.

Пример. В изучаемом районе плановое оздоровление проводится 82 % детям школьного возраста. Лечение проводится непосредственно в школах в стоматологических кабинетах или дети направляются в ближайшие детские лечебно-профилактические учреждения. Профилактические осмотры школьников проводятся ежегодно бригадами детских стоматологов. Обследуются 95 % детей.

На одного ребенка в среднем приходится 2,2 посещений стоматолога в год, из них 0,72 — первичных посещений.

Дети дошкольного возраста плановой санацией не охвачены.

Плановая санация проводится на ряде промышленных предприятий, в учебных заведениях и в некоторых женских консультациях. В целом плановой санацией охвачены примерно 5 % взрослого населения. Среднее число обращений в год — 1,3 на одного человека.

На смешанном приеме врач тратит 15 мин на одного пациента, на терапевтическом — 20 мин, на хирургическом — 12 мин, на ортопедическом — 30 мин.

Врач работает 6 ч 30 мин в день, 33 ч в неделю, 1 500 ч в год. На просвещение населения отводится 30 мин в день.

Стоматологическая помощь населению по обращаемости. Для анализа этого вида стоматологического обслуживания населения важно иметь сведения об общем количестве посещений в стоматологические учреждения в год и вычислить среднее количество посещений на одного человека в год. Желательно иметь данные за несколько последних лет для определения динамики. Приблизительные расчеты по обращаемости можно сделать на основании данных выборочного стоматологического обследования населения определенных возрастных групп, например, 20–24-летних и 35–44-летних.

Пример. Из статистических материалов службы главного стоматолога изучаемого района в течение года за стоматологической помощью обратились 1 690 000 детей в возрасте до 17 лет и 8 400 000 взрослых (18 лет и старше). В течение последних 10 лет число людей, посещающих стоматологические учреждения, ежегодно возрастало.

Затраты на стоматологическую помощь. Если имеются официальные статистические данные о бюджете на стоматологическое обслуживание населения, то они могут быть использованы для анализа финансирования текущих и планируемых мероприятий по профилактике. В иных случаях стоматолог сам может приблизительно вычислить стоимость лечения. При этом важно включить в расчеты все затраты на стоматологическое обслуживание, а не ограничиваться только стоимостью медикаментов и оборудования.

Репозиторий БГМУ

Ниже приведен примерный список компонентов для определения стоимости стоматологической помощи населению:

– зарплата персоналу;
– стоимость помещения;
– стоимость оборудования и технического обслуживания;
– стоимость медикаментов;
– стоимость транспорта (для передвижных бригад);
– стоимость обучения врачей и среднего медицинского персонала;
– стоимость жилья для персонала (если жилье оплачивается государством);
– суммарная стоимость всех других услуг (кроме жилья), предоставляемых персоналу бесплатно;
– средняя стоимость доплаты пациентом за протезирование;
– средняя стоимость одного посещения к частно-практикующему врачу;
– средняя стоимость одного посещения в хозрасчетную поликлинику.

Профилактика. История внедрения профилактики в районе, текущая ее организация и имеющиеся результаты должны быть тщательно проанализированы, т. к. на основе имеющегося к настоящему времени опыта будут строиться новые планы.

Прежде всего необходимы сведения об охвате населения программой профилактики. Анализируются сведения об индивидуальной и массовой профилактике. Уточняются методы профилактики. Анализируются данные об эффективности и экономической выгоде профилактики.

Важно также собрать сведения о наличии средств индивидуальной и массовой профилактики: количестве зубных паст, зубных щеток, фтористых препаратов для местного применения. Также важно проанализировать недостатки и проблемы в организации профилактики.

Стоматологический статус

Выбор методик исследования стоматологического статуса

Существует множество различных методов и критериев оценки состояния зубочелюстной системы, органов и тканей полости рта. ВОЗ обобщила мировой опыт по этому вопросу в издании «Методы стоматологических исследований» (1995 г., Geneva), в котором предложены стандартизированные методы исследований стоматологических заболеваний и состояний. Исследователь может выбирать для работы методы, которые по точности, воспроизводимости, объему, временным затратам, стоимости и так далее лучше всего подходят для оптимального решения поставленной задачи. При анализе ситуации на коммунальном уровне целью исследования является определение стоматологического статуса населения для последующего решения вопроса о необходимости разработки или оптимизации имеющейся программы первичной профилактики стоматологических заболеваний и системы оказания стоматологической помощи населению.

Репозиторий БГМУ

Если необходимая информация о распространенности стоматологических заболеваний отсутствует или данные устарели (давностью более 5 лет), то при планировании эпидемиологического исследования и выборе методик в первую очередь необходимы исследования широко распространенных стоматологических заболеваний: кариеса зубов и болезней периодонта. В список заболеваний и состояний для эпидемиологического исследования населения района должны быть также включены флюороз зубов, болезни слизистой оболочки рта, зубочелюстные аномалии.

Следующий вопрос касается объема и глубины информации об исследуемых заболеваниях. Так, например, при исследовании интенсивности кариеса можно изучать его локализацию на поверхностях зубов, глубину разрушения зубных тканей, распознавать осложнения кариеса (пульпит, верхушечный периодонтит) или же определить только поражение зуба кариесом без детализации. Время, затрачиваемое на упрощенное или углубленное исследование значительно отличается, поэтому надо заранее решить вопрос о том, какая информация необходима. Как известно, для целей планирования лечебно-профилактической помощи населению достаточны приблизительные данные об интенсивности кариеса (высокая, умеренная, низкая), следовательно, нет необходимости усложнять и затягивать исследование. Таким образом, выбор методик стоматологического исследования должен определяться сообразно его задачам.

ВОЗ рекомендует использовать максимально простой, дешевый и быстро выполнимый метод эпидемиологического исследования — разведочное стоматологическое исследование, 1980 г. (рис. 8).

Рис. 8. Эпидемиологические исследования

Оценка уровня стоматологической помощи

В разделе «Стоматологическая помощь населению» анализируется ситуация по обеспечению стоматологическим персоналом ряда стоматологических учреждений. Такие показатели, как соотношение числа врачей к населению, количество стоматологических лечебно-профилактических учреждений, число видов оказываемых услуг населению в определенной мере характеризуют уровень стоматологического обслуживания населения. Однако эти показатели не обязательно являются критериями стоматологического здоро-

репозиторий БГМУ

вья. Интенсивность кариеса зубов у детей не обязательно зависит от количества стоматологов. Кроме того, при одинаковой обеспеченности персоналом, но разной интенсивности стоматологических заболеваний, население с более высокой заболеваемостью оказывается в худших условиях, поэтому «стандартизация» обеспеченности стоматологическим персоналом лечебных учреждений возможна только в самых общих чертах.

Показатель «обращаемость населения за стоматологической помощью» применяется для оценки состояния стоматологической помощи по обращаемости. Вычисляется в процентах, как отношение обратившихся ко всему населению района. Целесообразно дифференцировать первично обратившихся и вторично обратившихся. Для тех групп населения, которым оказывается плановая стоматологическая помощь, важно определить показатели «процент охвата» и «количество посещений» в среднем на одного человека.

Более ценными оценочными критериями являются критерии здоровья. Например, по индексу КПУ зубов можно оценить здоровье зубо-челюстной системы человека или групп населения. Стоматологическая помощь должна быть направлена на максимальное удовлетворение потребности в лечении. Используя индекс КПУ зубов, можно вычислить уровень стоматологической помощи по следующей формуле:

$$\text{УСП} = 100\ \% - \left(100 \cdot \frac{\text{К+А}}{\text{КПУ}}\right),$$

где УСП — уровень стоматологической помощи; 100 % — условный максимальный уровень обеспечения нуждаемости населения в стоматологической помощи; К — кариозные зубы нелеченные; А — отсутствующие зубы, невосстановленные протезами; КПУ — кариес, пломба, удаленный зуб.

УСП может применяться только как средний групповой показатель.

Оценить уровень стоматологической помощи населению можно, используя табл. 2.

Таблица 2

Оценка уровня стоматологической помощи населению

УСП, %	Оценка уровня
От 0 до 9	Плохой
От 10 до 49	Недостаточный
От 50 до 79	Удовлетворительный
От 80 и выше	Хороший

На рис. 9 проиллюстрирована обеспеченность стоматологами населения 31 страны Европы. Большие различия этого показателя в странах («больше»-«меньше») не обязательно совпадают с распространением стоматологических заболеваний.

На рис. 10 приведены данные среднего КПУ у 12-летних детей и уровень обеспеченности стоматологами в избранных странах. Очевидно, что интенсивность кариеса зубов может быть одинаковой при хорошей (Словакия) и недостаточной (Румыния) обеспеченности персоналом.

Репозиторий БГМУ

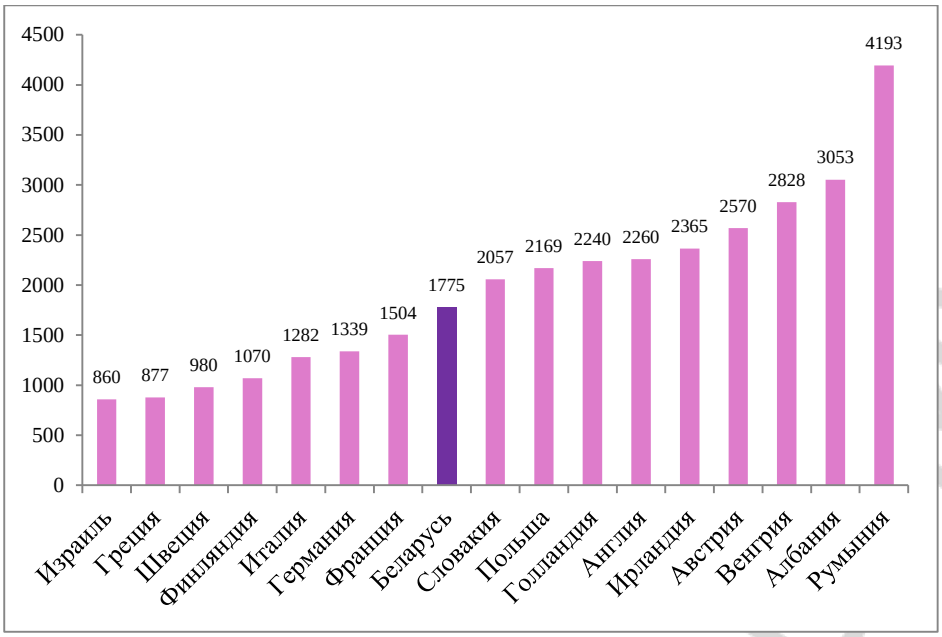

Рис. 9. Обеспеченность населения стоматологами в странах Европы (количество населения на 1 стоматолога) (данные Европейского Совета главных стоматологов, CECDO, 1998/2001 гг.)

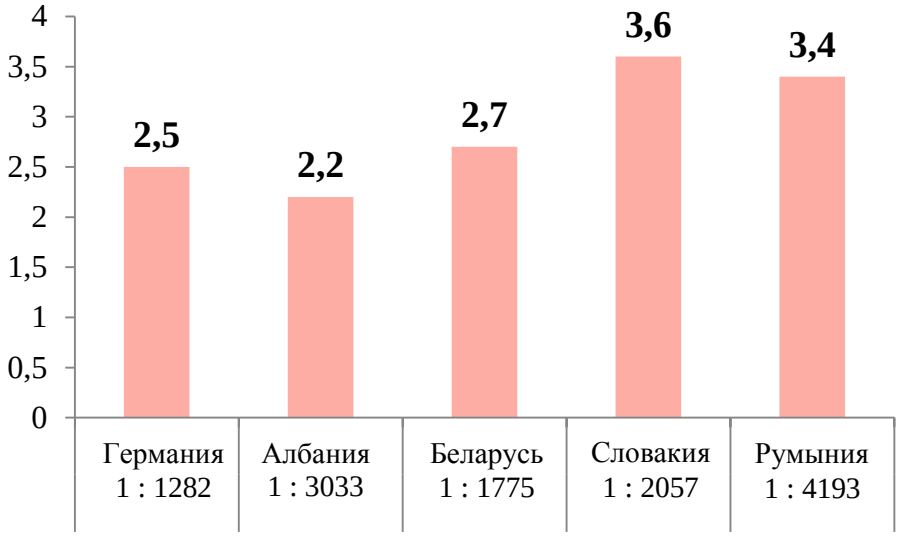

Рис. 10. Средний КПУ зубов у 12-летних детей и обеспеченность врачами-стоматологами в избранных странах. Соотношение врач-стоматолог/население

Число исследуемых возрастных групп зависит от размеров требуемой информации для планирования. Максимальное требование — исследование 12-летних детей. Другие возрастные группы, исследование которых тоже важно, — это 15-летние дети и взрослые в возрасте 35–44 лет. Желательно также исследовать следующие возрастные группы: дети в возрасте 6 лет, молодые люди 18 лет; взрослые в возрасте 20–24 года, 45–54 года, 65 лет и старше. Эти рекомендации суммированы в табл. 3. Если по каким-либо причинам решено исследовать все возрастные группы населения, то необходимо придерживаться рекомендаций ВОЗ по классификации возрастных групп.

Таблица 3

Рекомендации по планированию разведочного стоматологического исследования населения

Возрастные группы	Планирование исследования	
	при благоприятной экономической обстановке	при неблагоприятной экономической обстановке
5–6 лет	Необходимо	Желательно
12 лет	Обязательно	Обязательно
15 лет	Необходимо	Обязательно
18 лет	Желательно	Желательно
20–24 года	—	Желательно
35–44 года	Необходимо	Обязательно
45–54 года	—	Желательно
≥ 65 лет	Желательно	Необходимо

Следует иметь в виду, что при последующей оценке экономической эффективности профилактики стоимость эпидемиологических исследований будет включена в суммарную стоимость профилактики. Если эпидемиологическое исследование, проводимое для целей планирования профилактики затягивается на несколько лет, то его целесообразность и информативность сомнительны.

Регистрация данных стоматологического обследования

Для регистрации стоматологического статуса применяются специальные карты. ВОЗ рекомендует карту стоматологического исследования, пригодную как для ручной, так и для компьютерной обработки (прил. 2, 3). Карта ВОЗ широко применяется во всем мире. На основе информации этих карт в ВОЗ создан глобальный банк данных стоматологического статуса населения.

Ниже даны краткие объяснения по заполнению карты.

Дата: число, месяц и год осмотра. В ячейки вписываются две последние цифры года. Например: 18 мая 20__.

Регистрационный номер. В ячейки вписываются цифры порядкового номера всех обследуемых районов.

Пример: 0001

Пол. В ячейку вписываются цифры 1 или 2 соответственно мужскому или женскому полу.

Возраст в годах. В ячейки вписываются цифры, обозначающие количество исполнившихся лет.

Национальность. Если исследуемое население разных национальностей, то они заранее кодируются цифрами 1, 2, 3 и т. д., которые заносятся в ячейки этой графы.

Профессия. Профессии кодируются цифрами 1, 2, 3 и т. д.

Фамилия. Вписывается заглавными буквами. Заполнение этой графы необязательно.

Местность. Местность может означать крупные города, области и т. д., а также школы или предприятия. Населенные пункты кодируются и

Репозиторий БГМУ

заносятся в ячейки в виде цифр. При необходимости в дополнение к цифрам можно указать название местности.

Врач. Вписывается фамилия или условленный номер врача, проводившего осмотр.

Флюороз. В ячейку вписывается цифра, соответствующая нижеперечисленным признакам:

– 0 — нет признаков флюороза зубов;

– 1 — единичные белые пятнышки или полоски:

– 2 — белые пятна, занимающие примерно 25 % поверхности коронки зуба;

– 3 — белые пятна, занимающие примерно до 50 % поверхности коронки зуба;

– 4 — поражена вся поверхность эмали, имеются участки повышенной стертости и коричневой окраски;

– 5 — к пункту 4 добавляются признаки гипоплазии зуба в виде ямочек и нарушения формы коронки.

Если поражение зубов неравномерно, то учитывается худшее состояние.

Заболевания слизистой. При нормальной слизистой оболочке рта в ячейку этой графы вписывается цифра 0. В случаях, когда имеется патология, в ячейку вписывается цифра 1. Можно также кодировать различные заболевания слизистой и вписывать в ячейки соответствующий код.

Другие заболевания. В первую очередь надо иметь в виду некариозные поражения зубов, такие как гипоплазия, эрозия, тетрациклиновое окрашивание и др. Принцип регистрации аналогичен предыдущей графе.

Зубочелюстные аномалии. В этой графе регистрируются нарушения прикуса, такие как глубокий прикус, открытый прикус и другие, которые можно записывать в виде диагнозов, а в ячейку заносить цифру 1. Если требуется лечение, в ячейку вписывается цифра 2.

Зубные протезы. В этом разделе состояния «ношение» и «нуждаемость» относятся к полным съемным протезам.

Периодонтальный индекс. В шесть ячеек, которые условно соответствуют шести областям зубных дуг (жевательные группы зубов справа, слева, нижние, верхние; резцы и клыки нижние и верхние), вписываются цифры, характеризующие состояние периодонта в данном секстанте. Цифры сверху или снизу каждого секстанта указывают зубы, подлежащие исследованию. Регистрируется худшее из обнаруженных в исследуемом секстанте состояний. Секстант не учитывается, если в исследуемой области имеется менее двух зубов или зубы подлежат удалению.

Исследование периодонтального индекса производится специальным инструментом — периодонтальным зондом, имеющим шарикообразный кончик и градуировку.

Кариес зубов и нуждаемость в лечении. Зубная формула представлена в виде двух рядов ячеек, в которые вписываются соответствующие коды

Репозиторий БГМУ

(цифры или буквы), характеризующие состояние зубов и нуждаемость в лечении.

При ручной обработке карты используются регистрационные листы. Один такой лист заполняется на одну возрастную группу обследованных.

Гигиена рта

Для определения гигиены рта используются индексы гигиены или индексы зубного налета и зубного камня. В карте стоматологического обследования ВОЗ регистрация индекса гигиены не предусмотрена, т. к. периодонтальный индекс ВОЗ (CPITN) включает информацию о зубном камне.

Однако, если оценка гигиенического состояния рта необходима, например, для определения эффективности средств гигиены, для удаления зубного налета, то используют упрощенный индекс гигиены рта (OHI-S) Грина–Вермиллиона (1964 г.).

Кариес зубов

Для целей планирования профилактики кариеса зубов важно определить интенсивность поражения. Показатель «распространенность кариеса зубов» (отношение количества людей, имеющих кариес, к общему числу обследованных, умноженное на 100 %) менее информативен и требует большого количества исследуемых. Если при исследовании распространенности кариеса в двух районах были получены одинаковые данные, например 100 %, это необязательно означает одинаковый стоматологический статус населения этих районов, т. к. интенсивность поражения может значительно варьировать. Необходимо определять распространенность кариеса у детей дошкольного возраста, т. к. наиболее эффективный показатель среди детей этого возраста — процент здоровых.

Интенсивность кариеса определяется индексами КПУ зубов или КПУ поверхностей зубов. При исследовании населения 7 лет и старше ВОЗ рекомендует использовать индекс КПУ зубов.

Методика определения индекса КПУ зубов знакома всем стоматологам. При исследовании могут возникнуть трудности в диагностике фиссурного кариеса, поражений контактных (апроксимальных) поверхностей и др. Рекомендуется учитывать только те поражения, которые не вызывают сомнений у исследователей. Рентгенодиагностика и другие специальные методы дополнительной диагностики могут затягивать и удорожать исследование.

Очень важна калибровка врачей, проводящих осмотры. Желательно, чтобы одни и те же врачи проводили первичное и повторное (оценочное) исследование стоматологического статуса.

Как уже указывалось, обследованию подлежат только определенные возрастные группы населения. Ключевой возрастной группой являются 12-летние дети.

В зависимости от величины индекса КПУ зубов определены пять уровней интенсивности кариеса: очень низкий, низкий, средний, высокий и очень

Репозиторий БГМУ

высокий (табл. 4). Как показано в табл. 4, пределы колебаний индекса КПУ зубов на каждом из пяти уровней довольно широкие, что позволяет получать необходимую информацию, исследуя небольшие группы населения.

Таблица 4

Классификация интенсивности кариеса зубов (согласно данным ВОЗ)

Уровень интенсивности кариеса	КПУ зубов	
	12 лет (1994 г.)	35–44 года (1980 г.)
Очень низкий	0–1,1	0,2–1,5
Низкий	1,2–2,6	1,6–6,2
Средний (умеренный)	2,7–4,4	6,3–12,7
Высокий	4,5–6,5	12,8–16,2
Очень высокий	> 6,6	> 16,3

Флюороз зубов

Выявление эндемического флюороза зубов у детей является важным компонентом стоматологического обследования, т. к. предопределяет использование фторидов в программах профилактики. В картах стоматологического исследования ВОЗ использована классификация степени тяжести флюороза зубов по I. Moller.

Флюороз зубов обычно сочетается с низким уровнем интенсивности кариеса, однако можно наблюдать обратный эффект при тяжелой степени флюороза. При оптимальном содержании фтора в питьевой воде от 10 до 25 % детей и взрослых могут иметь легкие формы флюороза зубов.

Как известно, флюороз зубов может возникать при избыточном поступлении фтора в организм не только с питьевой водой, но также при загрязнении атмосферы фтором, употреблении в пищу продуктов с высоким содержанием фтора, например, некоторых сортов чая. Поэтому данные о низком уровне фтора в питьевой воде не могут быть основанием для исключения флюороза зубов населения. Для регистрации флюороза зубов рекомендуется использовать два показателя: 1 — распространенность флюороза в процентах; 2 — средний индекс флюороза чубов.

Болезни периодонта

Необходимы сведения о распространенности и интенсивности болезней периодонта. Существует множество подходов относительно терминологии, критериев диагностики, индексов. Методика ВОЗ отличается рядом преимуществ при массовом обследовании населения: быстротой, простотой, дешевизной. На основании определения группового индекса состояния периодонта возможно рассчитать потребности персонала в профилактике и лечении болезней периодонта, а также оценить эффективность профилактики.

Ключевой возрастной группой для исследования периодонта являются дети в возрасте 15 лет. Из других возрастных групп необходимо исследовать население в возрасте 18 лет и 35–44 лет.

Репозиторий БГМУ

По одному из признаков патологии периодонта (зубному камню) определяются три уровня поражений периодонта детей 15-летнего возраста: низкий, средний, высокий (табл. 5).

Таблица 5

Классификация интенсивности (уровня) болезней периодонта 15-летних детей (по ВОЗ, 1980 г.)

Симптом	Интенсивность (среднее количество секстантов)		
	низкая	средняя	высокая
Кровоточивость	0–0,5	0,6–1,5	> 1,6
Камень	0–1,5	1,6–2,5	> 2,6

Данная классификация не может быть перенесена на другие возрастные группы населения.

Заболевания слизистой оболочки рта

Необходимо предварительное изучение доступных материалов о распространенности различных заболеваний слизистой оболочки рта. В первую очередь внимание стоматолога должно быть направлено на выявление опасных для жизни заболеваний, таких как злокачественные новообразования и предраковые поражения, а также инфекционные и венерические заболевания. Полезно обменяться опытом с коллегами соответствующих профильных медицинских учреждений, например, онкологическими и кожно-венерическими диспансерами.

Сбор и анализ доступной информации должен проводиться с учетом следующих вопросов:

– распространенность заболеваний слизистой оболочки рта среди различных возрастных групп населения;

– факторы риска возникновения заболеваний;

– наличие средств и методов для профилактики заболеваний.

Зубочелюстные аномалии

Ключевыми возрастными группами для выявления распространенности зубочелюстных аномалий являются 12- и 15-летние дети. Для выявления аномалий используют общепринятые простые клинические методы диагностики для определения нарушений окклюзии, не требующих или требующих ортодонтического лечения. Рекомендуется также проанализировать возможные причины и факторы риска возникновения патологии прикуса.

Образцы суммирования данных стоматологического статуса населения изучаемого района приведены в табл. 6.

Интерпретация полученных данных

Информация о демографии, стоматологическом персонале, стоматологической помощи и стоматологическом статусе населения района обобщается в виде сводных данных для удобства их интерпретации. Общей целью интерпретации данных о стоматологическом статусе и стоматологиче-

Репозиторий БГМУ

ском обслуживании населения является определение наиболее важных проблем и возможных подходов их разрешения.

Сводка исходных данных для планирования стоматологической помощи населению на примере Гродненской области представлена в прил. 4.

Часто основными проблемами считаются недостаточность кадров или оборудования. Однако следует выделять проблемы первичные и вторичные. Кроме этого, если существует много проблем, то нужно выделять наиболее важные, требующие первоочередного решения.

На примере полученных данных изучаемого района можно выделить ряд проблем, основные из которых это кариес зубов и болезни периодонта. Возможно, кариес зубов является проблемой номер 1, потому что интенсивность кариеса зубов детей высокая, а болезней периодонта умеренная, лечение кариеса зубов связано со значительными материальными затратами, кариес зубов и его осложнения отрицательно сказываются на общем здоровье населения, осложнения кариеса являются причиной большого числа трудопотерь взрослого населения.

Анализируя возможные причины высокой интенсивности кариеса зубов в районе, следует выделить ряд факторов, предрасполагающих к развитию кариеса, такие как низкий уровень фтора в питьевой воде, употребление сладостей и др. Предрасполагающим фактором к возникновению болезней периодонта является неудовлетворительная гигиена рта у детей, что подтверждается наличием зубного камня по индексу CPITN.

На примере изучаемого района УСП 6-летних детей недостаточный, а 12- и 15-летних детей — удовлетворительный.

Анализируя вопросы обеспеченности стоматологическим персоналом, следует отметить, что исторически все страны стремились иметь как можно больше персонала и, следовательно, придерживались критерия: чем больше, тем лучше. Однако постоянное увеличение количества персонала не решает проблему ликвидации заболеваемости. В то же время на примере изучаемого района можно сделать вывод, что отсутствие специального персонала для проведения первичной профилактики является серьезной проблемой, затрудняющей внедрение профилактики. Использовать стоматологов для этой работы было бы нерационально.

Таким образом, из ряда стоматологических проблем в изучаемом районе основными являются:

– высокая интенсивность кариеса зубов населения;

– умеренная интенсивность болезней периодонта детского населения.

Эти проблемы обусловливают множество других, например:

– непрерывное увеличение нуждаемости детей и взрослого населения в стоматологическом лечении;

– большие материальные затраты на лечение;

– недостаточное обеспечение учреждений средним персоналом и оборудованием.

Репозиторий БГМУ

СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ И ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Стоматологическая помощь населению одна из самых массовых медицинских услуг. В Республике Беларусь число обращений к стоматологу превышает одно на одного жителя в год, а процент первично обратившихся пациентов за год достигает 60–70 %. Несмотря на профилактическую работу среди населения, развитость инфраструктуры стоматологических учреждений и достаточно хорошее обеспечение отрасли стоматологическим персоналом, на практике еще остается высокая распространенность и средняя интенсивность кариеса зубов, высокая интенсивность болезней периодонта, неудовлетворительное качество стоматологического лечения, ведущее к осложнениям и прогрессирующей утере зубов.

Анализ структуры стоматологической помощи населению в стране показывает ее преимущественную ориентацию на лечение и реабилитацию. Сопутствующее неудовлетворительное материально-техническое обеспечение не позволяет добиться желаемых результатов по оздоровлению населения. В то же время согласно рекомендациям ВОЗ в любой экономической ситуации и при любой системе здравоохранения можно достичь приемлемых главных показателей стоматологического здоровья, если рационально использовать даже самые скудные финансовые, материальные и кадровые ресурсы. При правильном планировании стоматологической помощи населению в первую очередь уделяют внимание пациентам, нуждающимся в неотложной стоматологической помощи, первичной и вторичной профилактике болезней зубов, используя при этом недорогие, но эффективные методы и технологии на коммунальном уровне.

Ситуационный анализ инициирует и организует администратор стоматологической службы участка, района, города, области, страны. Стоматологическую заболеваемость изучают с помощью бригады эпидемиологов, состоящей из числа стоматологов, владеющих методами эпидемиологических исследований. Статистические данные о работе стоматологической службы имеются в ежегодных отчетах лечебно-профилактических стоматологических учреждений. Необходимые сведения о факторах окружающей среды можно получить у санитарного врача.

По данным эпидемиологического исследования взрослого населения за 2017 г., а также на основании анализа научных публикаций за 1961–2018 гг., распространенность кариеса зубов среди детей и взрослого населения Беларуси за последние 50 лет увеличилась примерно в 2 раза и имеет тенденцию роста среди взрослого населения. В среднем 90 % детей 5–6 лет имеют кариес при его интенсивности 5,6 КПУ. Средний КПУ у 12-летних детей — 2,44 (2017 г.); у взрослых в возрасте 35–44 лет в 1996 г. интенсивность кариеса по индексу КПУ составляла 13,8, в 2017 г. — 14,2. Среднее количество здоровых секстантов (по индексу CPITN) у 15-летних

Репозиторий БГМУ

подростков — 1,0 (из шести). Такой показатель сохраняется с 1996 г. по настоящее время.

Ситуационный анализ стоматологии в Беларуси выявил следующее: высокую распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей и взрослых с тенденцией увеличения, высокую распространенность и интенсивность болезней периодонта, наличие факторов риска возникновения кариеса, основными из которых являются низкая концентрация фтора в питьевой воде, неудовлетворительная гигиена полости рта, частое употребление углеводистой пищи, в том числе сладостей.

Предыдущие программы профилактики в Республике Беларусь были недостаточно эффективны в связи с нереализованным системным фторированием и отсутствием адекватного целевого финансирования. Международный опыт показывает, что при такой высокой заболеваемости населения кариесом зубов и болезнями периодонта и отсутствии эффективных программ первичной и вторичной профилактики неизбежен рост этих заболеваний, а также большое количество осложнений в виде пульпитов, апикальных периодонтитов, острых воспалительных процессов челюстно-лицевой области, ведущих к удалению зубов, временной нетрудоспособности пациентов и даже к смертельному исходу.

Более подробный анализ компонентов КПУ разных возрастных групп населения и статистических данных медицинских учреждений указывает на большой процент осложнений зубных болезней, что в свою очередь является показателем качества профилактики и лечения, а также уровня медицинских знаний населения. В табл. 6 приведены некоторые данные ситуационного анализа стоматологического статуса и использования стоматологической помощи населением.

Таблица 6

Данные ситуационного анализа стоматологического статуса и использования стоматологической помощи населением

Данные стоматологического статуса	Оценка		Прогноз
	стоматологического статуса	системы стоматологической помощи	
КПУ 12-летних детей — 3,8			
К — 2,2	Большой процент нелеченных кариозных зубов	Отсутствие или неэффективная плановая санация у детей	Большой процент осложнений кариеса зубов
П — 1,4	Малый процент пломбированных зубов	Отсутствие или неэффективная программа профилактики кариеса зубов	Раннее нарушение функции жевания
У — 0,2	Много удаленных зубов у детей	Неудовлетворительное качество лечения	Большая потребность в реабилитации. Увеличение стоимости стоматологической помощи

Репозиторий БГМУ

Окончание табл. 6

Данные стоматологического статуса	Оценка		Прогноз
	стоматологического статуса	системы стоматологической помощи	
КПУ 35–44-летних людей — 13,5			
К — 3,5	Большой процент нелеченных кариозных зубов	Недостаточная информированность населения	Большой процент осложнений кариеса зубов
П — 3,7	Недостаточное использование стоматологической помощи населением	Недоступность стоматологической помощи	Нарушение функции жевания. Заболевания желудка
У — 6,3	Много осложнений. Много удаленных зубов	Неудовлетворительное качество лечения	Большая потребность в зубопротезировании
CPITN 15-летних детей			
«0» — 0,9	Высокая интенсивность болезней периодонта	Отсутствие гигиенического воспитания населения	Развитие хронического орального сепсиса
«2» — 3,2 «3» — 0,8	Неудовлетворительная гигиена рта	Неудовлетворительная мотивация населения к профилактике. Недоступность профессиональной гигиены	Развитие тяжелых стадий хронического периодонтита. Утеря зубов

В ежегодных статистических отчетах лечебно-профилактических стоматологических учреждений приведены сведения об объеме стоматологической помощи населению, по которым можно оценить качество профилактики и лечения.

Опрос 16–17-летних школьников показал, что большинство не знает о плохом состоянии своих зубов. Оценили состояние своих зубов как отличное 7,8 % опрошенных, как хорошее — 34,2 %, столько же назвали состояние своих зубов удовлетворительным, и только 5,8 % определили его как плохое. Несмотря на то, что ежегодной плановой санацией охвачено 80,3 % школьников, 38,6 % опрошенных, т. е. каждый третий школьник, испытывали зубную боль в течение последних 12 месяцев. Не согласны или не знают, что при регулярном посещении стоматолога можно избежать внезапной боли, 27,8 % школьников, а 40,6 % боится идти к врачу из-за зубной боли, возникающей при лечении. Все это подтверждает вывод о несовершенной организации плановой лечебно-профилактической работы. По результатам анкетирования взрослого населения можно также судить о недостаточной мотивации населения. Это подтверждают следующие цифры: 15,3 % опрошенных не знает, что чистка зубов предупреждает кариес; 15 % населения не знает, что чистка зубов нужна для здоровья десен; 53,2 % не верит, что использование фторидов является безопасным методом профилактики кариеса зубов, и, как следствие, 25,7 % опрошенных, т. е. каждый третий, используют зубную

Репозиторий БГМУ

пасту без фтора; 12,6 % чистят зубы зубным порошком; 22,5 % не знает, что частое употребление сладостей вредно для зубов, 16,4 % не знает о вреде табака для периодонта и слизистой оболочки рта. Значительная часть населения обращается к стоматологу редко: 13,2 % взрослых посещают его один раз в 2–3 года; 7,8 % реже чем один раз в 3 года; 10,5 % не помнят, когда последний раз были на приеме, а некоторые и вовсе не посещали стоматолога. Как следствие, у 31,6 % взрослого населения причиной последнего посещения стоматолога явилась острая боль. Установлено, что 59,8 % опрошенных не верят, что посещение стоматолога решит все проблемы. Это говорит о неудовлетворительном качестве ранее оказанного лечения, отрицательном личном опыте лечения зубов у стоматолога. Стоматологический статус подтверждает, что ранее леченные зубы уже удалены, и это снижает доверие к стоматологической помощи. Вместе с тем опрос также показал, что для 92,9 % опрошенных состояние своих зубов очень важно; 71,3 % согласны, что проблемы с зубами влияют на весь организм; 23 % населения обычно с целью лечения обращаются в государственное платное лечебное учреждение или частный кабинет, т. е. каждый четвертый взрослый житель хочет получить высококвалифицированную стоматологическую помощь за плату.

Из ситуационного анализа стало очевидно, что из-за отсутствия или неэффективной коммунальной профилактики кариеса зубов и болезней периодонта стоматологические заболевания среди взрослого населения имеют тенденцию роста. Это один из хорошо известных факторов, отрицательно влияющих на качество лечения: чем выше заболеваемость, тем труднее обеспечить высококачественное лечение. Далее в результате неудовлетворительного качества лечения кариеса зубов и болезней периодонта появляются осложнения, требующие более сложного лечения, причиняющие боль пациентам, часто являющиеся объектами неотложной помощи. В свою очередь неотложная помощь должна быть своевременной и высококачественной в целях исключения дальнейшего осложнения в виде воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, ведущих к временной утере трудоспособности.

СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Анализ ситуации в секторе здравоохранения должен:

– реалистично оценить текущую ситуацию в секторе здравоохранения со всеми ее сильными и слабыми сторонами, возможностями и угрозами, включая их причины и последствия;

– обеспечить научно обоснованную основу для реагирования на нужды и ожидания населения в секторе здравоохранения;

– обеспечить обоснованное формулирование будущих стратегических направлений для сектора здравоохранения.

Репозиторий БГМУ

Надежный анализ ситуации в секторе здравоохранения должен быть аналитическим, релевантным, комплексным, основанным на фактических данных, где важно совместное участие специалистов, населения и др.

Понятие «аналитический» означает, что анализ ситуации основан на причинно-следственной связи того, как исходные данные, процессы и результаты взаимодействуют друг с другом и с другими важными факторами окружающей среды. Здесь важно проводить различие между описательным анализом ситуации (описывающим состояние текущей ситуации) и аналитическим, т. е. пытающимся понять текущую ситуацию на основе прошлых решений и планов, а также основных причинных факторов.

Релевантный — сосредоточенный на вопросах, которые в конечном итоге влияют на состояние здоровья населения, и рассматривающий пути решения текущих проблем.

Комплексный анализ ситуации охватывает все аспекты, связанные с сектором здравоохранения, включая системы здравоохранения, программы, полный спектр медицинских услуг, межсекторальные действия в интересах здоровья и т. д.

Основанный на фактических данных — использующий широкий спектр информации и данных как количественных, так и качественных, а также в соответствующих случаях опыт других стран.

Необходимость ситуационного анализа определяется тем, что это важный шаг в цикле планирования, он дает голос и платформу всем заинтересованным сторонам сектора здравоохранения, в том числе населению, повышает ответственность специалистов, поддерживает и усиливает мониторинг и оценку данных, способствует конкретизации ролей и обязанностей персонала, помогает достичь консенсуса о состоянии здоровья в стране.

Ситуационный анализ является ключевым начальным шагом в развитии национального здравоохранения. В идеальном случае ситуационный анализ следует проводить хотя бы один раз в течение цикла планирования в области здравоохранения и обновлять каждые несколько лет.

При рассмотрении ролей и обязанностей различных заинтересованных сторон в секторе здравоохранения важно учитывать три основных момента, которые необходимы для успешного анализа ситуации: активное и всеохватывающее участие многих заинтересованных сторон, принятие решений, а также организация и координация ситуационного анализа. Некоторые субъекты здравоохранения будут активны на всех трех фронтах, в то время как другие будут активны только на том или другом фронте.

При проведении ситуационного анализа рекомендуется придерживаться подхода, который был бы максимально активным и всеохватывающим, в котором должна быть *основная* группа, координирующая *рабочие* группы. Рабочие группы должны состоять из соответствующих экспертов и заинтересованных сторон в области здравоохранения, которым предоставлено достаточное пространство и время для диалога. Этот процесс является важной инвестицией, потенциал которой объединяет заинтересованных в

Репозиторий БГМУ

здоровье, формируя общее понимание проблем и решений сектора здравоохранения, что нельзя недооценивать.

ВОЗ определяет анализ ситуации в области здравоохранения как «оценку текущей ситуации в области здравоохранения… [которая] имеет основополагающее значение для разработки и обновления национальной политики, стратегий и планов».

Всемирный банк предлагает термин «анализ систем здравоохранения» со следующим определением: «Анализ систем здравоохранения включает данные о исходных данных, процессах и результатах системы здравоохранения, а также анализ их сочетания для получения результатов. Он рассматривает политику, историю и институциональные механизмы управления. Анализ систем здравоохранения выявляет причины плохой работы системы здравоохранения и показывает, как политика реформ и стратегии укрепления могут улучшить производительность».

Анализ ситуации можно провести:

– на любом этапе процесса национального планирования, от установления приоритетов до мониторинга и оценки;

– на любом государственном уровне (национальный, провинция/регион, район);

– по различным темам и областям применения, т. е. для сектора здравоохранения в целом или для финансирования здравоохранения в частности;

– под руководством Министерства здравоохранения.

Задачи ситуационного анализа:

1. Повышение ответственности органов управления и прозрачности процесса управления.
2. Поддержка и усиление мониторинга и оценки системы стоматологической помощи.
3. Конкретизация обязанностей участников системы здравоохранения.
4. Достижение консенсуса по состоянию здоровья в стране.

Анализ ситуации в секторе здравоохранения обычно объединяет некоторые или все следующие заинтересованные стороны:

1. Население, получающее услуги:

– население и представители общественности;

– гражданское общество, включая неправительственные и конфессиональные организации;

– группы с особыми интересами.

2. Государственные организации:

– различные департаменты центрального уровня Министерства здравоохранения;

– другие министерства, чья работа имеет отношение к здоровью;

– региональные департаменты Министерства здравоохранения;

Репозиторий БГМУ

– другие учреждения и агентства, связанные с Министерством здравоохранения (например, полугосударственные);

– партнеры по развитию.

3. Медицинские работники:

– поставщики государственных услуг и, в частности, местные органы здравоохранения;

– профессиональные ассоциации;

– частные коммерческие и некоммерческие поставщики медицинских услуг.

4. Другие организации:

– научно-исследовательские институты;

– управленческие центры.

В общем анализе ситуации в секторе здравоохранения лидером должно быть Министерство здравоохранения, особенно если целью является разработка нового национального плана здравоохранения. Оно координирует, организует работу и принимает решения по анализу ситуации и, помимо участия в нем, обеспечивает значимое участие других представителей.

Тем не менее, Министерство здравоохранения — это организация, которая принимает окончательное решение о том, как использовать рекомендации и результаты различных анализов и консультаций, и адаптирует их для национального плана.

Районные и особенно региональные органы власти также хорошо знакомы с проблемами их сектора здравоохранения. Таким образом, их роль заключается в передаче соответствующих данных в понятной и ясной форме структурам, проводящим ситуационный анализ.

Роль гражданского общества имеет решающее значение, поскольку именно эти организации чаще всего наиболее близки к населению. Представитель общественных гражданских организаций также может быть в основной команде, и если нет, то, безусловно, должен активно участвовать и быть прозрачным в предоставлении соответствующих данных и информации.

Уместно и необходимо вовлечь частные организации в обсуждение анализа ситуации, хотя это часто бывает трудно сделать. В ситуациях, когда они составляют значительную долю медицинских услуг, было бы целесообразно включить их в основную группу и, безусловно, в соответствующие технические рабочие группы. Их взгляды на реалии на местах уникальны, и они обладают знаниями и опытом по тем же вопросам, но под другим углом зрения, поэтому необходимо приложить огромные усилия для обеспечения их значимого участия в процессе анализа ситуации.

В идеальном случае представитель парламентского комитета по здравоохранению должен входить в состав тематических рабочих групп или, по крайней мере, следить за анализом и обсуждениями, поддерживая связь с основной командой. В конечном итоге парламентарии комитета по здравоохранению будут участвовать в утверждении национального бюджета здра-

Репозиторий БГМУ

воохранения, который будет основан на национальной политике, стратегиях и планах здравоохранения.

Участие средств массовой информации особенно важно, поскольку они вездесущи и направлены на то, чтобы предоставлять информацию и объективно отражать мнение населения. В ситуационном анализе их роль состоит в том, чтобы информировать население о проведении анализа ситуации, тем самым обеспечивая прозрачность и понятность процесса анализа и его результатов.

Партнеры по развитию могут быть представлены в основной команде, где они также будут брать на себя функции организации/координации и сопринятия решений.

Там, где они не входят в основную команду, их активное участие является важным, поскольку они располагают соответствующими данными и информацией о проектах и программах, в которых они участвуют и которые могут повысить ценность обсуждений анализа ситуации.

Организация ситуационного анализа. Существует два основных способа организации анализа ситуации в секторе здравоохранения, и они будут частично зависеть от количества времени и средств, имеющихся в распоряжении Министерства здравоохранения.

Первый способ может быть необходим, когда анализ должен быть сделан быстро. Здесь международные и национальные эксперты-консультанты рассматривают документы, проводят интервью с ключевыми информаторами, изучают имеющиеся данные и делают выводы в течение нескольких недель. Это будет полезно для быстрой публикации анализа, но не позволит ни наращивать потенциал страны, ни обеспечить адекватное понимание и заинтересованность всех соответствующих сторон, особенно на местах, таких как местные неправительственные организации и сообщества.

Второй способ заключается в создании рабочих групп с привлечением соответствующих экспертов и субъектов здравоохранения. Когда анализ включает в себя широкий круг заинтересованных сторон, он может стать тяжелым и трудоемким. Тем не менее, это важная инвестиция, потенциал которой объединяет тех, кто заинтересован в здоровье, в общем понимании проблем и решений сектора здравоохранения, что нельзя недооценивать.

Последовательность ситуационного анализа: создание руководящего комитета → назначение основной команды → создание рабочих групп → встречи, семинары и общение → отчет об анализе ситуации (рис. 11).

Создание официального руководящего комитета (он может быть назван по-другому в зависимости от страны), представляющего сообщество заинтересованных сторон, участвующих в анализе, зависит от объема самого анализа ситуации и доступа основной команды к лицам, принимающим решения на более высоком уровне в правительстве.

Репозиторий БГМУ

Рис. 11. Организация работы участников ситуационного анализа

Назначение основной команды (она может называться по-другому в зависимости от страны) имеет важное значение для обеспечения эффективной координации ситуационного анализа. Эта команда должна обладать навыками хорошей организации, умением общаться, чтобы иметь возможность обращаться к нужным людям для создания рабочих групп, а также обладать сильными техническими возможностями для активного участия и поддержки рабочих групп. Команда должна возглавляться Министерством здравоохранения, но ее состав не должен быть исключительно персоналом Министерства здравоохранения.

Задачи основной команды включают (но не ограничиваются):

– подготовку анализа ситуации, в том числе получение официальных согласований и бюджета;

– создание рабочих групп;

– предоставление соответствующей документации;

– информирование соответствующих заинтересованных сторон;

– организацию семинаров и встреч между соответствующими участниками и/или рабочими группами по сквозным темам;

– техническую поддержку рабочих групп.

Рабочие группы выполняют следующие виды работ:

1. Определение основных проблем и аспектов для отчета рабочей группы.

2. Формулировка выявленных проблем методом SWOT-анализа и обсуждение их основных причин и последствий.

3. Определение ключевых источников информации и обеспечение их доступности.

4. Проверка того, что каждый из выявленных аспектов основан на фактических данных, а также проверка того, можно ли на него ссылаться.

5. Определение пробелов в информации и анализе и поиск дополнительной документации.

6. Пересмотр первой версии SWOT-анализа на основе отзывов, особенно от других рабочих групп и координаторов направлений 1 и 2.

7. Написание краткого отчета рабочей группы со ссылкой на источники информации.

Направления анализа. Чтобы обеспечить надежные результаты, рабочие группы по ситуационному анализу должны изучить три отдельных направления (рис. 12):

1. Анализ данных о здоровье.

2. Анализ выполнения мероприятий сектора здравоохранения, использования бюджета.

3. Анализ эффективности национальной политики, стратегии и планов здравоохранения: политический диалог с более широкой группой заинтересованных сторон о сильных и слабых сторонах системы здравоохранения (кадровые ресурсы здравоохранения, фармацевтика, финансирование здравоохранения, оказание услуг и т. д.) и о программах здравоохранения, их причинах и последствиях.

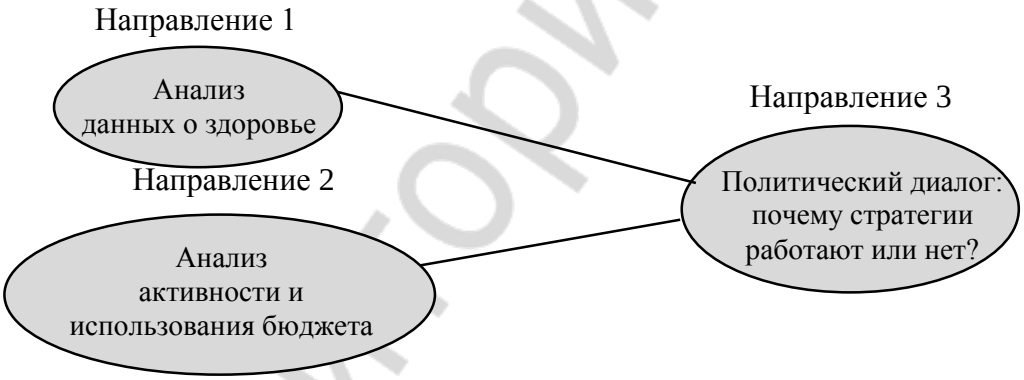

Рис. 12. Три направления работы ситуационного анализа в секторе здравоохранения

В идеале координатор или несколько человек, выступающих в качестве координационной группы, будут отвечать за направления 1 и 2 соответственно, поддерживая связь со всеми рабочими группами по мере необходимости.

Направление 1 —анализ данных о состоянии здоровья:

– оценка прогресса в достижении целевых показателей (основные индикаторы стоматологического здоровья, а также дополнительные специфические индикаторы);

– сравнительный анализ стоматологического здоровья с аналогичными странами;

– опросы об удовлетворенности клиентов оказанной помощью, опросы в медицинских учреждениях:

Репозиторий БГМУ

– сравнение исходных и итоговых данных на субнациональном уровне;

– подсчет жизней, спасенных благодаря вмешательствам;

– оценка качества данных.

Прежде всего, следует собирать, анализировать и синтезировать существующие наборы данных. Далее следует приблизительный список ключевых вопросов, на которые нужно ответить:

1. Является ли охват данных полным с точки зрения географии и времени?

2. Допускают ли существующие показатели всесторонний анализ?

3. Допускают ли существующие тематические отчеты и оценки всесторонний анализ?

4. Есть ли вероятность противоречивости информации/данных? Если да, как можно это уточнить?

5. Насколько надежны собранные данные?

6. Следует ли дополнять данные по объекту другими источниками, такими как опросы?

Если пробел в данных был выявлен, страна может принять решение о проведении дополнительных обследований или научных исследований.

Примеры источников данных для анализа состояния здоровья:

1. Национальный план здравоохранения.

2. Результаты обследования здоровья населения.

3. Данные национальной информационной системы здравоохранения.

4. Отчеты о работе:

– ежегодный отчет по статистике здоровья;

– ежегодные отчеты о работе сектора здравоохранения;

– отчеты об эпидемиологическом надзоре за ВИЧ/СПИДом.

5. Административные данные:

– финансирование: национальные счета здравоохранения, отчеты о ходе реформ государственного управления/финансов;

– человеческие ресурсы: отчеты учебных заведений, отчеты о ходе реформы государственной службы;

– инфраструктура: оборудование медицинского учреждения, транспортные средства.

6. Исследования/оценочные исследования:

– оценка систем здравоохранения;

– оценки программы, например, обзорный отчет по программе борьбы с курением.

7. Документы из других министерств (образования, местного самоуправления, финансов и т. д.).

8. Документы гражданского общества (обзоры, анализы, оценки, тематические исследования и т. д.).

Репозиторий БГМУ

Направление 2 — анализ выполнения мероприятий, использования бюджета сектора здравоохранения. Примеры источников данных для анализа деятельности, бюджета:

– национальные данные Министерства здравоохранения;

– периодические отчеты о деятельности из разных уровней различных министерств, участвующих в деятельности сектора здравоохранения;

– социальные аудиты;

– отчеты по обзору районного и регионального секторов;

– картирование спонсоров.

Источники финансирования и их использование:

– национальное медицинское страхование и/или частное страхование;

– национальные счета здравоохранения;

– внешние спонсоры;

– административные и финансовые отчеты Министерства здравоохранения (включая финансовые отчеты субнациональных структур);

– отчеты частного сектора;

– обзор государственных расходов;

– все другие соответствующие отчеты, данные, документы от других министерств, партнеров, неправительственных организаций.

Направление 3 — анализ эффективности национальной политики, стратегии и планов здравоохранения. В принципе этот шаг должен осуществляться после первых двух направлений, когда заинтересованные стороны лучше понимают, что работает хорошо, а что нет.

Задача 3-го направления состоит в том, чтобы коллективно оценить, действительно ли деятельность в соответствии со стратегическими направлениями привела к ожидаемым результатам, изучить ее сильные и слабые стороны и обсудить, следует ли рекомендовать изменение стратегий для достижения более высоких уровней эффективности.

Выявленные слабости и угрозы не должны быть простым повторением того, что уже было обнаружено в предыдущих анализах. Вместо этого необходимо приложить серьезные усилия, чтобы понять, почему улучшения не произошло или его недостаточно, чтобы иметь возможность исправить возникшую проблему.

Координаторы основной группы 2-го направления несут основную ответственность за проверку всех отчетов о ходе работы и финансовых отчетов, ревизий и оценок.

Основная их задача состоит в том, чтобы:

1) централизовать планы, данные и отчеты (финансовые и реализации) с разных уровней и от разных субъектов;

2) оценить надежность, выявить пробелы, противоречия, совпадения;

3) помогать рабочим группам синтезировать данные и фиксировать суть в кратких таблицах и графиках;

4) помогать рабочим группам формировать отчеты;

5) помогать рабочим группам проанализировать особенности, тенденции, неожиданные события.

Репозиторий БГМУ

Процесс установления приоритетов в ходе ситуационного анализа — возможность для политиков и заинтересованных сторон сектора здравоохранения предвидеть предсказуемые проблемы со здоровьем и обеспечить смягчение влияния негативных факторов на здоровье населения.

Анализ ситуации адекватно отражает широкий спектр взглядов и мнений заинтересованных сторон. Было бы особенно полезно, если бы эти взгляды и мнения были сформулированы так, чтобы их можно было легко преобразовать в оперативные этапы на будущее (или скорректировать существующие планы).

Еще необходимо, чтобы заинтересованные стороны приняли выводы анализа ситуации даже по спорным вопросам. Здесь важно отметить, что принятие выводов не означает согласие с ними. Если анализ ситуации представляет все основные точки зрения непредвзято, проливая свет на плюсы и минусы различных точек зрения, его можно рассматривать как сбалансированный, который затем может быть принят всеми.

На практике 3-е направление, питаемое оценками направлений 1 и 2, организуют в соответствии со SWOT-анализом.

Обеспечение широкого участия часто требует хорошей и предварительной подготовки, потому что в зависимости от политического контекста в стране диалог и консенсус должны быть найдены на ранней стадии. Это часто означает обращение к участникам, с которыми менее комфортно и которые потенциально могут столкнуться с конфронтацией. Это дополнительное усилие, и его важность нельзя недооценивать с точки зрения достижения широкой приверженности и согласованности. В идеале заинтересованные стороны, которые участвуют в анализе ситуации, должны достаточно хорошо понимать проблемы, обладать достаточными коммуникативными навыками, чтобы претендовать на свой голос (в том числе быть социально «разрешенными» для выступления), и быть репрезентативными для всех категорий населения, которые должны участвовать. На практике, однако, не всегда легко идентифицировать эти репрезентативные заинтересованные стороны и дать им возможность участвовать. Дилеммы, представленные ниже, требуют тщательного рассмотрения, но их не следует рассматривать в качестве сдерживающих факторов, скорее, если заранее продумать эти проблемы, их будет легче решить.

Чем больше участников на консультативном мероприятии, тем труднее обеспечить справедливое участие всех точек зрения, достичь консенсуса по анализу ситуации и принять решения. Важно найти баланс между большим количеством участников, чтобы включить как можно больше заинтересованных сторон, которые действительно могут высказать свое мнение. Даже когда определены все соответствующие категории заинтересованных сторон (например, гражданское общество, религиозные общины, профсоюзы, другие отраслевые министерства и т. д.), нелегко определить те организации или отдельные лица, которые наиболее подходят для ситуаци-

Репозиторий БГМУ

онного анализа и являются законными для представления интересов соответствующих заинтересованных сторон.

Во многих странах общественные гражданские организации объединены в национальные платформы, но они не всегда рассматриваются всеми организациями как легитимные. Таким образом, может быть чрезвычайно трудно узнать, кто является репрезентативным представителем. Аналогичная ситуация может быть обнаружена в некоммерческих организациях: их может быть сотни, сильно различающихся по размеру, охвату и опыту, в то время как эффективная координация и, следовательно, представительность могут быть неясными. Тщательный анализ и понимание групп заинтересованных сторон, а также взаимодействие с ними могут помочь определить нужных людей.

Что касается представителей других отраслевых министерств, которые Министерство здравоохранения может привлечь, то не совсем понятно, будут ли «правильные» представители отправлены соответствующим министерством. Очень часто министерства направляют сотрудников среднего звена, которые не имеют полномочий для принятия решений, а иногда даже не знают вопросов, подлежащих обсуждению.

В странах, где официальные «координаторы по здравоохранению» назначаются в министерствах, не связанных со здравоохранением, эта проблема встречается гораздо реже. Даже когда представлены соответствующие заинтересованные стороны, они могут не чувствовать себя уполномоченными эффективно участвовать в диалоге — будь то из-за отсутствия технических навыков или из-за социальных норм. Особое внимание следует уделять поддержке участия представителей сельского населения. Может быть, даже целесообразно организовать отдельные консультативные мероприятия, чтобы позволить этим группам свободно выражать свое мнение. В случае определения национальной политики, стратегии и планов здравоохранения важно, чтобы правительство руководило консультативным процессом, особенно в ситуациях, зависящих от помощи, где спонсоры могут чрезмерно влиять на дебаты.

Анализ заинтересованных сторон может затронуть важные вопросы: Кто является ключевым игроком, формальным и неформальным в этой области? Каковы отношения между действующими лицами? Кто имеет власть или влияние в этой ситуации? Как субъекты влияют на политический процесс? Одним из результатов анализа заинтересованных сторон является сетевая карта. На ней визуально отображаются участники в области здоровья и их отношения друг к другу при помощи меток и стрелок, указывающих поток ресурсов. С другой стороны, она может наглядно отображать сравнение прошлого, настоящего и будущего прогнозируемого влияния заинтересованных сторон. Визуальное представление результатов анализа заинтересованных сторон обеспечивает простой способ получения обширной информации об относительных позициях заинтересованных сторон по отношению к политике (позиция поддержки, нейтральная или противоположная). Знание действующих

репозиторий БГМУ

лиц, присутствующих в системе здравоохранения, их интересов и позиций может позволить лицам, формирующим политику, более эффективно взаимодействовать с ключевыми заинтересованными сторонами для реформы здравоохранения. В секторе здравоохранения анализ заинтересованных сторон может использоваться в качестве инструмента для информирования о планировании, реализации и оценке проекта и наиболее полезен при его включении в более широкий процесс анализа политики.

SWOT-анализ. Проанализировать эффективность всей проделанной работы, т. е. сделать выводы и дать рекомендации позволяет SWOT-анализ. SWOT-анализ — это метод стратегического планирования, заключающийся в выявлении факторов внутренней и внешней среды организации и разделении их на 4 категории:

– strengths (сильные стороны);
– weaknesses (слабые стороны);
– opportunities (возможности);
– threats (угрозы).

SWOT-анализ может обеспечить прочную и широкую основу для анализа ситуации в национальном здравоохранении и заложить основу для стратегического планирования, особенно из-за его уникальной способности освещать новые стратегические варианты посредством оценки баланса между внутренними и внешними факторами.

SWOT-анализ в его основной форме можно разбить на четыре этапа:

1. Сбор и оценка ключевых данных и информации, включая демографические данные населения, источники финансирования здравоохранения или состояние медицинских технологий, но не ограничиваясь ими.

2. Сортировка данных по четырем ключевым категориям, где сильные и слабые стороны обычно проистекают из внутренних организационных факторов, а также возможностей и угроз от внешних факторов. В табл. 7 показано, как эти четыре категории определяются и сортируются.

Таблица 7

Схема SWOT-анализа

Категории SWOT-анализа	Определение	Примеры
S (сильные стороны)	Факторы, которые стимулируют функционирование сектора	Современное оборудование, инвестиции в информатизацию
W (слабые стороны)	Факторы, повышающие стоимость услуг или снижающие качество помощи	Старение учреждений здравоохранения, отсутствие стандарта клинической практики, дублирование программ
O (возможности)	Новые предложения и области роста в секторе здравоохранения	Новые партнеры для программ здравоохранения, внедрение стандартных протоколов лечения, увеличение финансирования
T (угрозы)	Факторы, негативно влияющие на работу сектора	Политическая или экономическая нестабильность, дефицит финансирования, рост количества незастрахованного населения

Репозиторий БГМУ

3. Разработка SWOT-матрицы, в которой сравниваются различные альтернативы для рассмотрения после углубленного анализа данных.

4. Переход SWOT-анализа в более широкий анализ ситуации и процесс принятия решений. В идеальном случае SWOT-анализ также включает всесторонний поиск литературы и качественный вклад заинтересованных сторон и отраслевых экспертов.

От начала и до конца анализ ситуации займет не менее 3–5 месяцев (табл. 8).

Таблица 8

Расписание проведения ситуационного анализа

Действия/временные рамки	**Месяц 1/ недели**				**Месяц 2/ недели**				**Месяц 3/ недели**				**Месяц 4/ недели**				**Месяц 5/ недели**			
	1	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**
Начальная фаза (3 дня) — встреча всех рабочих групп + направлений 1 и 2 для обсуждения разграничения деятельности и структуры отчета																				
Сессии рабочих групп: начало разработки ситуационного анализа, обсуждение специфики организации и расписание работы																				
Группы встречаются для обсуждения начальных данных и проведения опроса заинтересованных сторон. Направления 1 и 2 контактируют со всеми рабочими группами																				
1-я версия обратной связи со всеми группами (1 день)																				
Группы встречаются для продолжения разработки ситуационного анализа																				
Обратная связь с основной командой																				

Репозиторий БГМУ

Окончание табл. 8

Действия/временные рамки	Месяц 1/ недели				Месяц 2/ недели				Месяц 3/ недели				Месяц 4/ недели				Месяц 5/ недели			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Рабочее совещание со всеми группами для рецензирования отчетов (2 дня)																				
Переработка отчетов по итогам рабочего совещания																				
Каждая группа встречается с руководящими органами для обратной связи																				
Группы пишут предпоследнюю версию отчета																				
Основная группа обобщает отчеты и вносит последние правки																				
Министерство здравоохранения одобряет предпоследнюю версию отчета																				
Рабочее совещание заинтересованных сторон																				
Редактирование последней версии отчета																				
Одобрение/утверждение отчета в Министерстве здравоохранения и его публикация																				

Анализ ситуации и выводы. Ситуационный анализ — это, по сути, очень техническая часть работы, результаты и выводы которой актуальны для всего населения, поэтому необходимо приложить значительные усилия для перевода технического языка на простой, понятный населению язык.

Для этой цели может быть написано краткое резюме анализа ситуации с иллюстрациями и графиками, где это необходимо, которые могут быть распространены в городах, районах и регионах. В кратком резюме должны быть четко обозначены основные проблемы и тенденции, основные вопросы для обсуждения, возможные решения и обоснование выбора программ профилактики.

Использование различных форм социальных сетей может быть эффективным способом передачи основных результатов анализа ситуации. Например, партнерство со средствами массовой информации и сотрудничество специалистов с населением в распространении и упрощении сообщений используется в качестве успешной стратегии во многих странах.

Репозиторий БГМУ

Полный отчет об анализе ситуации представляет собой информацию, которая должна публиковаться, рекламироваться и широко распространяться, чтобы привлекать к сотрудничеству заинтересованные стороны в течение всего процесса стратегического планирования.

Написание первого проекта отчета может быть сделано совместно в формате семинара, но в конечном итоге является обязанностью небольшой группы людей или человека из основной команды, или нанятого консультанта.

Примерный план написания отчета о ситуационном анализе:

1. Оглавление.
2. Резюме.
3. Введение/общие сведения.
4. Цели.
5. Методология/подход.
6. Ограничения.
7. Члены команды/координация.
8. Выводы (их можно разделить по темам рабочих групп, стратегическим направлениям текущей национальной политики, стратегии и планов здравоохранения, сквозным темам или любому сочетанию вышеперечисленного).
9. Обсуждение.
10. Заключение.
11. Приложения (список проверенных документов, отчеты о посещениях, список опрошенных и т. д.).

Репозиторий БГМУ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Леус, П. А.* Европейские индикаторы стоматологического здоровья / П. А. Леус // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2011. № 3. С. 47–53.
2. *Леус, П. А.* Критерии ВОЗ оценки качества системы стоматологической помощи / П. А. Леус // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2010. № 30. С. 56–64.
3. *Леус, П. А.* Анализ проблем и обоснование возможностей дальнейшего совершенствования стоматологической помощи населению Республики Беларусь / П. А. Леус // Стоматологический журнал. 2017. № 1. С. 51–55.
4. *Леус, П. А.* Профилактическая коммунальная стоматология / П. А. Леус. Москва : Медицинская книга, 2008. 444 с.
5. *Леус, П. А.* Международные индикаторы для мониторинга стоматологического здоровья населения / П. А. Леус // Стоматологический журнал. 2013. № 1. С. 6–11.
6. *Матвеев, А. М.* Итоги деятельности стоматологической службы Республики Беларусь за 2017 год / А. М. Матвеев, В. В. Близнюк // Современная стоматология. 2018. № 3. С. 15–23.
7. *Леус, П. А.* Влияние поведенческих факторов риска на стоматологическое здоровье детей школьного возраста Беларуси и стран центральной и восточной Европы / П. А. Леус // Современная стоматология. 2017. № 1. С. 45–51.
8. *Поражаемость* кариесом постоянных зубов у 12-летних детей в Республике Беларусь и Сербии / Е. И. Мельникова [и др.] // Современная стоматология. 2018. № 2. С. 15–16.
9. *Strategizing* national health in the 21st century : a handbook / edited by G. Schmets, D. Rajan, S. Kadandale. WHO, 2016. P. 712.
10. *Oral* Health Survey. Basic methods. 5th ed. WHO, 2013. 137 p.

Репозиторий БГМУ

Приложение 1

АНКЕТА ПО КУРЕНИЮ

Дата: ☐☐ ☐☐ ☐☐ **Возраст:** ☐☐ **Пол:** М(1) ☐ **Анкета №** ☐☐☐☐

число, месяц, год *(полных лет)* Ж(2) *(не заполнять)*

(впишите соответствующую цифру в ячейку)

1. Курили ли Вы когда-либо в прошлом? *(Выберите вариант ответа и отметьте знаком "V" в ячейке)*

Ежедневно (1) ☐

Иногда (более чем 100 сигарет за всю Вашу жизнь, но никогда ежедневно) (2) ☐

Не курил*(а)* (не курил*(а)* вообще, либо менее 100 сигарет за всю жизнь) (3) ☐

если не курил(а), то переходите к вопросу №3

2.1. Как давно Вы курили последний раз? *(Выберите вариант ответа и отметьте знаком "V" в ячейке)*

менее месяца тому назад ☐ (1)

от одного до шести месяцев назад ☐ (2)

от семи месяцев до одного года ☐ (3)

от одного года до пяти лет ☐ (4)

от пяти до десяти лет ☐ (5)

десять лет и больше ☐ (6)

2.2. Почему Вы бросили курить? *(Выберите вариант ответа и отметьте знаком "V" в ячейке)*

по совету врача ☐ (1)

по совету окружающих ☐ (2)

возникли проблемы со здоровьем ☐ (3)

другие причины ☐ (4)

3. Курите ли Вы сейчас? *(Выберите вариант ответа и отметьте знаком "V" в ячейке)*

Ежедневно ☐ (1)

Иногда ☐ (2)

Не курю ☐ (3)

4.Сколько лет Вы курите/курили ежедневно? *(впишите количество лет)* ☐

5.Сколько Вам было лет, когда Вы впервые попробовали курить? *(укажите возраст)* ☐

6.Сколько сигарет или других табачных изделий в день Вы выкуриваете/ выкуривали? ☐

(Укажите среднее количество)

7. Какую марку сигарет или других табачных изделий Вы обычно курите\ курили?

☐

(напишите название)

8. Знаете ли Вы, что курение может влиять на здоровье Ваших членов семьи?

(впишите "да" или "нет") ☐

9. Обеспокоены ли Вы тем, что Ваше курение может плохо влиять на здоровье людей, которые Вас окружают?

(впишите "да" или "нет") ☐

10. Знаете ли Вы о плохом влиянии курения на здоровье Ваших десен?

(впишите "да" или "нет") ☐

11. Знаете ли Вы о плохом влиянии курения на здоровье Ваших зубов?

(впишите "да" или "нет") ☐

12. Знаете ли Вы о плохом влиянии курения на слизистую оболочку рта?

(впишите "да" или "нет") ☐

13. Знаете ли Вы о плохом влиянии курения на ваше общее здоровье?

(впишите "да" или "нет") ☐

Последний вопрос для тех, кто курит в настоящее время

14. Желаете ли Вы бросить курить теперь? *(Выберите вариант ответа и отметьте знаком "V" в ячейке)*

☐ (1) (да) ☐ (2) (нет) ☐ (3) (не думал(а)) ☐ (4) (затрудняюсь ответить)

Спасибо за Ваши ответы. Вы сделали неоценимый вклад в Международную программу Всемирной Организации Здравоохранения.

World Health Organization

Всемирная организация здравоохранения
Карта для оценки стоматологического статуса взрослых (2013)

Не заполнять (1) ☐☐☐☐ (4) Год Месяц День (5) ☐☐ ☐☐ ☐☐ (10) Идентификационный № (11) ☐☐☐☐ (14) Осмотр I/II (15) ☐ Исследователь (16) ☐☐ (17)

Общая информация: _____ (Фамилия, имя) Пол 1=М, 2=Ж (18) ☐ Дата рождения (19) ☐☐ ☐☐ ☐☐ (24) Возраст (лет) (25) ☐☐ (26)

Этническая группа (27) ☐☐ (28) **Другая группа** (29) ☐☐ (30) **Лет в школе** (31) ☐☐ (32) **Род занятий** ☐ (33)

Географическое положение (34) ☐☐ (35) **Населенный пункт:** 1- город, 2- пригород, 3- село ☐ (36)

Другие данные _____ (37) ☐☐ (38) **Другие данные** _____ (39) ☐☐ (40)

Другие данные _____ (41) ☐☐ (42) **Внеротовое обследование** _____ (43) ☐☐ (44)

Состояние зубов

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Коронка (45)																	(60)
Корень (61)																	(76)
Коронка (77)																	(92)
Корень (93)																	(108)
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

Постоянные зубы
Состояние:
0=интактный
1=кариес
2=пломба, с кариесом
3=пломба, без кариеса
4=удаление из-за осложнений кариеса
5=удаление по другим причинам
6=герметизированная фиссура
7=опорный зуб мостовидного протеза/ коронка, винир, имплантат
8=непрорезавшийся зуб
9=не регистрируется

Состояние тканей пародонта (модифицированный индекс CPI)

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Кровоточивость (109)																	(124)
Карман (125)																	(140)
Кровоточивость (141)																	(156)
Карман (157)																	(172)
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

Кровоточивость десен
Коды:
0 = отсутствие
1 = наличие
9 = зуб исключен
X = зуб отсутствует

Пародонтальный карман
Коды:
0 = отсутствует
1 = карман 4-5 мм
2 = карман 6 мм и более
9 = зуб исключен
X = зуб отсутствует

World Health Organization

Всемирная организация здравоохранения
Карта для оценки стоматологического статуса взрослых (2013)

Потеря прикрепления
Тяжесть:
0 = 0-3 мм
1 = 4-5 мм (цементно-эмалевое соединение ЦЭС в черной зоне зонда)
2 = 6-8 мм (ЦЭС между верхней границей черной зоны и кольцом на уровне 8.5 мм)
3 = 9-11 мм (ЦЭС между кольцами 8.5 мм и 11.5 мм)
4 = 12 мм или более (ЦЭС за кольцом на уровне 11.5 мм)
X – исключенный секстант
9 = не регистрируется

*- не регистрируется у лиц моложе 15 лет

Индексные зубы

17/16 11 26/27
(173) ☐ ☐ ☐ (175)
(176) ☐ ☐ ☐ (178)
47/46 31 36/37

Флюороз эмали ☐ (179)
Тяжесть:
0 = норма
1 = сомнительный
2 = очень слабый
3 = слабый
4 = умеренный
5 = тяжелый
8 = исключенный (коронка, пломба, брекет)
9 = не регистрируется (непрорезавшийся зуб)

Эрозия зубов
Тяжесть:
☐ (180)

0 = нет признаков эрозии
1 = поражение эмали
2 = поражение дентина
3 = вовлечение пульпы

Количество пораженных зубов:
(181) ☐☐ (182)

Травма зубов
Состояние:
☐ (183)

0 = нет признаков повреждения
1 = леченное повреждение
2 = скол эмали
3 = скол эмали и дентина
4 = вовлечение пульпы
5 = зуб, удаленный вследствие травмы
6 = другое повреждение
9 = исключенный зуб

Количество пораженных зубов:
(184) ☐☐ (185)

Поражения слизистой оболочки рта

☐ (186)
☐ (187)
☐ (188)
☐ (189)
☐ (190)
☐ (191)

Состояние:
0 = нет признаков поражения
1 = злокачественная опухоль (рак полости рта)
2 = лейкоплакия
3 = красный плоский лишай
4 = стоматит (афтозный, герпетический, травматический)
5 = острый язвенно-некротический гингивит (ANUG)
6 = кандидоз
7 = абсцесс
8 = другие заболевания (указать, если возможно)
9 = не регистрируется

Локализация:
0 = красная кайма губ
1 = переходные складки
2 = губы
3 = уздечки губ
4 = слизистая оболочка щек
5 = дно полости рта
6 = язык
7 = твердое и/или мягкое небо
8 = альвеолярные гребни/десна
9 = не регистрируется

Протез(ы)

Верхняя челюсть ☐ (192)
Нижняя челюсть ☐ (193)

0 = нет протезов
1 = частичный протез
2 = полный протез
9 = не регистрируется

Потребность в неотложной помощи ☐ (194)
Состояние:
0 = лечение не требуется
1 = требуется профилактическое или обычное лечение
2 = требуется быстрое лечение (включая кюретаж)
3 = требуется неотложное лечение из-за боли или инфекции, вызванных поражением зубов и/ или тканей полости рта
4 = требуется направление к специалистам для полной диагностики или лечения (системное поражение)

World Health Organization

Всемирная организация здравоохранения

Карта для оценки стоматологического статуса взрослых (по поверхностям зубов) (2013)

Не заполнять (1) (4) Год Месяц День (5) (10) Идентификационный № (11) (14) Осмотр I/II (15) Исследователь (16) (17)

Общая информация: _____ (Фамилия, имя)

Пол 1=М, 2=Ж (18) **Дата рождения** (19) (24) **Возраст (лет)** (25) (26)

Этническая группа (27) (28) **Другая группа** (29) (30) **Лет в школе** (31) (32) **Род занятий** (33)

Географическое положение (34) (35) **Населенный пункт:** 1- город, 2- пригород, 3- село (36)

Другие данные _____ (37) (38) **Другие данные** _____ (39) (40)

Другие данные _____ (41) (42) **Внеротовое обследование** _____ (43) (44)

Состояние поверхностей зубов

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Жев.						X	X	X	X	X	X						(45–54)
Мез.																	(55–70)
Вест.																	(71–86)
Дист.																	(87–102)
Орал.																	(103–118)

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Жев.						X	X	X	X	X	X						(119–128)
Мез.																	(129–144)
Вест.																	(145–160)
Дист.																	(161–176)
Орал.																	(177–192)

Постоянные зубы

Состояние:

0=интактный
1=кариес
2=пломба, с кариесом
3=пломба, без кариеса
4=удаление из-за осложнений кариеса
5=удаление по другим причинам
6=герметизированная фиссура
7=опорный зуб мостовидного протеза/ коронка, винир, имплантат
8=непрорезавшийся зуб
9=не регистрируется

Состояние тканей пародонта (модифицированный индекс CPI)

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Кровоточивость (193)																	(208)
Карман (209)																	(224)
Кровоточивость (225)																	(240)
Карман (241)																	(256)
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

Кровоточивость десен

Коды:

0 = отсутствие
1 = наличие
9 = зуб исключен
X = зуб отсутствует

Пародонтальный карман

Коды:

0 = отсутствует
1 = карман 4-5 мм
2 = карман 6 мм и более
9 = зуб исключен
X = зуб отсутствует

World Health Organization

Всемирная организация здравоохранения
Карта для оценки стоматологического статуса взрослых (2013)

Потеря прикрепления
Тяжесть:
0 = 0-3 мм
1 = 4-5 мм (цементно-эмалевое соединение ЦЭС в черной зоне зонда)
2 = 6-8 мм (ЦЭС между верхней границей черной зоны и кольцом на уровне 8.5 мм)
3 = 9-11 мм (ЦЭС между кольцами 8.5 мм и 11.5 мм)
4 = 12 мм или более (ЦЭС за кольцом на уровне 11.5 мм)
X – исключенный секстант
9 = не регистрируется

*- не регистрируется у лиц моложе 15 лет

Индексные зубы

17/16 11 26/27
(173) ☐ ☐ ☐ (175)
(176) ☐ ☐ ☐ (178)
47/46 31 36/37

Флюороз эмали ☐ (179)
Тяжесть:
0 = норма
1 = сомнительный
2 = очень слабый
3 = слабый
4 = умеренный
5 = тяжелый
8 = исключенный (коронка, пломба, брекет)
9 = не регистрируется (непрорезавшийся зуб)

Эрозия зубов
Тяжесть:
☐ (180)

0 = нет признаков эрозии
1 = поражение эмали
2 = поражение дентина
3 = вовлечение пульпы

Количество пораженных зубов:
(181) ☐☐ (182)

Травма зубов
Состояние:
☐ (183)

0 = нет признаков повреждения
1 = леченное повреждение
2 = скол эмали
3 = скол эмали и дентина
4 = вовлечение пульпы
5 = зуб, удаленный вследствие травмы
6 = другое повреждение
9 = исключенный зуб

Количество пораженных зубов:
(184) ☐☐ (185)

Поражения слизистой оболочки рта

☐ (186)
☐ (187)
☐ (188)
☐ (189)
☐ (190)
☐ (191)

Состояние:
0 = нет признаков поражения
1 = злокачественная опухоль (рак полости рта)
2 = лейкоплакия
3 = красный плоский лишай
4 = стоматит (афтозный, герпетический, травматический)
5 = острый язвенно-некротический гингивит (ANUG)
6 = кандидоз
7 = абсцесс
8 = другие заболевания (указать, если возможно)
9 = не регистрируется

Локализация:
0 = красная кайма губ
1 = переходные складки
2 = губы
3 = уздечки губ
4 = слизистая оболочка щек
5 = дно полости рта
6 = язык
7 = твердое и/или мягкое небо
8 = альвеолярные гребни/десна
9 = не регистрируется

Протез(ы)

Верхняя челюсть ☐ (192)
Нижняя челюсть ☐ (193)

0 = нет протезов
1 = частичный протез
2 = полный протез
9 = не регистрируется

Потребность в неотложной помощи ☐ (194)
Состояние:
0 = лечение не требуется
1 = требуется профилактическое или обычное лечение
2 = требуется быстрое лечение (включая кюретаж)
3 = требуется неотложное лечение из-за боли или инфекции, вызванных поражением зубов и/ или тканей полости рта
4 = требуется направление к специалистам для полной диагностики или лечения (системное поражение)

Приложение 4

ГРОДНЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

СВОДКА ИСХОДНЫХ ДАННЫХ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

1. Демографические данные

Население — 1140 600
Ежегодный прирост — 0,2 %
Городское население — 64,9 %
Детское — 199 600
Школы — 70

2. Факторы окружающей среды

Вода: центральное водоснабжение — 64,9 % (населения)
Содержание фтора — 0,2 ppm
Пища: кол-во сахара на душу населения в год — 38 кг.

3. Стоматологическая помощь населению

2009

Количество стоматологов — 317
Зубные техники — 217
Руководство и замы — 8
Стоматологические терапевты — 134 + 37 платных
Стоматологические хирурги — 42
ЧЛХ — 2
Стоматологи детские — 19
Ортопеды — 55
Ортодонты — 11
Зубные врачи — 205
Гигиенисты — нет
Средний медицинский персонал стоматологических кабинетов — 173
Стоматологические поликлиники — 9
Количество стоматологических установок — 519
Стоматологические установки в школах — 54

2009

Первичных посещений — 825 345
Процент санированных школьников — 95 %
Бюджет на стоматологическую помощь в год — 0,1 % ВВП

Сведения о профилактике

(Охват населения)

Фторирование воды —
Таблетки фтора —
Фтор (F-соль) — 2 %
Количество туб (или мл) зубных паст на 1 чел. в год — 150 мл

4. Стоматологический статус

Болезни и состояния			Возрастные группы, лет			
			6	**12**	**15**	**35–44**
Гигиена полости рта OHI-S			2,0	2,2	2,3	3,4
Кариес зубов	Распространенность, %		90	96	98	100
	Индекс КПУ		7,1	2,9	4,9	14,6
Болезни периодонта	CPITN «0»	секстанты, %			0,9	0,2
					1	0
	CPITN «1»	секстанты, %			0,7	0,4
					23	10
	CPITN «2»	секстанты, %			4,2	3,9
					71	70
	CPITN «3+4»	секстанты, %			0,2	1,5
					5	20
Зубочелюстные аномалии (распространенность, %)			25			

«К»	15 лет — 1,7	35–44 года — 2,2
«А» Нуждаемость в ортопедическом лечении		35–44 года — 1,7
Нуждаемость в удалении	15 лет — 0,001	35–44 года — 1,8
Нуждаемость в эндодонтии (в среднем зубов на 1 человека)	15 лет — 0,03	35–44 года — 0,9

Репозиторий БГМУ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы 3

Введение 4

Сбор данных для ситуационного анализа и их интерпретация 5

Сводка исходных данных для планирования стоматологической помощи населению 6

Демографические данные 7

Факторы окружающей среды и здоровье 8

Стоматологический статус 16

Интерпретация полученных данных 24

Ситуационный анализ и потребность населения в первоочередной стоматологической помощи 26

Ситуационный анализ сектора здравоохранения 29

Список использованной литературы 44

Приложение 1 45

Приложение 2 46

Приложение 3 48

Приложение 4 50

Репозиторий БГМУ

Учебное издание

Казеко Людмила Анатольевна
Сулковская Светлана Павловна
Тарасенко Ольга Александровна

СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ В СТОМАТОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. А. Казеко
Редактор А. В. Лесив
Компьютерная вёрстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 19.07.19. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 3,02. Уч.-изд. л. 2,48. Тираж 40 экз. Заказ 442.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

Репозиторий БГМУ