

УДК 614.2

<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i3;144-151>

Влияние организационных факторов на доступность и качество ортопедической стоматологической помощи населению

А.К. Аветисян

Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, 105064, Россия, г. Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12, стр. 1

*Автор, ответственный за переписку, email: artak-avetisyan-1988@mail.ru

Аннотация

Введение. Ортопедическая стоматологическая помощь занимает особое место в системе здравоохранения, обеспечивая восстановление утраченных функций зубочелюстной системы, улучшение качества жизни и профилактику осложнений, связанных с потерей зубов и нарушением окклюзии. В условиях демографического старения населения, увеличения продолжительности жизни и роста числа хронических заболеваний потребность в оказании высококачественной ортопедической помощи неуклонно растет. Это делает вопросы организации такой помощи предметом как клинического, так и социально-экономического интереса. **Цель работы** – выявление и анализ организационных факторов, определяющих доступность и качество ортопедической стоматологической помощи, а также обоснование направлений их совершенствования в рамках системы здравоохранения. **Материалы и методы.** Исследование основано на системном и междисциплинарном подходе к оценке организации медицинской помощи. Использованы следующие методы: контент-анализ нормативных правовых актов и программных документов Минздрава России; сравнительно-аналитический метод для сопоставления региональных моделей оказания помощи; логико-структурный анализ организационных факторов. **Результаты.** Одним из ключевых организационных барьеров выступает ограниченная географическая доступность ортопедической помощи. В большинстве регионов страны стоматологические службы сосредоточены в крупных городах, в то время как в сельских и отдаленных районах отсутствуют структурные подразделения, оснащенные для протезирования. Критически важным фактором является дефицит квалифицированных кадров. Врачей-стоматологов ортопедического профиля не хватает как в государственных медицинских организациях, так и в частном секторе, особенно в монопрофильных клиниках. Большая часть ортопедических услуг предоставляется на платной основе, что существенно ограничивает доступность для социально уязвимых категорий. Важным организационным аспектом является износ оборудования зуботехнических лабораторий и слабое внедрение цифровых технологий. Современная система оказания стоматологической помощи характеризуется разобщенностью между терапевтическими, хирургическими и ортопедическими службами.

Ключевые слова: ортопедическая стоматология; доступность медицинской помощи; качество; организация здравоохранения; кадровый дефицит; стоматологические службы

Для цитирования: Аветисян А.К. Влияние организационных факторов на доступность и качество ортопедической стоматологической помощи населению. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(3):144-151. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i3;144-151>



УДК 614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i3;144-151>

Impact of Organizational Factors on the Accessibility and Quality of Prosthodontic Care

Artak K. Avetisyan

N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, 12, bldg. 1, Vorontsovo Pole ul., 105064, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author, email: artak-avetisyan-1988@mail.ru

Abstract

Introduction. Prosthodontic care holds a special place in the healthcare system, restoring lost dental functions, improving the quality of life, and preventing complications associated with tooth loss and malocclusion. The need for high-quality prosthodontic care is steadily increasing in the context of population aging, rises in life expectancy, and the growing burden of chronic diseases. Therefore, delivering prosthodontic care becomes a topic of both clinical and socioeconomic interest. **Purpose.** To identify and analyze the organizational factors that determine the accessibility and quality of prosthodontic care, as well as to verify the directions to improve them within the healthcare system. **Materials and methods.** The study applied a systematic and interdisciplinary approach to assessing processes of healthcare organization. The following methods were used: content analysis of legal acts and policy documents of the Ministry of Health of the Russian Federation, comparative analysis of regional care models, and logical and structural analysis of organizational factors. **Results.** Limited geographic access to prosthodontic care is one of the key organizational barriers. In most Russian regions, dental services are concentrated in large cities, while there are no structural units equipped for prosthetics in rural and remote areas. Another critical factor is the shortage of qualified personnel. Both public and private healthcare organizations, especially single-specialty clinics, experience a shortage of prosthodontists. Vulnerable groups have significantly limited access to prosthodontic care, as it is mostly provided on a fee basis. The deteriorated dental laboratory equipment and poorly implemented digital technologies are also important organizational factors. The modern dental care system is characterized by a lack of connection between therapeutic, surgical, and prosthodontic services.

Keywords: prosthodontics; accessibility of medical care; quality; healthcare organization; staff shortage; dental services

For citation: Avetisyan A.K. Impact of Organizational Factors on the Accessibility and Quality of Prosthodontic Care. *City Healthcare*. 2025;6(3):144-151. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i3;144-151>

Введение

Ортопедическая стоматологическая помощь занимает особое место в системе здравоохранения, обеспечивая восстановление утраченных функций зубочелюстной системы, улучшение качества жизни и профилактику осложнений, связанных с потерей зубов и нарушением окклюзии. В условиях демографического старения населения, увеличения продолжительности жизни и роста числа хронических заболеваний потребность в оказании высококачественной ортопедической помощи неуклонно растет. Это делает вопросы организации такой помощи предметом как клинического, так и социально-экономического интереса.

В современных условиях оказание ортопедической стоматологической помощи в России сталкивается с рядом системных вызовов. С одной стороны, наблюдается активное внедрение новых технологий, включая цифровое протезирование, CAD/CAM-системы, биосовместимые материалы. С другой – сохраняются серьезные диспропорции в доступе к этим достижениям между различными социальными и территориальными группами населения. Наиболее уязвимыми оказываются жители сельских и удаленных районов, пенсионеры, инвалиды и лица с низкими доходами. Это противоречит провозглашенным принципам социальной справедливости и всеобщего охвата качественной медицинской помощью [1].

Одним из ключевых факторов, влияющих на качество и доступность ортопедической помощи, выступает организационный ресурс системы здравоохранения. Речь идет о таких аспектах, как наличие профильных кадров, материально-техническое обеспечение, нормативная регламентация, маршрутизация пациентов, интеграция стоматологических профилей, финансовая поддержка и территориальная организация служб. Недостаточная координация этих элементов приводит к неравномерности в оказании помощи, фрагментации медицинских услуг, перегрузке отдельных звеньев системы и снижению эффективности в целом.

Актуальность анализа организационных факторов обусловлена не только необходимостью повышения качества ортопедической помощи, но и потребностью в формировании устойчивых и адаптивных моделей ее предоставления в условиях ограниченных ресурсов. Это особенно важно для системы государственных учреждений здравоохранения, где ортопедическая помощь должна обеспечиваться не только по принципу клинической эффективности, но и по критерию социальной доступности.

В условиях, когда значительная часть ортопедических услуг оказывается на платной основе, а возможности системы ОМС в данной сфере остаются ограниченными, возрастает значение организаци-

онно-управленческих решений, направленных на оптимизацию потоков пациентов, рациональное распределение ресурсов, повышение кадровой обеспеченности и внедрение современных технологий.

Таким образом, цель настоящего исследования направлена на выявление и анализ организационных факторов, определяющих доступность и качество ортопедической стоматологической помощи, а также на обоснование направлений их совершенствования в рамках системы здравоохранения.

Материалы и методы

Исследование основано на системном и междисциплинарном подходе к оценке организации медицинской помощи. Использованы следующие методы:

- контент-анализ нормативных правовых актов и программных документов Минздрава России;
- сравнительно-аналитический метод для сопоставления региональных моделей оказания помощи;
- логико-структурный анализ организационных факторов.

Результаты и обсуждение

Одним из наиболее существенных ограничений в системе ортопедической стоматологической помощи остается территориальная неравномерность ее предоставления, что оказывает непосредственное влияние как на доступность, так и на качество обслуживания различных групп населения. В условиях действующей модели организации медицинской помощи основная часть стоматологических учреждений, включая те, что оказывают ортопедические услуги, сосредоточена в крупных административных центрах и городах с развитой инфраструктурой [2]. Это приводит к значительной концентрации ресурсов в пределах ограниченных территориальных кластеров и одновременно к дефициту помощи в менее населенных сельских и труднодоступных районах.

Такое положение формирует существенные барьеры для своевременного получения помощи для значительной части населения. Прежде всего речь идет о пожилых людях, пациентах с ограниченной мобильностью и социально уязвимых группах, для которых необходимость поездки за десятки или сотни километров до центра протезирования сопряжена с дополнительными финансовыми, физическими и организационными трудностями. Это часто приводит к отказу от необходимой помощи, ее откладыванию, а также к снижению мотивации пациентов к проведению восстановительного лечения [3].

Особого внимания заслуживает проблема отсутствия структурных подразделений, оснащенных для оказания ортопедической помощи в районных и сельских стоматологических поликлиниках. Даже при наличии стоматологических кабинетов оказание услуг в них, как правило, ориентировано на терапевтическое лечение и неотложную помощь, они не располагают зуботехническими лабораториями, оборудованием для протезирования и специалистами-ортопедами. Это свидетельствует о диспропорции в распределении ресурсов, которая требует переосмысления модели регионального планирования.

Одним из возможных решений является развитие мобильных стоматологических комплексов, способных выполнять функции первичного консультирования и диагностики, а также оказывать базовые ортопедические услуги (например, ремонт или перебазировку протезов) непосредственно на месте. Однако в большинстве субъектов РФ такая практика носит эпизодический характер, она не получила масштабного распространения. Причины кроются в высоких издержках на обслуживание мобильных комплексов, отсутствии четких нормативных регламентов, а также нехватке кадров, готовых работать в выездных форматах [4].

Наряду с физической удаленностью, технологическая удаленность также становится барьером. В силу недостаточной цифровизации учреждений здравоохранения на местах отсутствуют условия для реализации дистанционного взаимодействия между пациентом и ортопедом. Цифровые технологии, такие как телемедицинские консультации, электронные карты, сканирование зубных рядов и передача диагностических данных, пока не интегрированы в повседневную практику сельских поликлиник. Это ограничивает возможности раннего выявления проблем, предварительного консультирования и оптимизации маршрута пациента до очного приема.

В условиях неравномерного территориального распределения населения и инфраструктуры возникает необходимость в децентрализации организационной модели ортопедической помощи, предполагающей:

- формирование опорных центров ортопедической стоматологии в муниципальных округах с функцией координации и выездного обслуживания;
- внедрение цифровых технологий телестоматологии;
- развитие сетевого взаимодействия между учреждениями разного уровня;
- стимулирование кадровой мобильности через целевую подготовку, дистанционное обучение и программы временной ротации специалистов.

Таким образом, проблема территориальной доступности требует не точечных мер, а комплексного стратегического подхода, ориентированного на

пространственное планирование ресурсов, развитие выездных форматов и цифровой трансформации системы ортопедической помощи. Только при наличии сбалансированной сети и реальной доступности услуг можно говорить об обеспечении принципа справедливости и равных возможностей в сфере стоматологического протезирования.

Одним из наиболее острых и системных ограничений в развитии ортопедической стоматологической помощи является кадровый дефицит специалистов-ортопедов. Этот фактор напрямую влияет как на доступность помощи, так и на ее качество, сроки оказания и клинические результаты лечения. В ряде субъектов Российской Федерации обеспеченность врачами-стоматологами ортопедического профиля составляет менее 0,3 на 10 000 населения, что значительно ниже минимально допустимого уровня, обеспечивающего охват населения в соответствии с эпидемиологическими потребностями [5].

Особенно острая ситуация наблюдается в государственных учреждениях первичного звена, а также в сельской местности, где привлекательность работы для молодых специалистов остается крайне низкой. Значительная часть выпускников стоматологических факультетов предпочитает работать в частных клиниках крупных городов, где выше уровень заработной платы, лучше техническая оснащенность, развито наставничество и есть возможность повышения квалификации. В результате в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) формируется дефицит не только количества специалистов, но и их квалификационного состава, что ведет к перегрузке существующих врачей, снижению доступности услуг и ухудшению качества ортопедических вмешательств. Ключевые причины такого положения:

- ограниченные возможности для профессионального роста и развития в государственной системе здравоохранения. Большинство стоматологических поликлиник не имеют собственных программ повышения квалификации, не участвуют в научно-образовательных проектах, не предоставляют условий для непрерывного медицинского образования, что лишает специалистов мотивации к долгосрочной работе в бюджетном секторе;
- низкая финансовая мотивация, особенно для молодых врачей. Работа по ОМС редко сопряжена с высокими доходами, в то время как деятельность в частном секторе, особенно при наличии собственной клиентской базы и доступа к современному оборудованию, более прибыльна;
- износ материально-технической базы в государственных учреждениях, включая оборудование кабинетов и зуботехнических лабораторий, также снижает привлекательность работы и ограничивает возможности специалистов в реализации клинических задач на современном уровне;

- отсутствие систем наставничества и командной модели работы. Для начинающих врачей крайне важна поддержка со стороны опытных коллег, клинические консилиумы и взаимодействие с зубными техниками и терапевтами. Однако такая культура командного подхода в большинстве муниципальных и районных учреждений не сформирована, что препятствует закреплению молодых кадров;

- высокая текучесть кадров, обусловленная профессиональным выгоранием, отсутствием карьерных перспектив, недостаточной поддержкой со стороны руководства и организационной перегрузкой.

В сложившихся условиях остро встает вопрос профессиональной устойчивости кадров, под которой следует понимать не только наличие необходимого количества врачей, но и их способность сохранять высокую мотивацию, развиваться профессионально, адаптироваться к новым клиническим и организационным требованиям. Повышение устойчивости требует системных решений как на уровне региональной кадровой политики, так и на уровне самих медицинских организаций.

В качестве возможных направлений решения проблемы кадрового дефицита и укрепления профессиональной устойчивости можно выделить:

- развитие целевой подготовки врачей-стоматологов с последующим обязательным трудоустройством в учреждения государственной системы здравоохранения, особенно в сельских и труднодоступных районах;

- создание региональных программ стимулирования кадров, включая выплаты подъемных, компенсации за аренду жилья, транспортные расходы, поддержку членов семьи и пр.;

- формирование внутренних карьерных треков для врачей с возможностью горизонтального и вертикального профессионального роста (включая должности экспертов, кураторов, наставников);

- организацию системы наставничества и клинической супервизии, ориентированной на молодые кадры;

- интеграцию образовательных учреждений и базовых клиник, что позволит студентам и ординаторам раньше включаться в практику и понимать специфику работы в ортопедическом профиле.

Таким образом, кадровое обеспечение ортопедической стоматологии сегодня представляет собой один из критических участков, от состояния которого во многом зависит результативность всей системы. Без целенаправленной кадровой политики невозможно обеспечить стабильную и равнодоступную ортопедическую помощь, особенно в контексте старения населения и роста потребности в протезировании.

Большая часть ортопедических услуг предоставляется на платной основе, что существенно огра-

ничивает доступность для социально уязвимых категорий. Базовая стоматологическая помощь входит в программу государственных гарантий, однако ортопедические услуги, за исключением ограниченных случаев (инвалиды, ветераны и пр.), практически полностью оплачиваются пациентами. Это формирует социальное неравенство в доступе к жизненно важным услугам, отражается на сроках протезирования и качестве конструкций.

Важным организационным аспектом является износ оборудования зуботехнических лабораторий и слабое внедрение цифровых технологий. В государственных учреждениях нередко отсутствует современное протезное оборудование, CAD/CAM-системы, 3D-принтеры и другое оснащение, необходимое для быстрой и качественной работы. Это снижает производственные возможности, увеличивает сроки ожидания, влияет на точность изготовления протезов и усложняет внедрение инноваций [6].

Одной из системных проблем, существенно влияющих на качество ортопедической стоматологической помощи, является отсутствие межпрофильной интеграции и комплексного сопровождения пациента в рамках единой стоматологической службы. В большинстве учреждений стоматологическая помощь организована по узкопрофильному принципу, при котором терапевтические, хирургические и ортопедические подразделения функционируют параллельно, но практически независимо друг от друга. Это порождает фрагментарность лечебного процесса, отсутствие преемственности между этапами лечения и нарушение принципов медицинской логики.

В современной практике часто отсутствуют клинико-диагностические маршруты, обеспечивающие последовательное и обоснованное прохождение пациентом всех этапов стоматологической помощи – от первичной диагностики и санации до реабилитации и ортопедического восстановления. Пациенты вынуждены самостоятельно координировать свое лечение: обращаться к разным специалистам, повторно сдавать анализы, проходить обследования без учета предыдущих данных, что приводит к дублированию усилий, росту затрат и увеличению времени лечения.

Кроме того, в большинстве медицинских организаций наблюдается недостаточное информационное взаимодействие между специалистами, особенно в условиях отсутствия единого цифрового контура. Отсутствие электронных медицинских карт, разобщенность информационных систем, низкий уровень внутренней коммуникации между врачами-стоматологами разных профилей – все это не позволяет оперативно передавать результаты обследований, согласовывать план лечения и вносить коррективы с учетом изменений в состоянии пациента. Это снижает клиническую обо-

снованность принимаемых решений, увеличивает вероятность ошибок и осложнений.

Формально пациент может получать квалифицированную помощь от каждого из специалистов в отдельности, однако отсутствие координации между этими этапами снижает общую эффективность лечения, приводит к несогласованности протоколов, разным подходам к выбору материалов, конструкций и сроков вмешательства. Особенно остро это проявляется при планировании ортопедического лечения у пациентов с наличием пародонтальной патологии, после хирургических вмешательств или при наличии противопоказаний со стороны терапевтического статуса.

Пациенты зачастую ощущают потерянность в системе, сталкиваясь с необходимостью самостоятельно искать специалистов, согласовывать этапы лечения и не получая системной поддержки. Это снижает уровень удовлетворенности медицинской помощью, ведет к росту числа прерванных курсов лечения, снижает доверие к системе здравоохранения и увеличивает риски медицинских осложнений в долгосрочной перспективе.

Решением обозначенной проблемы должно стать внедрение интегрированных моделей оказания стоматологической помощи, предполагающих:

- формирование мультидисциплинарных команд с участием врачей-ортопедов, терапевтов, хирургов и зубных техников;
- создание единых стоматологических реабилитационных программ, обеспечивающих непрерывность и преемственность на всех этапах лечения;
- использование электронных медицинских карт с возможностью межпрофильного доступа;
- разработку индивидуальных маршрутов пациента, включающих диагностику, санацию, планирование и ортопедическое вмешательство в рамках единой стратегии;
- внедрение внутренних клинических регламентов и стандартов межпрофильного взаимодействия.

Таким образом, отказ от изолированной модели и переход к комплексному подходу в организации стоматологической помощи являются важнейшими условиями повышения ее результативности, безо-

пасности и доступности. Интеграция лечебного процесса в рамках единой клинко-диагностической логики позволяет не только повысить клинические исходы, но и сформировать у пациента устойчивое ощущение медицинской поддержки и профессиональной целостности предоставляемых услуг.

Заключение

Организационные факторы оказывают ключевое влияние на доступность и качество ортопедической стоматологической помощи. Территориальные диспропорции, кадровый дефицит, экономические барьеры, инфраструктурные ограничения и фрагментированность стоматологических служб формируют совокупность рисков, ограничивающих возможность получения своевременной и эффективной ортопедической помощи.

Для повышения эффективности системы необходимо:

- обеспечить равномерное распределение стоматологических служб с учетом демографической и географической специфики регионов;
- создать устойчивую кадровую политику с элементами целевой подготовки и профессиональной поддержки специалистов;
- разработать механизмы частичного субсидирования ортопедических услуг для нуждающихся категорий населения;
- инвестировать в техническое перевооружение государственных зуботехнических лабораторий;
- интегрировать различные профили стоматологической помощи в единые клинко-диагностические маршруты.

Совершенствование организационной модели оказания ортопедической стоматологической помощи требует системного подхода, основанного на принципах справедливости, научной обоснованности и ориентированности на пациента. Разработка и реализация управленческих решений, учитывающих влияние организационных факторов, позволит обеспечить устойчивое развитие стоматологической службы и повысить качество жизни населения.

Список литературы

1. Ашуров Г.Г., Муллоджанов Г.Э., Исмоилов А.А. Оценка результатов неудовлетворенности пациентов при оказании стоматологической ортопедической помощи с использованием дентальных имплантов. *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. 2022;2:12-17. <https://www.vestnik-ipovszrt.tj/wp-content/uploads/2022/10/Zhurnal-2-2022.pdf>
2. Вагнер В.Д., Маркина Л.А., Лосев Ф.Ф., Богомоллов Д.Э. Оценка объема стоматологической ортопедической помощи в виде платных услуг. *Институт стоматологии*. 2023;3(100):22-23.

3. Акавов А.Н., Курбанов О.Р., Курбанов З.О. Потребности взрослого населения Дагестана в ортопедической стоматологической помощи. Актуальные проблемы стоматологии. Сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Махачкала, 2021. С. 173-178.
4. Шпаковская И.А., Басов А.В., Аджиев К.С., Сорокин Д.В. Ответственность специалистов за некачественное оказание стоматологической ортопедической помощи населению. *Бюллетень медицинской науки*. 2020;4(20):13-15.
5. Собир Р.К. Качество оказания ортопедической помощи в стоматологической практике. Цифровизация образования: теоретические и прикладные исследования современной науки. Материалы XXVII Всероссийской научно-практической конференции. В 2 частях. 2021. С. 81-85.
6. Наточий А.Ю. Организация ортопедической стоматологической помощи населению. *Вестник научных конференций*. 2021;1-3(65):100-102.

References

1. Ashurov G.G., Mullodzhanov G.E., Ismoilov A.A. Estimation results of dissatisfactions patient when rendering dentistry orthopedic help with using of dental implants. *Herald of the Institute of Postgraduate Education in Health Sphere*. 2022;2:12-17. (In Russ.) <https://www.vestnik-ipovszrt.tj/wp-content/uploads/2022/10/Zhurnal-2-2022.pdf>
2. Vagner V.D., Markina L.A., Losev F.F. et al. Assessment of the volume of dental orthopedic care in the form of paid services. *The Dental Institute*. 2023;3(100):22-23. (In Russ.)
3. Akavov A.N., Kurbanov O.R., Kurbanov Z.O. Needs of the Adult Population of Dagestan in Prosthodontic Care. In: Current Problems of Dentistry: Collection of Scientific Papers of the All-Russian Scientific and Practical Conference with International Participation, Makhachkala; 2021. 173-178 pp. (In Russ.)
4. Shpakovskaya I.A., Basov A.V., Adzhiev K.S. et al. Responsibility of specialists for poor-quality provision of dental orthopedic care to the population. *Bulletin of Medical Science*. 2020;4(20):13-15. (In Russ.)
5. Sobir R.K. The quality of medical and orthopedic care in dental practice. In: Digitalization of education: theoretical and applied research of modern science: Proceedings of the XXVII All-Russian Scientific and Practical Conference, in 2 parts; 2021. 81-85 pp. (In Russ.)
6. Natochiy A.Y. Organization of prosthodontic care for the population. *Bulletin of Scientific Conferences*. 2021;1-3(65):100-102. (In Russ.)

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторе

Аветисян Артак Каренович – аспирант ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», <https://orcid.org/0000-0003-3140-3622>

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

Article info

Conflict of interest: the authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: the authors received no financial support for the research.

About the author

Artak K. Avetisyan – Graduate Student of N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, <https://orcid.org/0000-0003-3140-3622>

The author read and approved the final version of the manuscript.

**Для корреспонденции**

Аветисян Артак Каренович
artak-avetisyan-1988@mail.ru

Статья поступила 14.04.2025
Принята к печати 02.09.2025
Опубликована 18.09.2025

Corresponding author

Artak K. Avetisyan
artak-avetisyan-1988@mail.ru

Received 14.04.2025
Accepted for publication 02.09.2025
Published 18.09.2025