

# СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

---

Успешность метода напрямую зависит от правильного выбора диагностических мероприятий, учитывая нередко возникающие конфликтные ситуации между пациентом и врачом в современной стоматологии. Зачастую при возникновении конфликта клиника теряет не только материальные средства, но и репутацию. Политика любого бизнеса всегда предусматривает стратегию «риск-менеджмент». Так, стоматология неуклонно подразумевает возможность рисков, как физических, так и моральных.

В конце XX в. в теории и практике управления экономически развитых стран возникло новое направление — управление риском (риск-менеджмент). Риск-менеджмент изучает влияние на различные сферы деятельности человека случайных событий (рисков), наносящих физический и моральный ущерб.

**Риск** — событие или группа родственных случайных событий, наносящих ущерб объекту, обладающему данным риском.

**Управление рисками (риск-менеджмент)** — это система мер, целью которых является уменьшение повреждающего или уничтожающего воздействия опасности на здоровье, жизнь, имущественное, финансовое положение рискующего и т.д. Процесс управления риском состоит из 5 этапов:

- 1) определение цели;
- 2) выяснение риска;
- 3) выбор методов управления риском;
- 4) реализация управления риском;
- 5) оценка результатов.

Приоритетом управления рисками в медицине является управление качеством лечебно-диагностического процесса. Главными инструментами риск-менеджмента в здравоохранении являются модули структурных стандартов качества

медицинской помощи, а также модели конечных результатов труда.

Риски в здравоохранении подразделяются на:

- 1) социально-политические риски:
  - 1.1) изменения в законодательстве по формам и методам организации медицинской помощи населению;
  - 1.2) внесение изменений в систему финансирования здравоохранения;
  - 1.3) развитие экономических отношений и методов управления здравоохранением;
  - 1.4) реорганизация системы обязательного медицинского страхования;
  - 1.5) приватизация или национализация субъектов здравоохранения;
  - 1.6) создание юридической базы;
  - 1.7) принятие закона о защите прав пациента с одновременным страхованием профессиональной деятельности медицинского работника;
  - 1.8) внесение изменений в арбитражное право;
- 2) риски, связанные с управлением:
  - 2.1) отсутствие системы базовой подготовки специалистов в области управления здравоохранением и медицинского права;
  - 2.2) некомпетентность руководителей;
  - 2.3) низкий профессиональный уровень персонала;
  - 2.4) неправильный выбор стратегии;
  - 2.5) неадекватное изменение организационных структур и организационного механизма управления;
  - 2.6) пренебрежение деятельностью по охране труда и техники безопасности;
- 3) профессиональные (медицинские) риски, связанные с гражданско-правовой ответственностью:
  - 3.1) риски несвоевременных лечебно-диагностических вмешательств и исследований:
    - 3.1.1) диагностические:
      - инвазивные;
      - связанные с некачественной работой персонала по реализации неинвазивных диагностических технологий;

- 3.1.2) лечебные:
  - хирургические, связанные с оперативным вмешательством;
  - анестезиологические;
  - фармакотерапевтические, связанные с определенным уровнем опасности, осложнений и смерти при применении лекарственных средств;
  - связанные с переливанием крови;
- 3.2) связанные с отсутствием или недостаточной работой по профилактике:
  - 3.2.1) инфекций;
  - 3.2.2) превышения в окружающей среде предельно допустимых концентраций ядовитых и сильнодействующих веществ;
  - 3.2.3) других индивидуальных для здоровья человека рисков: курение, алкоголизация, гиподинамия, наркомания, ожирение, стресс и т.п.;
- 3.3) риски, связанные с отсутствием в лечебно-профилактических учреждениях современных систем медико-социальной реабилитации;
- 4) риски, связанные с угрозой здоровью медицинских работников от:
  - 4.1) больных особо опасными инфекциями;
  - 4.2) больных вирусным гепатитом, синдромом приобретенного иммунного дефицита, сифилисом и др.;
  - 4.3) больных туберкулезом;
  - 4.4) психических больных;
  - 4.5) наркоманов;
  - 4.6) преступников и др.

**Управление риском** — это многоступенчатый процесс, цель которого — уменьшить или компенсировать ущерб для объекта при наступлении неблагоприятных событий.

**Анализ риска** — начальный этап, включающий получение необходимой информации о структуре, свойствах объекта и прогнозируемых рисках. Собранный информации должно быть достаточно для того, чтобы принимать адекватные решения на последующих этапах. Анализ состоит из выявления рисков и их оценки. При выявлении рисков (качественная составляющая) определяются все риски, присущие исследуемой системе.

**Оценка** — это количественное (количественная составляющая) описание рисков, в ходе которого определяются такие их характеристики, как вероятность и размер возможного ущерба. Выявление рисков и их оценка тесно связаны между собой, и не всегда предоставляется возможным разделить их на самостоятельные части общего процесса. Более того, анализ идет в двух противоположных направлениях — от оценки к выявлению и наоборот. В первом случае уже имеются убытки и необходимо выявить их причины. Во втором случае на основании анализа системы выявляются риски и возможные последствия.

Следующий этап — **выбор метода воздействия на риски** с целью минимизации возможного ущерба в будущем. Как правило, каждый вид риска допускает два-три традиционных способа его уменьшения. Поэтому возникает проблема оценки сравнительной эффективности методов воздействия на риск для выбора наилучшего из них [17, 20]. После выбора оптимальных способов воздействия на конкретные риски появляется возможность сформировать общую стратегию управления всем комплексом рисков. Это этап принятия решений, когда определяются требуемые финансовые и трудовые ресурсы, происходит постановка и распределение задач среди менеджеров.

Особую значимость риск-менеджмент в здравоохранении имеет в системе управления качеством медицинской помощи, и в первую очередь в предупреждении и сокращении медицинских дефектов и врачебных ошибок.

Учитывая многообразие профессиональных и морально-этических особенностей клинической деятельности врачей, а также крайнюю сложность, а порой ограниченность условий и возможностей при оказании медицинской помощи даже при самом добросовестном отношении врача к своим обязанностям, высоком уровне квалификации, риски возникновения ошибок в диагностике и лечении весьма вероятны. Вопрос заключается в тяжести последствий для пациента от допущенных ошибок, возможностях контролируемых технологий активно их предупреждать.

Под **врачебной ошибкой** понимается добросовестное заблуждение врача в диагнозе, методике лечения, выполнении операции и т.д., возникшее вследствие объективных

и субъективных причин: несовершенства медицинских знаний, техники, недостаточности знаний с малым опытом и стажем работы. Интересно, что такое определение «врачебной ошибки», будучи широко распространенным в медицине, вместе с тем отсутствует в юридической литературе (Данилов Е.О., 2002) [10]. По мнению Ю.Д. Сергеева (1988) [24], нельзя отрицать, что термин «врачебная ошибка» может использоваться в клинической практике для обозначения объективно ненадлежащих, неверных действий медицинских работников в ходе оказания помощи пациентам. Это вполне допустимо, поскольку в компетенцию клиницистов не входит оценка того, является ли действие противоправным и виновным — это прерогатива суда. Однако, используя в протоколах клинико-экспертной комиссии термин «врачебная ошибка», надо помнить, что эти протоколы в критический момент могут стать объектом изучения правоохранительных органов, которые имеют самые разные взгляды на его содержание.

Судебными медиками и рядом клиницистов неоднократно подчеркивалось, что понятие добросовестности, используемое в конструкции «врачебная ошибка», неоднозначно [4], а само понятие противоречиво, так как врач не имеет права на ошибки по субъективным причинам [13, 21, 27].

Врачебные ошибки могут быть допущены на всех этапах взаимоотношений с пациентом. Наибольшее внимание привлекают ошибки в диагностике. Существует множество классификаций ошибок диагностики, однако их суть сводится к подразделению на субъективные и объективные [7]. К *объективным* причинам можно отнести несовершенство медицины, отсутствие необходимых условий, меняющиеся установки в науке. К *субъективным* — незнание, недостаточную квалификацию, особенности личности и характера врача. Роль субъективного фактора более значительна — на его долю приходится до 60–70% диагностических ошибок. При этом бывает трудно отделить ошибки по незнанию от ошибок суждения (связанных с особенностью мышления), которые нельзя предупредить просто стандартным традиционным повышением квалификации врача. Чаще всего ошибки совершаются на первом этапе постановки диагноза.