

Р.Ш. Гветадзе,  
д.м.н., профессор, член-корр. РАН, зам.  
директора по научно-лечебной работе

С.Н. Андреева,  
к.м.н., зам. главного врача  
по поликлинической работе

В.Г. Бутова,  
д.м.н., профессор, зав. организационно-  
методическим отделом

ЦНИИСиЧЛХ

## Методологические подходы к формированию системы оценки качества стоматологической помощи на основании анализа судебной практики

**Резюме.** Изменения законодательства Российской Федерации в отношении критериев оценки качества оказываемой медицинской помощи, коснувшиеся клинических рекомендаций, должны стать отправным моментом для формирования нового методологического подхода к формированию системы оценок. Проведенный анализ судебных дел по стоматологии и заключений судебно-медицинских экспертиз за последние 5 лет определил наиболее сложные с точки зрения юридического обоснования вопросы качества стоматологического лечения. Определены основные характерные для стоматологической судебной практики особенности, которые могут повлиять на методологию формирования системы оценок.

**Ключевые слова:** оценка качества оказания стоматологической помощи, экспертиза качества медицинской помощи, критерии оценок качества лечения, судебная практика

**Summary.** Changes in the legislation of the Russian Federation in relation to the criteria for assessing the quality of medical care, referring to clinical guidelines should be the starting point for the formation of a new methodological approach to the formation of a system of assessments. The analysis of court cases on dentistry and conclusions of forensic medical examinations for the last five years is carried out. The most difficult questions from the point of view of legal justification of quality of dental treatment are defined. Defines the basic characteristic of the judicial practice of the dental features that may affect the methodology of the grading system.

**Key words:** assessment of the quality of dental care, examination of the quality of medical care, criteria for assessing the quality of treatment, judicial practice

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания стоматологической помощи (ст. 33 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ред. от 27.12.2018 г.) и от того, на каком качественном уровне будут реализовываться мероприятия по профилактике, диагностике, лечению стоматологических заболеваний и медицинской реабилитации, зависит стоматологическое здоровье населения РФ.

В современных условиях задачи объективной оценки качества стоматологической помощи (СП) являются приоритетными для совершенствования управления и повышения эффективности работы амбулаторно-поликлинических медицинских организаций [1–4]. Тем не менее анализ ситуации показывает, что вопросы эти не могут быть признаны решенными, и поиск новых возможностей остается актуальным [4, 5].

Важную роль в стандартизации методов оценки должен сыграть новый Федеральный закон № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона „Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации“ и Федеральный закон „Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации“» от 25.12.2018 г. (далее 489-ФЗ), определивший роль клинических рекомендаций как оснований для формирования критериев оценок при экспертизе качества

медицинской помощи, оказываемой как в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, так и вне этих программ (п. 7 ст. 2). Кроме того, данный закон определил сроки разработки новых протоколов и повторного утверждения уже имеющихся клинических рекомендаций до 31.12.2021 г.

В связи с тем, что клинические рекомендации наряду с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи будут определять ее качество (п. 2 ст. 2 489-ФЗ) и по своей сути являться документами, «содержащими основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации», именно они должны содержать в себе не только алгоритмы лечения, но и оценки его качества и достигнутых результатов лечения и т.д.

Приоритетность тактических задач по разработке новых методов и методик уступает свое место вопросам методологии оценки, а также проблемам планирования и реализации стратегии развития. Основные векторы данной стратегии в условиях ограниченных временных и экономических ресурсов должны и могут определяться степенью нуждаемости и величиной прогнозируемых последствий дефектов оказания СП.

Цель работы — выявить наиболее рискованные зоны в работе врачей-стоматологов с точки зрения

возможностей предоставления доказательств качества лечения и защиты своих интересов в судебных инстанциях для обоснования методологии формирования системы объективных, доказательных оценок качества СП.

Мы изучили судебную практику по 1314 гражданским делам (855 из судов первой инстанции, 452 — из второй и 7 — из третьей инстанции) и 114 заключениям судебно-медицинских экспертиз (СМЭ; 70 СМЭ Бюро судебно-медицинских экспертиз Департамента здравоохранения Москвы и 44 СМЭ РЦ СМЭ) за 2013—2017 гг.

### АКТУАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ

Методология формирования системы оценок на современном этапе должна обеспечить правильную постановку, решение практических задач за счет формирования правил и норм проведения экспертных оценок для достижения требуемого результата в виде достоверных, обоснованных, объективных, конкретных, воспроизводимых оценок, способных доказательно обосновывать наличие или отсутствие дефектов оказания СП, качество и степень достижения результатов лечения. Изучение особенности судебной практики по делам, связанным с некачественным оказанием СП, позволило выделить несколько актуальных направлений для работы: разработку контрольных показателей на этапах лечения для обоснования преимущества СП; увеличение количества объективных оценок; формирование методики оценки морального вреда, разработку оценок в области геронтостоматологии и т.д.

#### 1. Разработка системы контрольных показателей на этапах лечения

Специфика оказания СП (ее многоплановость, сложность, многоэтапность) обуславливает участие в комплексном лечении специалистов нескольких профилей и проведение разных этапов лечения в медицинских организациях, отличающихся не только по форме собственности, но и по территориальной принадлежности. По нашим данным, в 4,2% дел, связанных с некачественным оказанием СП, было одновременно от 2 до 5 ответчиков. Особенно актуальна эта проблема для врачей, использующих методы дентальной имплантации, поскольку в 10,12% таких дел рассматривают и оценивают лечение, различные этапы которого проводились сразу в нескольких медицинских организациях.

В 55,3% СМЭ проводилась оценка результата работы одновременно нескольких специалистов стоматологического профиля (в 30,7% оценивалась комплексная СП с использованием дентальной имплантации, а в 24,6% — без использования имплантатов). СМЭ, где претензии к качеству лечения предъявлялись только к одному виду помощи, было заметно меньше — 44,7% (рис. 1). Это убедительно показывает необходимость разработки оценок преимущества СП на этапах лечения и нормативные правовые обоснования разделения ответственности.

В настоящее время недостаточно оценок результатов, достигнутых на этапах лечения. Например, более высокий риск в работе врачей-стоматологов-ортопедов обусловлен, в том числе, и возможными осложнениями некачественно проведенного терапевтического или хирургического лечения. На практике это не позволяет дать правовую оценку правильности тактики врача-стоматолога-ортопеда и ответить на вопросы, насколько обязательно проводить повторное эндодонтическое лечение зубов, если нет изменений в периапикальных тканях и каналы труднопроходимы, возможно ли использовать не совсем корректно установленные, но остеоинтегрированные имплантаты, и т.д.

Остается нерешенным вопрос неделимости медицинской услуги. Например, даже если хирургический этап установки имплантатов и ортопедическое лечение проводилось в разных медицинских организациях, ответственность предусматривается не доленая, а солидарная, когда каждый из солидарных должников (причинителей) должен принять на себя ответственность в том объеме, в котором будет определено судом по требованию пациента (или его законных представителей).

#### 2. Разработка количественных, объективных оценок, способных стать основой доказательной базы врача при обосновании тактики и качества лечения

Расчет средних компенсационных выплат, определяемых судами при обоснованности претензий пациентов к качеству стоматологического лечения, показал, что по терапевтической и хирургической стоматологической помощи их размер не очень велик в абсолютных значениях и составляет 70 тыс. и 157 тыс. рублей соответственно. Но эти выплаты в 19 раз (для терапевтического лечения) и 92 раза (для хирургического) превышают стоимость самих оказанных услуг по лечению или удалению зубов [6]. Это положение объясняется тем, что в условиях отсутствия срока давности дел, связанных с причинением вреда здоровью, врачу бывает сложно доказать обоснованность удаления зубов или качество эндодонтического лечения. Все оценки основываются на ретроспективном анализе документов, и любые недостатки ведения карт приводят к признанию обоснованными претензий пациентов. В результате медицинские

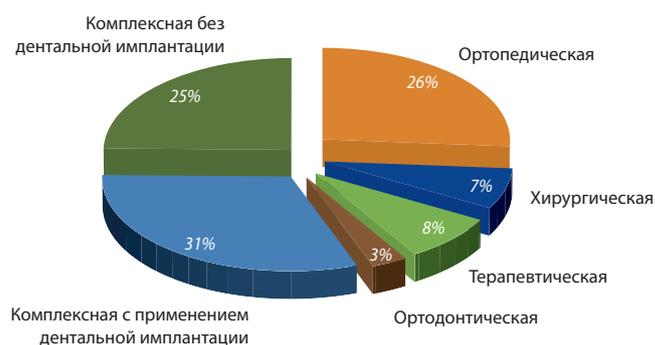


Рис. 1. Распределение СМЭ по видам оцениваемой СП

организации вынуждены оплачивать стоимость нового лечения, причем зачастую с замещением дефектов ден- тальными имплантатами. По сути, иногда складывается ситуация, когда пациент пришел с разрушенным зубом, но вследствие недостатков оказания медицинской по- мощи по его удалению имеет право настаивать на вос- становлении дефекта имплантатом за счет медицинской организации.

### 3. Разработка методики оценки величины морального вреда и соотнесения ее с тяжестью вреда здоровью

По данным нашего исследования, 9,47% запрашиваемых пациентами компенсаций морального вреда выра- жаются суммами более 1 млн руб. Требования о компен- сации морального вреда заявлялись в 96,96% случаев, а темп прироста дел, где эти требования были удовлет- ворены, за 5 лет составил 28%. Максимальный размер по данному виду компенсационных выплат в нашем исследовании составил 2 млн рублей.

Отсутствие утвержденных методик расчетов, когда каждое второе (53,30% от заявленных) исковое требо- вание удовлетворялось судом, может приводить к фор- мированию тенденций аггравации (преувеличения сим- птомов) со стороны пациентов.

### 4. Разработка оценок с учетом возрастных особенностей пациентов

Распределение пациентов по профилю оцениваемой СП, по заключениям СМЭ, с учетом возрастных групп, показало, что оценка качества ортопедической помо- щи требовалась в основном пациентам старше 50 лет (76,8% таких СМЭ). Оценка качества ортодонтиче- ской СП чаще проводилась пациентам 30–39 лет (75% от всех СМЭ по данному виду помощи), а терапевти- ческой – в возрасте 50–59 лет (35,2%). Для хирур- гической СП превалирования пациентов какой-либо возрастной группы не выявлено. СМЭ с оценкой ре- зультатов оказания комплексной СП без использования дентальной имплантации чаще проводилась пациентам 40–59 лет, а с применением имплантатов – 50–69 лет (60,7 и 61,8% соответственно от всех видов СМЭ по этим видам помощи).

Приведенные данные определяют необходимость формирования комплексных оценок ортопедического и имплантологического лечения пожилых пациентов, учитывающих влияние хронических заболеваний и воз- растных особенностей, связанных с замедлением ре- генеративных процессов, снижением адаптационных механизмов, чувствительности, толерантности к стома- тологическим материалам и т.д.

### 5. Разработка новых оценок

Изучение качественного состава вопросов в СМЭ, на- правляемых на рассмотрение экспертам, показало, что наиболее часто задавались вопросы о соответствии про- веденного лечения имеющимся стандартам и о наличии причинно-следственной связи между неблагоприятными

последствиями (частота встречаемости 0,8 и 0,6 соот- ветственно). Вопросы, определяющие объем и полноту оказания СП, встречались в 40,8% СМЭ, оценивающие достигнутые результаты лечения – в 26,3%.

Все вопросы к экспертам, разделенные нами на группы, определяют потребность в специфических оценках вероятности возникновения осложнения, иден- тификации протезов, удаленных зубов и т.д. Для СМЭ, касающихся СП с использованием дентальных имп- лантатов, характерны вопросы по идентификации им- плантологических систем и вероятности проведения синус-лифтинга, костной пластики:

- определяющие  
объем, полноту, качество лечения – 40,8%
- оценивающие  
достигнутый результат лечения – 26,3%
- устанавливающие,  
чем регламентируется лечение – 3,2%
- идентифицирующие вопросы  
(та ли система имплантатов и т.п.) – 2,0%
- устанавливающие  
причинно-следственную связь – 11,2%
- информационного характера  
(вероятность события, осложнения) – 2,2%
- условно-сослагательные вопросы  
(мог ли быть результат иной) – 6,4%
- конкретизирующие – 7,9%

Лишь в 18,4% СМЭ на рассмотрение была предостав- лена медицинская карта стоматологического больного только из одной медицинской организации, а в 29,8% случаев экспертам предоставлялось от 4 до 16 карт од- ного пациента по одному судебному делу. Кроме того, для проведения оценок направляли в 15,8% экспертиз неидентифицированные модели на различных этапах лечения, в 11,4% – фотографии, в 9,64% – не исполь- зуемые пациентом протезы, в 5,98% – оттиски и т.д.

Все это убедительно доказывает необходимость разработки новых методик проведения исследований большого объема документов (с формированием срав- нительных, сопоставительных оценок), алгоритмов проведения оценок всего материала, предоставляемого на экспертизу.

### КАЧЕСТВО ЭКСПЕРТИЗЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ

В изученных нами 459 решениях судов второй (апелля- ционной) инстанции рассматривались основания для пересмотра решений судов первой инстанции при на- личии претензий к выводам СМЭ, касающихся оценок результатов стоматологического лечения. В 230 (50,1%) делах претензии сторон были связаны с размером ком- пенсационных выплат, а вот в 229 (49,9%) делах апел- ляционные жалобы были непосредственно связаны с ка- чеством проведения экспертиз. Наибольшие претензии к экспертам вызвали необоснованные, вероятностные выводы (41,9% от 229 дел) и отсутствие применения экспертами объективных оценок и методов (26,6% от 229 дел).

Таким образом, статистика апелляционных жалоб показывает, что сейчас по объективным причинам не удается сформировать обоснованное и неподверженное двойному толкованию заключение, даже несмотря на существующую законодательную нормативную базу, регулирующую получение оценок в рамках осуществления комплексных СМЭ, строгую процедуру осуществления оценок, высокую квалификацию экспертов, использование объективных методов и уголовную ответственность за качество результата.

В судах первой инстанции в среднем за 5 лет исковые требования были удовлетворены полностью или частично в 54,27% случаев (464 дела), в 41,29% (353 дела) случаев — требования истцов сочли необоснованными, и в 4,44% (38 дел) случаев были приняты иные решения (рис. 2). Показательна динамика признания обоснованности претензий пациентов: доля таких дел за 5 лет выросла с 52,6—53,5% в 2013—2014 гг. до 55,8% в 2017 г.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тенденция принятия судами негативных для медицинских организаций решений говорит не только о необходимости усиления контроля качества оказываемой СП, но и о заинтересованности медицинского сообщества в усилении доказательной базы, что должно стать определяющим принципом для формирования системы оценок.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Каялов Р.М., Абакаров С.И., Гринин В.М. Качество стоматологической хирургической помощи и удовлетворенность ею пациентов государственных и муниципальных поликлиник. — *Стоматология*. — 2017; 96 (5): 24—7.
2. Смирнова Л.Е. Оценка качества организации оказания стоматологической медицинской помощи пациентам в различных субъектах Российской Федерации. — *Стоматология*. — 2018; 97 (2): 14—21.
3. Хайкин М.Б., Уланова О.П., Белоусова Л.Г. Организация системы контроля качества и оценки качества стоматологической помощи. — *Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Социальные, гуманитарные, медико-биологические науки*. — 2016; 18 (1): 125—9.



Рис. 2. Решения судов первой инстанции в 2013—2017 гг.

Существующий дисбаланс между количественными, клиничко-экономическими оценками качества СП в пользу социологических методов (оценки удовлетворенности и доступности лечения путем соцопросов, анкетирования врачей и пациентов) нельзя признать рациональным и оправданным. Социологические методы, несомненно, являются важными критериями оценки, но не могут быть определяющими, поскольку основной задачей медицины является не удовлетворение потребностей населения, а улучшение стоматологического здоровья.

Показатели эффективности достигнутых результатов лечения, оценки качества СП должны быть количественными, основываться на достаточном объеме информации, простыми и доступными для проведения и получения оценок, и основываться на методах клиничко-экономического анализа — с учетом оценок уровня клиничко-экономической эффективности, клиничко-результатов в сочетании с экономической целесообразностью.

4. Измайлова З.М., Семкин В.А., Бочковская Е.О., Лавренюк Е.А. Состояние вопроса экспертизы качества оказания медицинской помощи. — *Стоматология*. — 2017; 6: 107—8.
5. Кулаков А.А., Шестаков В.Т. Экспертиза качества оказания стоматологической помощи (Клинические аспекты). — М., 2012. — 398 с.
6. Гветадзе Р.Ш., Андреева С.Н., Бутова В.Г. Анализ выплат, определяемых судами гражданской юрисдикции по делам, связанным с некачественным оказанием стоматологической помощи. — *Клиническая стоматология*. — 2018; 87 (3): 98—101.