

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧЕРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КАЗАНСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
ИНСТИТУТ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И БИОЛОГИИ

Кафедра профилактической медицины
Кафедра стоматологии и имплантологии

А.Н.Галиуллин, Ю.Ю.Якимова,
Э.М.Зарипова,
М.Н. Хадыева, И.И.Валиева

Процессное управление качеством медицинской помощи в
стоматологических медицинских организациях

Учебно-методическое пособие для студентов, обучающихся по
программе «Стоматология».

Казань, 2023

УДК 612.086.1

ББК 51.1(2)2; 28.03

Р 49

*Печатается по решению учебно-методической комиссии ИФМиБ КФУ
Протокол № 8 от 28.06.2023*

Составители:

А.Н Галиуллин, докт. мед. наук, профессор кафедры профилактической медицины КФУ
Ю.Ю. Якимова, канд. мед. наук, доцент кафедры стоматологии и имплантологии КФУ
Э.М. Зарипова, канд. мед. наук, доцент кафедры стоматологии имплантологии КФУ, гл. врач стоматологической поликлиники №9 г. Казани, М.Н. Хадыева, канд. мед. наук, директор стоматологической клиники г. Казани «Унидент», И.И. Валиева, канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургической стоматологии» КГМУ

Рецензенты:

Заведующий кафедрой ортопедической стоматологии и стоматологии общей практики КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, доктор медицинских наук, доцент, главный внештатный специалист – эксперт по стоматологии министерства здравоохранения Республики Татарстан **Н.И. Шаймиева**,
Доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом медицинской информатики ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ, доктор медицинских наук, **Глушаков А.И.**

Процессное управление качеством медицинской помощи в стоматологических медицинских организациях: учебно-методическое пособие для студентов, обучающихся по специальности «Стоматология» / А.Н. Галиуллин, Ю.Ю. Якимова, Э.М. Зарипова и др – Казань: Казан. ун-т, 2023. – 59 с.

В учебно-методическом пособии изложены методологические подходы в организации процессного управления качеством медицинской помощи в стоматологических медицинских организациях. Представлены сведения, позволяющие получить понятие о качестве и оценке качества медицинской стоматологической помощи. Приведены методы экспертных оценок качества и коэффициента качества оказания стоматологической помощи, а также тактические подходы процессного управления медицинскими стоматологическими организациями. Изложены виды контроля за медицинской деятельностью в стоматологических медицинских организациях. Вопросы самоконтроля и тестовые задания закрепляют изложенные материалы в этом учебно-методическом пособии.

Предназначено для студентов, обучающихся по программе профессионального образования по специальности «Стоматология».

УДК 612.086.1

ББК 51.1(2)2; 28.03

ISBN

© Коллектив составителей, 2023

© Казанский университет, 2023

Оглавление

Список сокращений	4
Введение.....	5
Глава 1. Основные понятия о качестве медицинской помощи.....	6
1.1. Определение качества.....	6
1.2. Характеристика услуг.....	7
1.3. Характеристика качества.....	7
1.4. Профессиональная компетенция.....	8
1.5. Доступность здравоохранения.....	8
1.6. Результативность здравоохранения.....	9
1.7. Межличностные взаимоотношения.....	9
1.8. Эффективность здравоохранения.....	9
1.9. Непрерывность в оказании медицинской помощи.....	10
1.10. Безопасность в оказании медицинской помощи.....	10
1.11. Комфорт в здравоохранении.....	10
Глава 2. Характеристика качества медицинской помощи с точки зрения медицинского работника и пациента.....	11
2.1. Пациент и качество медицинской помощи.....	11
2.2. Медицинский работник и качество медицинской помощи.....	11
2.3. Управление качеством медицинской помощи.....	12
2.3.1. Планирование качества.....	12
2.3.2. Конечный результат.....	12
2.3.3. Контроль качества.....	13
Глава 3. Оценка качества медицинской помощи.....	15
Глава 4. Метод экспертных оценок качества медицинской помощи....	18
4.1. Методика определения коэффициента качества оказания медицинской помощи.....	19
Глава 5. Виды контроля за медицинской деятельностью.....	29
Вопросы для самоконтроля.....	31
Тестовые задания.....	32
Приложение 1. Карта изучения удовлетворенности населения качеством оказания стоматологической помощи	36
Приложение 2. Приказ МЗ РТ № 78н от 31 июля 2020 года.....	44
Список литературы.....	47

Список сокращений

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

НУК – непрерывное управление качеством

ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения

КЭР – контрольно-экспертная работа

КСГ – клинико-статистическая группа

МЗ – Министерство Здравоохранения

РФ – Российская Федерация

ЭОД – электроодонтодиагностика

ОЗ и ОЗ – общественное здоровье и организация здравоохранения

МО – медицинская организация

Введение

Актуальность темы. Формирование рынка медицинских услуг, появление в системе здравоохранения различных форм собственности, введение обязательного и добровольного медицинского страхования требуют пристального внимания к проблеме качества медицинской помощи [1]

Актуальность разработки вопросов повышения качества медицинской стоматологической помощи и её оценка непосредственно связаны с эффективным использованием ограниченных ресурсов здравоохранения, поскольку качество является мощным регулятором «рынка» медицинских услуг [2]

Проблема оценки качества медицинской стоматологической помощи представляет интерес не только для системы здравоохранения, но и для медицинского, социального страхования, аккредитационно-лицензионных комиссий, профессиональных медицинских ассоциаций, вневедомственных институтов качества и судебно-правовых органов. Для их решения необходима интеграция специалистов разного профиля – организаторов здравоохранения, клиницистов, экономистов, психологов, юристов. Контроль качества должен быть организован на постоянной основе при широкой и серьёзной правительственной поддержке [3]

Главной целью повышения качества медицинского обслуживания населения является совершенствование по критерию улучшения состояния здоровья населения. Именно эта цель является стратегически важной задачей для научно-методической проработки вопросов оценки качества, от которой зависит перспектива совершенствования медицинской помощи, в том числе стоматологической.

Вопросы качества медицинской стоматологической помощи в Европейских странах, США, Японии и в нашей стране в последние десятилетия занимает важное место. Среди сформированных Европейским бюро ВОЗ задач по достижению здоровья населения определено, что к 2023 году все государства – члены ВОЗ должны иметь структуры и механизмы для обеспечения непрерывного повышения качества медицинской помощи. В нашей стране эти задачи закреплены в приказах МЗ РФ [4, 26].

Однако до настоящего времени не разработаны методические подходы непрерывного повышения качества стоматологической помощи населению.

В нашей стране организация и внедрение системы обязательного медицинского страхования (ОМС), обеспечивает и защиту прав пациента на получение медицинской помощи гарантированного объёма и качества.

Законодательно реализовано право « на получение медицинских услуг соответствующих по объёму и качеству условиям договора » (Ст. 6 Закона ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации») заключаемых между субъектами страхования. Вопросы качества медицинской помощи находятся под пристальным вниманием министерства здравоохранения РФ, а также исполнительных

органов государственной власти. Необходимо сказать, что оценка качества медицинской помощи, как критерий удовлетворённости населения медицинской помощью, на этапе оказания ПМСП, внедрена в практику [5]. В то же время, вопросы оценки качества стоматологической помощи разработаны недостаточно [6]

В литературе имеются сообщения о дефектах в оказании стоматологической помощи населению. Например, [7] наиболее распространёнными терапевтическими дефектами являются: выпадение пломбы (55%), отсутствие полноценного пломбирования корневого канала (14%), выведение пломбировочного материала за верхушку корня (5%). В 15% процентах случаях выявляется необоснованный выбор несъёмной конструкции протеза вместо съёмной. В 11% случаев наблюдаются осложнения при проведении врачебных манипуляций, несоблюдение протокола лечения - в 24% случаях [8]. В связи с этим повышение качества стоматологической помощи населению является важнейшей задачей системы здравоохранения.

Глава 1. Основные понятия о качестве медицинской помощи.

1.1. Определение качества

Определение «качество» пришло в здравоохранение из сферы промышленного производства.

В сфере производства – понятие качества товара или услуги связано с их потребительскими свойствами.

Качество товара определяется способностью удовлетворить конкретные потребности людей (потребителей).

При оценке качества товаров и услуг рассматриваются две характеристики: качество исполнения и качество соответствия.

Качество исполнения – характеристика, отражающая степень удовлетворения потребностей потребителя (клиентов).

Качество соответствия – характеристика, отражающая степень соответствия товара принятым стандартам (внутренним спецификациям товара и услуг).

Главным свойством товара и услуг считается его полезность.

Услуги подразделяются на материальные и не материальные.

Материальные, обеспечивающие восстановление потребительских свойств или изготовление новых изделий (ремонт, пошив, стрика, изготовление товара).

Нематериальная или социально-культурная образовательная услуга, обеспечивающая здоровье, духовное и физические развитие личности. Результатом такой услуги является изменение в состоянии потребителя услуг.

1.2. Характеристики услуг.

- неосвязаемость;
- неотделимость от источника;
- непостоянство качества;
- несохраняемость.

Стоимостная значимость услуг существует в момент её оказания. Услуга оказывается конкретному потребителю и направлена на решение его проблем, а в медицинской практике проблем, связанных со здоровьем.

Здравоохранение является сложнейшей производственной отраслью, работающей на удовлетворение конкретных запросов и потребностей населения.

Понятие «качество медицинской помощи» принадлежит к числу основных в здравоохранении, т.к. от качества работы системы здравоохранения во многом зависит уровень здоровья и качество жизни населения.

Качество медицинской помощи может быть определено, как выполнение профессиональных медицинских стандартов и соответствие оказанной медицинской помощи ожиданиям пациента.

Используются несколько определений качества медицинской помощи:

«Качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей выгодой для здоровья человека, при этом без увеличения риска. Уровень качества, таким образом, - это степень достижения баланса выгоды и риска для здоровья» [9].

Качество медицинской помощи – это должное проведение (согласно стандартам) всех мероприятий, которые являются безопасными, приемлемыми в смысле затрачиваемых средств в данном обществе и существенно влияют на смертность, заболеваемость, инвалидность [10].

«Качество – это следование требованиям или инструкциям» [11].

«Качество – это следование стандартам» [12].

«Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии» [13].

Довольно часто сторонниками теории всеобщего качества используются следующее определение качества:

«Делать правильным путём то, что правильно».

1.3. Характеристика качества

Концепция качества является глобальной и разносторонней. Эксперты обычно различают несколько основных критериев качества:

- Профессиональная компетенция.
- Доступность
- Результативность.
- Межличностные взаимоотношения.

- Эффективность.
- Непрерывность.
- Безопасность.
- Удобство(комфорт).

Представленные выше характеристики, имеют отношение как к клиническому, так и организационному аспектам оказания медицинской помощи, и к работе вспомогательных служб, которые так же обеспечивают медицинскую помощь [14].

1.4. Профессиональная компетенция

Профессиональная компетенция подразумевает наличие навыков, знаний и непосредственную работу медработников, а также вспомогательного персонала. Т.е. для обеспечения профессиональной медицинской помощи медработник должен иметь навыки, знания для последовательного и аккуратного выполнения определённых задач. Профессиональная компетенция относится к тому, насколько хорошо медработники следуют клиническим протоколам и стандартам в плане надёжности, аккуратности, последовательности. Для медработников это включает клинические навыки диагностики, лечения и профилактики заболеваний, а также врачебные знания, навыки и искусство поставить диагноз, вылечить больного. Если говорить о компетенции руководящего работника, то это, прежде всего, относится к навыкам обучения решению стоящих проблем. Набор навыков вспомогательного персонала зависит от индивидуальной должности. Например, компетентный регистратор в поликлинике должен быть способен дать необходимую информацию в ответ на поступивший запрос.

Недостаток профессиональной компетенции может выражаться, начиная с небольших отклонений от стандарта до грубых ошибок, снижающих эффективность лечения или даже ставящих под угрозу здоровье и жизнь пациента.

1.5. Доступность здравоохранения

Доступность означает, что доступ к службам здравоохранения не зависит от географических, экономических, социальных, культурных, организованных или языковых барьеров.

Географическая доступность измеряется наличием транспорта, расстоянием, временем в пути и другими трудностями, которые могут препятствовать пациенту получить необходимую помощь. Экономически же доступ определяется возможностью оплатить необходимую помощь. Социальный или культурный доступ относится к восприятию медицинской помощи в свете культурных ценностей пациента, его веры и т.д. Например, служба планирования семьи может быть неприята пациентами, если она предлагается в виде, неприемлемом для их культуры. Организованный доступ подразумевает степень удобства организации работы медицинских служб, таких как часы работы поликлиники, время ожидания в очереди и т.д.

Например, недостаточное количество вечерних приёмов в поликлинике снижает доступность для тех людей, которые работают в течение дня.

Языковая доступность имеет отношение к использованию в работе медицинских служб языка пациента, обращающихся за медицинской помощью.

1.6. Результативность здравоохранения

Качество работы служб здравоохранения зависит от результативности существующих норм и клинических протоколов. При оценке результативности требуется ответить на вопросы:

1-Приведёт ли назначенное лечение к желаемым результатам?

2-Является ли назначенное лечение наилучшим в данных условиях?

Результативность является очень важной характеристикой качества на центральном уровне, где устанавливаются нормы. Вопросы результативности должны учитываться на местном уровне, где местные руководящие работники здравоохранения решают, как следовать этим нормам и как адаптировать их к местным условиям. При установлении стандартов необходимо учитывать фактор относительного риска. Например, необходимо подходить с осторожностью к частному применению кесарева сечения среди населения с большим количеством беременностей повышенного риска, несмотря на возможный неблагоприятный исход. Для определения результативности этой стратегии возможный риск операции должен быть составлен с потенциальными преимуществами в целом.

1.7. Межличностные взаимоотношения

Эта характеристика относится к взаимоотношениям между медперсоналом и пациентами, медработниками и их руководством, службой здравоохранения и населением в целом. Хорошие взаимоотношения создают атмосферу доверия и взаимного уважения, конфиденциальности, вежливости, отзывчивости и симпатии. Умение слушать и коммуникативные отношения также очень важны. Прежде всего это способствует позитивному настрою пациента по отношению к проводимому лечению.

1.8. Эффективность здравоохранения

Эффективность – это отношение полученных результатов к затраченным ресурсам. Эффективность всегда относительна, а анализ эффективности производится для сравнения альтернативных решений.

Важность этой характеристики определяется тем, что ресурсы здравоохранения обычно ограничены. При этом эффективное здравоохранение обеспечивает оптимальную (при имеющихся ресурсах), медицинскую помощь. Эффективность требует оказания всего комплекса необходимой медицинской помощи. Всё то, что является результатом неэффективных норм или плохой организации, обычно отнимает много времени и средств, должно быть сведено до минимума, а возможно, и

ликвидировано. Таким образом, качество можно улучшить при одновременном снижении затрат. Нельзя, однако, думать, что улучшение качества никогда не требует дополнительных средств. Однако, анализируя эффективность, можно выбрать наиболее экономичный метод в диагностике и лечении больного.

1.9. Непрерывность в оказании медицинской помощи

Этот термин означает, что пациент получает всю необходимую медицинскую помощь без задержки и перерывов, ненужных повторов в процессе диагностики лечения. Помощь должна быть доступна в любое время и на непрерывной основе. Пациенту необходимо иметь возможность быть проконсультированным узкими специалистами или же повторно осмотренным лечащим врачом, когда это необходимо. Обычно соблюдение этого принципа обеспечивается тем, что пациента ведёт один и тот же врач, ведением аккуратных записей в медицинских документах, чёткой организации преемственности между уровнями и службами. Несоблюдение этого принципа влияет на эффективность, снижает эффективность и ухудшает межличностные отношения.

1.10. Безопасность в оказании медицинской помощи

Как одна из характеристик качества безопасность означает сведение к минимуму риска возможных травм, инфекций, побочных эффектов лечения и других нежелательных последствий в процессе оказания медицинской помощи. Это относится как к работнику, так и к пациенту. Например, переливание крови требует большой осторожности, особенно в связи с появлением риска быть ВИЧ инфицированным. И пациенты, и медработники должны быть защищены от риска инфицирования через переливаемую кровь и используемые медицинские инструменты. Дополнительные меры безопасности включает соблюдение асептики и правильную технику переливания. Соблюдение мер безопасности очень важно при оказании не только специализированной, но и первичной медицинской помощи. Например, в ожидании приёма врача, пациенты могут инфицироваться от других пациентов, если не приняты необходимые меры.

1.11. Комфорт в здравоохранении

Под этой характеристикой подразумевается дизайн медицинских организаций, персонала и материальных объектов, а также санитарно-гигиенические условия и конфиденциальная обстановка. Наличие приятной музыки, телевидения, периодической литературы - создает комфортные условия для получения стоматологической помощи.

Глава 2. Характеристика качества медицинской помощи с точки зрения пациента и медицинского работника

Вышеописанные определения и характеристики качества включают в себя все аспекты функционирования системы здравоохранения. Необходимость определения качества медицинской помощи с разных точек зрения, как пациента, так и медработника, показывает всю важность этих характеристик. Различие в качестве оказываемой медицинской помощи с точки зрения пациента и с точки зрения медработника имеет существенное значение в оценке качества медицинской помощи.

2.1. Пациент и качество медицинской помощи

Когда речь идёт о пациенте, имеется в виду он сам, его семья, родственники и все те, кто имеет к нему непосредственное отношение. Для пациентов, обслуживаемых в каком-то конкретном медицинском учреждении, качество медицинской помощи определяется тем, насколько она отвечает их нуждам, является своевременной и насколько вежлив, внимателен медперсонал, оказывающий эту помощь. В целом пациенту необходимо, чтобы симптомы болезни были ликвидированы, а сама болезнь предотвращена или прекращена. Мнение его очень важно, так как удовлетворённые пациенты лучше следуют предписаниям врача. Таким образом, характеристики качества, касающиеся удовлетворённости пациента непосредственно влияют на здоровье населения.

Пациенты чаще всего обращают внимание на результативность и доступность во взаимоотношениях между ними и медперсоналом, а также на непрерывность медицинской помощи как наиболее важные характеристики качества. Однако необходимо отметить, что пациенты не в полной мере осознают всё, в чём нуждаются в плане служб здравоохранения (особенно профилактических служб) и в конце концов не могут адекватно оценить профессиональную компетенцию. Медработники должны изучать состояние здоровья населения и его потребности в здравоохранении, а также обеспечивать пациентов необходимой информацией, и, что очень важно, вовлекать их в процесс обсуждения качества медицинской помощи.

2.2. Медицинский работник и качество медицинской помощи

Медработники обычно обращают большие внимания на профессиональную компетенцию, эффективность и безопасность. С их точки зрения, качество медицинской помощи подразумевает наличие у медработника навыков, ресурсов и условий, необходимых для улучшения здоровья пациентов, знаний и умения выполнять профессиональные обязанности. Основными вопросами для медработника могут быть:

1. Сколько пациентов в час принимают врачи?
2. Какие лабораторные службы имеются, насколько они надёжны и эффективны?

3. Куда можно направить пациента, если необходима консультация узкого специалиста или требуется более сложное обследование?
4. Какие условия работы?
5. Обеспечивает ли аптека все необходимые медикаменты?
6. Имеется ли возможность для дальнейшего профессионального совершенствования?

Система здравоохранения должна обязательно отвечать нуждам и требованиям пациентов. Медработникам необходимы эффективные профессиональные, административные и вспомогательные службы по обеспечению процесса оказания медицинской помощи.

2.3. Управление качеством медицинской помощи

В мировой практике признана прогрессивной и перспективной методология непрерывного улучшения качества (НУК). Эту методологию можно отнести к проблеме управления мотивацией и деятельностью персонала, другими словами управлению качеством медицинской помощи.

Управление качеством медицинской помощи – организация и контроль деятельности системы здравоохранения для обеспечения потребностей населения в медицинской помощи и удовлетворения потребителей. Управление основано на оценке потребностей и степени их удовлетворения [16].

Методология управления качеством основана на концепции «Трилогии качества», состоящей из трех основных процессов, ориентированных на качество:

- планирование качества
- контроль за качеством
- улучшение качества

2.3.1. Планирование качества – процесс к подготовке к достижению целей, качества.

2.3.2. Конечный результат - процесс, способный достичь целей качества в условиях производства, в данном случае качество медицинской помощи.

Конечный результат: ведение операций на преобладающем уровне качества от планируемого исполнения.

Планирование качества медицинской помощи включает в себя создание процесса, который будет отвечать поставленным целям при условии управления ими. Наиболее полное планирование качества решается через стандартизацию. Стремление к соответствию требованиям стандарта к полному удовлетворению потребностей пациента.

При этом необходимо разработать показатели и стандарты качества на все виды медицинской деятельности, включая работу медицинского персонала и довести их до всего коллектива медицинского учреждения. Далее

производится анализ медицинской деятельности в соответствии с принятыми стандартами и показателями.

2.3.3. Контроль качества – процесс достижения целей качества во время производства - это оценка конечного результата введенных в действие производственных операций и технологий, в соответствии с планом качества.

Контроль качества медицинской помощи включает следующие элементы:

- оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов лечебно-профилактического учреждения;
- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;
- экспертиза процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам;
- изучение удовлетворенности пациентов от их взаимодействия с системой здравоохранения;
- выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказывающих негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;
- оценка безопасности оказываемой медицинской помощи.

Совершенствование качества – непрерывный процесс прорыва к наилучшим условиям исполнения [17].

Улучшения качества включает в себя:

- выбор наиболее рациональных управленческих решений и проведения оперативных корректирующих воздействий.
- подготовка рекомендаций, направленных на предупреждение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи;
- контроль за выполнением и оценка эффективности управленческих решений.

Управление качеством медицинской помощи осуществляется:

- комитетом качества лечебно- профилактического учреждения;
- комитетом качества органа управления здравоохранением;
- межведомственным комитетом качества и внештатным экспертом Минздрава.

Непрерывное управление качеством (НУК) заключается в следующем:

- в основе НУК лежит предотвращение повторения ошибок;
- устранение дефектов деятельности врача, а также в системе организации медицинской помощи;

- от оценки и контроля к обеспечению качества и его непрерывному улучшению.

Таким образом НУК в медицинских организациях представляет собой обеспечение качества медицинской помощи и направлено на предотвращение ошибок и повышение качества медицинской помощи.

Основная идея НУК – создание в МО структуры (комитета или комиссии по качеству), чья повседневная функция – повышение качества медицинской помощи.

Работа начинается с выбора из нескольких важных проблем качества той, которую надо решить в первую очередь, на основе ранжирования их важности, значимости по приносимому ущербу или недополученной пользы для здоровья большого числа пациентов, по стоимости затрат для решения, по выполнимости (преодолимости препятствий).

Суммируя ранги проблем по всем этим критериям, находим проблему наиболее актуальную и решаемую.

Затем собирается комитет для решений этой проблемы, включающий представителей всех технологических звеньев, имеющих отношение к проблеме – представителя администрации, врачей, среднего и младшего персонала, статистика и т.д.

На заседании комитета определяется схема технологического процесса, для которого определена проблема нарушения качества, анализируются статистические данные, представленные чаще в виде гистограмм и диаграмм, и на этой основе предлагаются пути решения проблемы. Каждый из путей оценивается по эффективности затрат и выбирается лучший.

Далее начинает составляться и выполняться программа (план) действия, контролируются результаты, анализируются их отклонения от ожидаемых, корректируется план и снова выполняется. В разработанном плане указана сфера деятельности и ответственности каждого сотрудника. Необходимо предусмотреть и включить в договора (контракты) с сотрудниками пункты о зависимости вознаграждения от показателей качества результатов.

Таким образом, у каждого медработника появляется стимул и заинтересованность в улучшении конечного результата, а технология НУК и организационная структура – это те инструменты, которые позволяют в текущей работе применять эффективные методы достижения лучших результатов.

НУК возможно использовать и на территориальном уровне управления - создать соответствующие комитеты управления качеством. При этом должны решаться проблемы повышения качества медицинской помощи территориального уровня и использоваться показатели качества – показатели изменения состояния здоровья в результате медицинского обслуживания всего населения.

Глава 3. Оценка качества стоматологической помощи

Качество стоматологической помощи оценивается с помощью стандартов. Стандарт – эталон, принимаемый за исходный для сопоставления с ним других объектов, подлежащих стандартизации.

Стандарт медицинской помощи – это нормы, правила, требования к структуре, процессу, результату оказания медицинской помощи при конкретном заболевании с учетом современных достижений науки.

Контроль качества предусматривает сравнение фактических и стандартных параметров [18].

В нашей стране для оценки качества медицинской помощи применяется методика А.Н. Донабедиана, включающая в себя:

Стандарты на ресурсы (структурный подход)

Стандарты на технологический процесс (процессуальный подход)

Стандарты на результат (результативный подход)

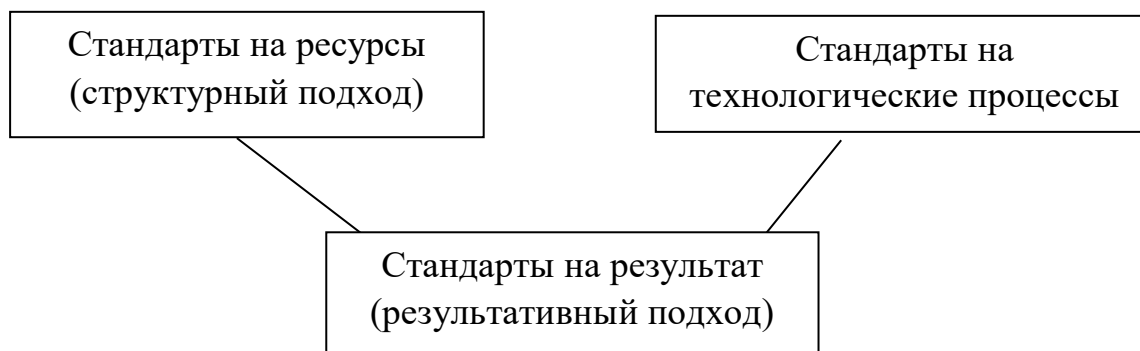


Рис 1. Качество медицинской помощи по А.Н. Донабедиану

Качество структуры позволяет оценить материально-техническую и кадровую базы медицинских организаций: состояние зданий, помещений, наличие и состояние оборудования, расходных материалов, квалификацию кадров. Качество структуры оценивается при аккредитации и лицензировании стоматологических МО, аттестации медицинских кадров. В субъектах Федерации сложились определенные требования, предъявляемые к лечебно-профилактическим учреждениям при их лицензировании.

Оценке подлежат:

- кадры и кадровая политика;
- организация деятельности медицинских организаций;
- материально – техническая база;
- сервис для пациента.

Таблица 1

Оценка профессиональных качеств медицинского работника при аттестации, и аккредитации.

Процедура профессиональных качеств	Кто осуществляет	Обязательность прохождения	Результат
Аттестация	Орган управления здравоохранения	Добровольно	Присвоение квалификационной категории
Аккредитация	Аккредитационная комиссия	Обязательно	Определение перечня разрешительных документов

Качество процесса позволяет оценить степень владения технологическими процессами диагностики, лечения, профилактическими и реабилитационными методами специалиста, а также соблюдения медицинских технологий, закрепленных законодательно в виде стандартов качества медицинской помощи. Медицинские стандарты разработаны и утверждены руководством МЗ РФ. На сегодняшний день созданы клинко-статистические группы (КСГ) для стоматологии.

При оценке **качества результата** определяют, насколько фактический результат близок к реально достижимому. Оценка качества стоматологической помощи по результату является наиболее объективным критерием и должна проводиться по каждому отдельно взятому случаю оказания медицинской помощи. При этом в качестве критериев в наибольшей степени отвечающих требованию объективности, выступают: динамика клинических показателей пациента и его удовлетворенность [21].

Средствами контроля для каждой однородной по диагнозам группы пациентов должны выступать следующие оценочные стандарты:

- структурно- организационные, обеспечивающие проведение методик выполнения диагностических и лечебных процедур;
- медицинской эффективности;
- затраты на лечение.

Проверку качества лечения в стоматологических учреждениях, должны проводить экспертные комиссии, в состав которых могут входить представители администрации лечебно – профилактических учреждений, врачи высшей квалификационной категории или независимые эксперты представители страховых компаний, имеющих лицензию. Комиссии оценивают качество законченных случаев медицинского лечения и отдалённые результаты проведения санации; учитывается качество ранее наложенных пломб и случаи их выпадения или наличие дефектов. А также важным моментом при оценке качества является изучение мнения пациента.

Законодательство к числу участников контроля качества медицинской стоматологической помощи относит следующие организации:

- медицинские организации;
- органы управления здравоохранением;
- общественные объединения потребителей;
- лицензионно - аккредитационные комиссии;
- страховые медицинские организации;
- профессиональные медицинские организации;
- фонды обязательного медицинского страхования;
- государственные медицинские образовательные и научно-исследовательские учреждения, осуществляется послевузовское образование специалистов;
- страхователи;
- Госстандарт России и его территориальные органы;
- Госкомитет по антимонопольной политике;
- органы государственной санитарно – эпидемиологической службы;
- государственные инспекции по охране труда;
- комитеты по управлению госимуществом.

Стандарты могут быть рекомендательными и законодательными.

В стоматологической практике широко используется медико-экономические стандарты, которые разрабатываются учреждениями и являются их собственностью. Их применяют для контроля качества и ценообразования, что способствует экономическому стимулированию повышения качества медицинского обслуживания.

Медико-экономические стандарты определяют гарантированный объем и качество клинико-диагностических обследований и лечебных мероприятий, требования к результатам лечения больных при соответствующих заболеваниях и затраты на их выполнение с учетом реальных возможностей медицинского учреждения.

По иерархическому уровню медицинские стандарты подразделяются на федеральные, региональные и локальные.

К медицинским стандартам предъявляются следующие требования:

1. Объективность.
2. Адаптированность к практике.
3. Стабильность и динамичность.

В разных учреждениях стандарты могут быть различны. Их разрабатывают для каждого учреждения с учетом материально – технической базы, кадровых ресурсов, их квалификации. Нормативные значения устанавливаются с учетом многолетней динамики показателей.

Глава 4. Метод экспертных оценок качества медицинской стоматологической помощи

Экспертизу качества медицинской помощи осуществляют по медицинской документации.

Для экспертной оценки по медицинской документации необходимо:

1. Определить объект проверки - медицинская технология.
2. Руководствоваться главным принципом работы – проведение оценки качества медицинской помощи на основе здравого смысла. Стандарты играют роль скрининга для выявления грубых отклонений с целью их последующей экспертизы.
3. Определить общий объем проверок, порядок отбора случаев для экспертизы.
4. На каждый случай лечения в поликлинике, заполнить экспертные карты. Определить коэффициент качества оказания медицинской помощи.

Эксперт при осуществлении контроля качества стоматологической помощи:

- оценивает полноту и своевременность диагностических мероприятий, правильность и точность постановки диагноза, правильность лечения.
- выявляет дефекты и устанавливает их причины;
- готовит рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

На каждый случай экспертной оценки заполняется «Карта оценки качества медицинской помощи».

Все случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми экспертной оценке, что обеспечивается статистическим методом «случайной» выборки.

Оценку качества стоматологической помощи можно представить в виде следующей схемы (см. рис. 2)

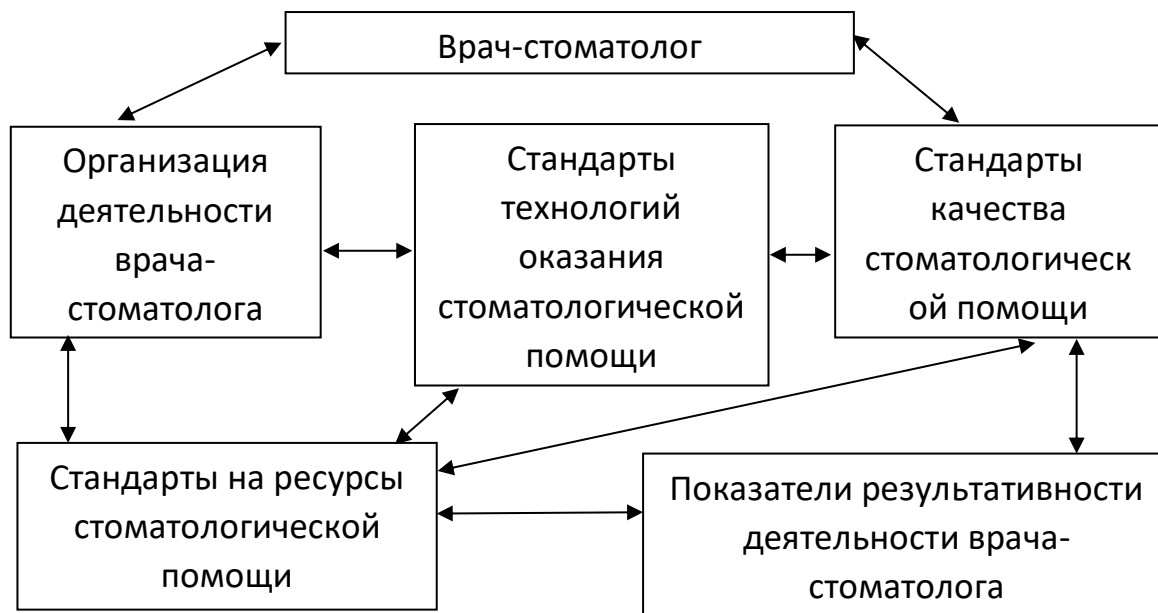


Рис 2. Оценка качества стоматологической помощи

4.1. Методика определения коэффициента качества оказания медицинской помощи

В.Ф. Чавпецовым предложена модель врачебного процесса. В ее основе лежит периодичность и последовательность операций – сбор информации, ее анализ, постановка диагноза, выбор лечения и место последующего наблюдения.

Врач осуществляет комплекс действий по сбору информации о состоянии пациента (диагностические мероприятия). Полученная информация интегрируется врачом для определения основного диагноза и других характеристик патологического процесса. В результате появляется возможность выбора способа коррекции отклонения состояния пациента от нормального (лечебно-диагностические мероприятия). На заключительном этапе врач, соблюдая преемственность, принимает решение о дальнейшем взаимодействии пациента с системой здравоохранения.

Достоинством модели является точность передачи информации – могут быть представлены и проанализированы ошибки не только выполнения каждого блока операций, но и последовательность их реализации.

Эксперт, анализируя документацию, фиксируя внимание на весь комплекс лечебно-диагностических мероприятий, обязан учесть возможность проведения тех или иных мероприятий, исходя из ресурсных возможностей лечебно-профилактического учреждения, то есть четко различать «качество деятельности врача» и «качество медицинской помощи» [22].

«Качество медицинской помощи» подразумевает организацию лечебно-диагностического процесса в отделении и в целом по ЛПУ, обеспеченность медикаментами, диагностической и лечебной аппаратурой, инструментарием, доступность их во времени (то есть своевременность проведения, отсутствие очередности, загруженности диагностических служб), эффективное и рациональное использование имеющихся ресурсов (лекарственных средств, аппаратуры и т.п.).

При оценке качества совокупности диагностических мероприятий (А) учитывается правильность проведения:

А1) клинических (анамнез, физикальные данные, консультации специалистов);

А2) лабораторных (биопсия, анализ крови);

А3) инструментальных (рентген, ЭОД и др.) .

При оценке определения основного диагноза и других характеристик патологического процесса (В) учитывается полнота диагноза, его обоснованность, совпадение с мнением эксперта.

При оценке правильности лечебно- профилактических мероприятий (С) используются оценки адекватности медикаментозной терапии, инструментальных методов (С1), сроков лечения (С2), эффективности (С3).

При оценке соблюдения преемственности (Д) учитывается преемственность по цели направления, рекомендаций по прогнозу, оценки трудоспособности.

Все величины А, В, С, Д в результате расчетов приобретают диапазон от 0 до 1,0.

На каждого врача заведующим отделением заполняется «Карта оценки качества врача- стоматолога» (Приказ МЗ РТ №784 от 26.12.96) , которая включает в себя:

Шкалу оценки клинического основного диагноза (ОД):

1 – несоответствие выставленного диагноза клиническим данным – 0 баллов;

2 – отсутствие развернутого диагноза с отражением стадии, глубины локализации нарушения функции, наличие осложнений -0,5 балла;

3 – поставлен развернутый клинический диагноз по основному и сопутствующему заболеваниям – 1 балл:

Шкалу оценки полноты обследования (ПО):

1 – не проведены обследования -0;

2 – проведены не все обследования, на 50% - 0,5;

3 – обследования проведены на 75% - 0,75;

4 – стандарты полноты обследования выполнены на 100% – 1

Шкалу оценки полноты лечебных мероприятий (ПЛМ):

1 – основные лечебные мероприятия не проведены -0;

2 – проведены на 50% -0,5;

3 – проведены на 75% - 0,75;

4 – стандарты лечебных мероприятий выполнены на 100% -1.

Шкалу дефектуры (Д):

Терапия (стоматологическая):

1 – выпадение пломбы в течение гарантийного срока -0,1;

- 2 – удаление зуба после лечения в течение года -0,1;
- 3 – повторное обращение вследствие осложнения по поводу данного заболевания в течение года -0,1;
- 4 – перфорация при препарировании стенки зуба, дна полости корня зуба -0,1.

Хирургия (стоматологическая):

- 1 – альвеолит после типичного удаления с целью санации-0,1;
- 2 – периостит после типичного удаления -0,1;
- 3 – перфорация дна гайморовой пазухи в результате травматического удаления, исключая анатомические особенности -0,1;
- 4 – необоснованные направления в стационар для проведения амбулаторных операций -0,1;
- 5 – ошибка диагностики, повлекшая осложнения, требующие лечения в стационаре -0,1.

Ортопедия (стоматологическая):

- 1 – необходимость лечения интактного опорного зуба после травматического препарирования и протезирование в течение года -0,1;
- 2- расцементировка коронки в течение года -0,1;
- 3 – дефект фасетки в течение года -0,1;
- 4 – нарушение целостности штампованной коронки в течение года -0,1;
- 5 – нарушение клинических и технических этапов изготовления съемных протезов -0,5;
- 6 – откол керамики в течение года -0,5;
- 7 – образование пролежней вследствие давления неправильно изготовленного протеза -0,1.

Заведующая отделением определяет уровень качества оказанной стоматологической помощи каждому больному, пролеченному каждым врачом (ИО - индивидуальная оценка):

ПО – полнота обследования;

ПЛМ – полнота лечебных мероприятий;

ОД – основной диагноз;

Уровень качества работы врача-стоматолога складывается из количества индивидуальных оценок в течение месяца:

$$УКВ = \frac{ИО1 + ИО2 + \dots + ИОn}{3}$$

Где n – количество принятых больных в месяц.

Уровень качества работы стоматологического отделения определяется:

$$УКО = \frac{УКВ1 + УКВ2 + \dots + УКВ}{n}$$

где n – число врачей, работающих в отделении;

УКВ – уровень качества работы врача;

УКО – уровень качества работы отделения.

Страховая компания УКЛ (уровень качества лечения) на основании не менее 100 амбулаторных карт и производит выборочную проверку по УКЛ по следующей формуле:

$$\text{УКЛ} = \frac{\text{ИО1} + \text{ИО2} \dots \text{ИО100}}{100} - \text{Н}$$

где Н- недостатки за месяц (1 – приписки-0,1; 2 – обоснованная жалоба -0,1)

УКВ и УКО применяют для расчета коэффициента трудового вклада (КТВ) отделений, бригад и коэффициент трудового участия (КТУ) отдельных врачей.

Оценка уровня качества лечения (УКЛ) должна проходить 4-ступенчатый контроль:

На первой ступени – заведующим структурным подразделением.

На второй ступени – заместителем главного врача по лечебным вопросам.

На третьей ступени – экспертной комиссией ЛПУ.

На четвертой ступени – экспертной комиссией территориальной страховой медицинской компании или клиничко-экспертной комиссией органа управления здравоохранением.

На первой ступени заведующий отделением оценивает качество медицинской помощи всех санированных больных в день от каждого врача по методике определения УКЛ и составляет протокол оценки качества, осуществляя постоянный контроль за исполнением врачами функций по организации и проведению лечебно-диагностического процесса и экспертизы временной нетрудоспособности, за современным повышением квалификации врачей по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности, анализируя клиничко – экспертные ошибки [23].

На второй ступени заместитель главного врача по медицинской части на не менее десяти (10%) больных, пролеченных врачом отделения, составляет протокол оценки качества.

На третьей ступени экспертная комиссия во главе с главным врачом ЛПУ оценивает качество работы подразделения.

Источником информации для экспертной комиссии являются протоколы второй ступени контроля.

Если в штатах ЛПУ отсутствует должность заместителя главного врача по медицинской части, то оценка качества лечения производится без второй ступени контроля.

Контроль качества медицинской помощи стоматологического ЛПУ включает:

1. Оценку состояния и использования кадровых и материальных ресурсов стоматологического ЛПУ.

2. Расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность стоматологической помощи.

3. Экспертиза процесса оказания стоматологической помощи.

4. Изучение удовлетворенности пациентов.

5. Выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказывающих негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи (см. рис.3)



Рис. 3. Процессное управление качеством стоматологической помощи.

Показатели объема работы, выполняемой стоматологическим отделением (врачом-стоматологом):

1. Число посещений к врачу в день.
2. Число посещений к врачу за 1 час работы.
3. Удельный вес первичных посещений.

$$\text{Удельный вес первичных посещений} = \frac{\text{Число первичных посещений} * 100}{\text{Число всех посещений}}$$

4. Среднее число посещений неосложненного и осложненного кариеса.
5. Среднее число посещений по поводу иного заболевания.
6. Среднее число посещений больных, принятых врачом за один день.
7. Число санированных обратившихся первично.
8. Число санированных из нуждающихся в стоматологической помощи, выявленных при профилактическом осмотре.
9. При оценке работы врача-стоматолога, кабинета, отделения учитывается объем выполненной работы, которая может быть выражена в трудовых единицах.

Показатели рациональной организации стоматологического отделения:

1. Соотношение числа пломбированных к числу удаленных зубов.
2. Соотношение числа пломб неосложненного кариеса к осложнённому (пульпит, верхушечный периодонтит).
3. Лечение заболеваний на ранних стадиях развития болезни:
 - а) неоперативное лечение кариеса (%);
 - б) консервативное лечение пульпита (%);
 - в) санация полости рта больных, страдающих заболеваниями сердечно - сосудистой системы, ревматизма, желудочно – кишечного тракта, обмена веществ и др. (процент больных от числа нуждающихся).
4. Диспансеризация декретированных больных (дети детских садов, школьники, рабочие, подростки- допризывники, беременные женщины, кормящие матери и др.).
5. Использование в диагностике заболеваний клиничко – лабораторных, биохимических, рентгеновских и других исследований (среднее число исследований на 100 посещений).
6. Использование в лечении физических методов лечения (среднее число процедур на 100 посещений).

При оценке организации работы терапевтического отделения стоматологического учреждения и врача – стоматолога учитывается объем профилактических обследований населения.

Показатели, отражающие качество работы стоматологического отделения:

1. Завершенность лечения по поводу кариеса.
2. Завершенность лечения по поводу осложненного кариеса.
3. Число стоматологических больных, снятых с диспансерного учета.
4. Сроки лечения неосложненного кариеса.
5. Сроки лечения осложненного кариеса (пульпита, верхушечного периодонтита).
6. Частота осложнений, связанных с лечением, и их характер (число осложнений на 100 случаев верхушечного периодонтита, заболеваний краевого пародонта).
7. Дополнительные пломбы по поводу рецидивного кариеса.
8. Процент вылеченного осложненного кариеса в одно посещение.
9. Процент санированных из числа обратившихся больных прикрепленного участка.
10. Общий процент санированного населения территориального участка.
11. Процент охвата плановой санации полости рта диспансерных больных.

Количественную оценку деятельности врача – стоматолога проводят по условным единицам труда (УЕТ). Количество выработанных трудовых единиц считается только при законченной работе, т.е. по наложенной пломбе.

Главным в работе врача стоматолога – хирурга является выполнение работы в УЕТ.

Качественными показателями хирургического стоматологического приема служат:

1. Своевременная госпитализация стоматологических больных (не позднее 24 часов с момента появления медицинских показаний к госпитализации).
2. При операции удаления зубов применение во всех случаях анестезии (местной и проводниковой), допуская исключения только для зубов с подвижностью третьей степени или молочных зубов с рассосавшимися корнями, удаление которых учитывается особо.

Качественные показатели ортопедического отделения определяются производственным и финансовым планом.

В стоматологической ортопедической практике используют следующие показатели качества:

1. Правильная подготовка полости рта к протезированию на терапевтическом и хирургическом приеме по медицинским показаниям (подготовка корневых каналов, выравнивание окклюзионной плоскости и прочие).
2. Стопроцентная рентгенологическая проверка депульпированных зубов, подлежащих покрытию коронками и использованию как опорных

пунктов для мостовидных протезов, а также корней при использовании их для штифтовых зубов.

3. Изготовление протезов в соответствии с современными требованиями. Повышение функциональной ценности обычных протезов введением отдельных элементов бюгельных и других рациональных конструкций, соблюдение анатомических принципов постановки зубов.

4. Изготовление съемных и несъемных протезов в строгом соответствии с клиническими показателями.

5. В мостовидном протезировании соотношение количества коронок и промежуточных зубов как 1:1,2 при обязательном использовании двух опорных зубов, исключая протезирование отсутствующего одного переднего зуба.

6. при изготовлении протезов в области передних зубов применять в 80-90% случаев зубы из пластмассы или фасетками.

7. Внедрение в практику детского протезирования и ортодонтии,

8. Применение методов обезболивания при обработке интактных зубов для несъемного протезирования.

9. Максимальное ограничение изготовления зубных протезов из разных металлов одному пациенту (благородных, неблагородных).

10. Срок изготовления съемных и несъемных протезов не больше трех недель и смешанных – не более одного месяца.

11. Удельный вес металлокерамических коронок от общего числа коронок.

Главным критерием в оценке деятельности врача – стоматолога детского возраста является охват плановой санацией.

Охват плановой санацией полости рта = (число здоровых + число ранее санированных + число санированных) / число детей участка.

Санация полости рта предусматривает излечение всех заболеваний органов полости рта и состоит из комплекса мероприятий: лечение кариеса зубов, устранение дефектов твердых тканей зубов другой этиологии пломбированием, удаление разрушенных зубов и корней, не подлежащих консервативному лечению, удаление зубного камня, противовоспалительная терапия заболеваний краевого пародонта, подготовка полости рта к протезированию или ортодонтическому лечению.

Санация полости рта осуществляется в плановом порядке по графикам, ранее согласованным с директорами школ и руководителями детских коллективов. Графики санации составляются заведующим детским отделением два раза в год на первичную и вторичную санацию.

Наибольшее распространение в настоящее время получили централизованная и децентрализованная формы санации полости рта. Сущность централизованной формы санации состоит в том, что осмотр и санация производится в детской стоматологической поликлинике (детское отделение стоматологической поликлиники) [24].

Основным вопросом в организации санации полости рта является вопрос кратности санации на протяжении года. С этой целью рекомендуется во время осмотра и санации полости рта проводить распределение всех учащихся на четыре группы диспансерного наблюдения (по методике Т.Ф. Виноградовой).

После окончания санации детей, в школе промаркированные и заполненные медицинские стоматологические карточки передаются на хранение в регистратуру детского отделения отдельно по школам. В случае возникшей надобности лечения учащиеся обращаются в детское отделение поликлиники. Регистратор находит медицинскую карточку школьника и передает на прием к врачу, производит запись в медицинской карточке. Таким образом, осуществляется преемственность в ведении медицинской документации.

Нуждаемость – показатель, обозначающий процент детей, нуждающихся в стоматологической помощи от общего числа обследованных.

Нуждаемость в санации полости рта:

Число детей, нуждающихся в санации – 100% / число обследованных детей.

Законченная санация полости рта:

Число санированных детей $*100\%$ / число детей, нуждающихся в санации.

Помимо этих показателей, имеются качественная и количественная оценки работы врача – стоматолога детского отделения (показатели те же, что и на взрослом приеме).

О конечном результате деятельности врачей – стоматологов можно судить по объективным и субъективным данным. Субъективным критерием является удовлетворенность населения (отдельного пациента), работников стоматологического учреждения (конкретного врача). Одним из важных показателей удовлетворенности населения стоматологической помощью является отсутствие жалоб, данные социологического опроса.

Объективным критерием, характеризующим конечный результат деятельности стоматологического ЛПУ, является здоровье зубов и зубочелюстной системы населения (конкретного пациента) и качество стоматологической помощи. Показателями здоровья зубов и зубочелюстной системы являются показатели заболеваемости и интенсивности.

Показатели качества стоматологической помощи сгруппированы в четыре группы:

- своевременный уровень оказания стоматологической помощи;
- квалификация стоматологической помощи;
- показатели экономической эффективности стоматологической помощи;

- деонтологический показатель стоматологической помощи.

Данные для оценки показателей своевременности стоматологической помощи, ее квалификации могут быть получены из амбулаторных или стационарных карт во время проведения заведующим отделением рабочей экспертизы.

Показатель экономической эффективности определяется при наличии стандартной стоимости стоматологической услуги. Это соотношение между фактической стоимостью и стандартной, разница между затратами на медицинскую помощь и выгодой от снижения заболеваемости.

Деонтологические показатели имеют важное значение, так как результат лечения во многом зависит от врача, так и от пациента. Они могут весьма существенно влиять на удовлетворенность стоматологической помощью.

На качество стоматологической помощи могут повлиять общеэкономические факторы медицинского учреждения, социально-экономические условия жизни врача и другого медицинского персонала, а также пациента и его образа жизни.

По результатам социально – гигиенических исследований известно, что здоровье зубочелюстной системы лишь на 8-12% зависит от деятельности врача – стоматолога, а значительную долю влияния оказывает среда, условия и образ жизни людей, наследственность (см. рис. 4).

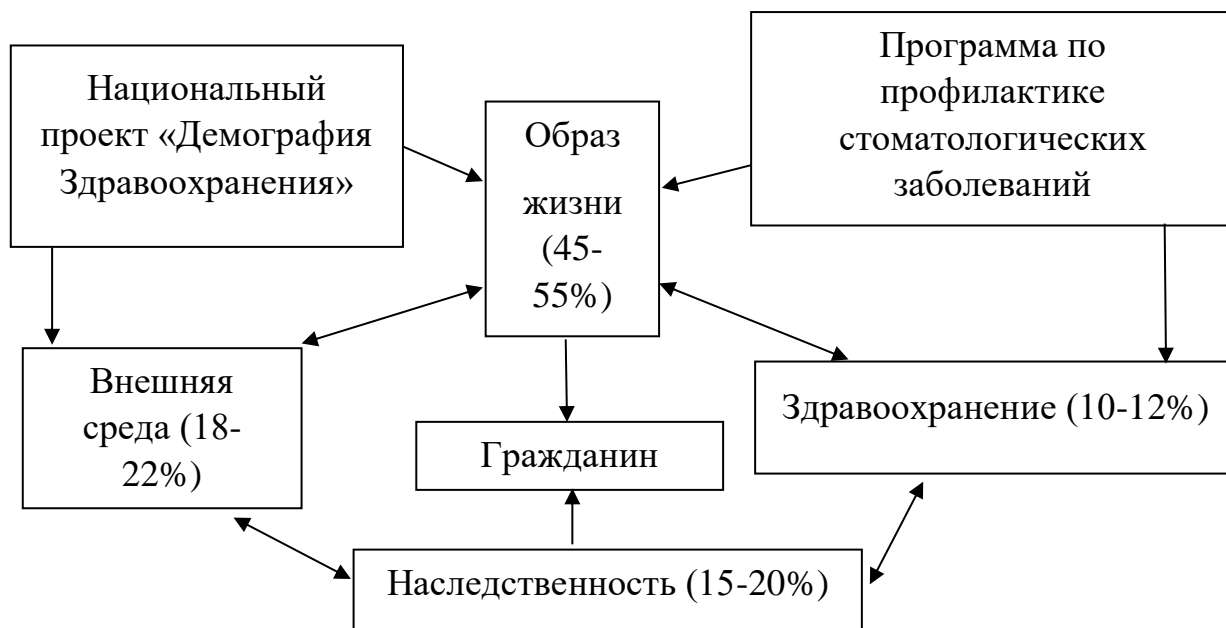


Рис. 4. Факторы, оказывающие влияние на зубочелюстную систему.

Выделяют следующие основные направления улучшения качества стоматологической помощи:

- повышение престижности стоматологических профилактических мероприятий;
- укрепление материально – технической базы стоматологических МО;
- повышение квалификации врачей – стоматологов;

- совершенствование системы диспансерного наблюдения за полостью рта;
- формирование здорового образа жизни пациентов;
- непрерывное процессное управление качеством стоматологической помощи.

5. Виды контроля за медицинской деятельностью

В международной практике используют три основных вида контроля над медицинской деятельностью: государственный, профессиональный, общественный.

Государственный контроль_проводится за соблюдением требований стандартов и правил сертификации продукции и медицинских услуг.

_Профессиональный контроль_заключается в лицензионном допуске к медицинской практике.

Общественный контроль_объема и качества медицинской помощи призван защищать права пациентов и должен включать широкое участие представителей общественных организаций.

По принадлежности и способу организации служба профессионального экспертного контроля объема и качества медицинской помощи подразделяются на ведомственную, вневедомственную экспертизу и независимую аудиторскую экспертизу [15].

Ведомственная экспертиза организуется производителями медицинских услуг на уровне лечебно – профилактического учреждения, местных и федеральных органов государственного управления, здравоохранением, включая государственную медицинскую инспекцию. Ведомственная экспертиза является основным видом контроля, его результаты используются и сопоставляются с данными вневедомственной экспертизы.

Вневедомственная экспертиза осуществляется органами по сертификации и лицензированию, страховыми медицинскими организациями, Федеральным и территориальными фондами социального и обязательного медицинского страхования, медицинскими ассоциациями, организациями в защиту прав пациентов.

Независимая аудиторская экспертиза обеспечивается независимыми центрами, являющимися юридическими лицами и не имеющими административного подчинения, или независимыми экспертами, аттестованными и аккредитованными в установленном порядке, имеющим лицензию на осуществление экспертизы [19].

Согласно Закона РФ №323, ст.53 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», экспертиза признается независимой, если производящий ее эксперт или члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, учреждений должностных лиц и граждан, заинтересованных в результате независимой экспертизы.

В настоящее время в зависимости от формы собственности существует две формы организации контроля:

1) для бюджетных стоматологических ЛПУ:

- профессиональный (вышестоящими ЛПУ);
- финансовый (финансовыми органами);
- санитарно – гигиенический;

2) для внебюджетных стоматологических ЛПУ:

Преобладает финансовый контроль, и лишь изредка – санитарно – гигиенический.

Профессиональный медицинский контроль стоматологических ЛПУ реализуется двумя путями:

1. Вышестоящими городскими, областными стоматологическими поликлиниками, стоматологическими институтами, которые осуществляют экспертный контроль лечебно – профилактической деятельности.

2. Медико – организационными структурами (комитетами здравоохранения, медицинского управления при городских администрациях), обеспечивающими организационный контроль.

Для внебюджетных стоматологических ЛПУ контроль за лечебно – профилактической деятельностью проводит Независимая Ассоциация стоматологов.

Анализ законодательно-правовой основы деятельности диагностической службы указывает на отсутствие единой системы оценки качества работы врачей стоматологов (хронометраж деятельности, расчёт показателей информативности и эффективности лечебно-профилактической работы). Однако, эти программы разрабатывались без анализа применяемых технологий, оснащённости рабочего места, уровня подготовленности специалиста, профессиональной установки на эффективность оказываемой помощи.

Согласно требованиям ВОЗ, при оценке основных характеристик, определяющих качество медицинской помощи, должны быть использованы, следующие критерии: безопасность, оптимальность, доступность и удовлетворённость пациента. С учётом вышеперечисленных критериев в соответствие с приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 №785 «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности были разработаны стандарты медицинской деятельности врача-стоматолога».

Таким образом, предлагаемая методика оценки качества деятельности врача-стоматолога, осуществляется по следующим группам стандартов: организация и управление деятельностью врача-стоматолога, материально-технической и ресурсное обеспечение врача-стоматолога, качества и результативности его деятельности, санитарно-гигиеническая и противоэпидемическая оценка деятельности врача-стоматолога. Такая группировка критериев учитывает все компоненты [25].

Вопросы для самоконтроля

1. Назовите характеристики медицинских услуг?
2. Что понимается под качеством медицинской помощи?
3. Назовите характеристики качества стоматологической помощи?
4. Что такое стандарт и его назначение?
5. Назовите формы и виды организации контроля стоматологической помощи?
6. Кем осуществляется экспертный организационный контроль?
7. Отличия контроля лечебно-профилактической деятельности в бюджетных и внебюджетных стоматологических ЛПУ?
8. Кто осуществляет контроль за качеством стоматологической помощи на первой, на второй, на третьей, на четвёртой ступени?
9. Как определяется уровень качества лечения врача, анализ деятельности отделения, стоматологического ЛПУ?
10. Что включает в себя карта оценки качества работы врача-стоматолога?
11. Какие критерии используются для характеристики конечного результата деятельности стоматологического ЛПУ?
12. Перечислите объективные критерии качества медицинской помощи.
13. Перечислите факторы, влияющие на качество стоматологической помощи.
14. Какие стандарты используются в стоматологии?
15. Что предусматривает модель В.Ф. Чавпецова?
16. Перечислите стандарты А.Н. Донабедиана?
17. Что понимают под «качеством медицинской помощи»?
18. Что понимают под «качеством деятельности врача»?
19. Виды контроля за медицинской деятельностью?
20. Какие факторы оказывают влияние на зубочелюстную систему?
21. Что включает процессное управление качеством стоматологической помощи?

Тестовые задания

1. Оценка уровня качества лечения на первой ступени производится:

- а) Экспертной комиссией стоматологического ЛПУ
- б) Заместителем главного врача по вопросам КЭР.
- в) Заведующим структурным подразделением
- г) Экспертной комиссией органов управления здравоохранения

2. Какие стандарты качества медицинской помощи используются в стоматологии:

- а) Комплексные
- б) Медико-экономические
- в) Технологические

3. Сколько уровней включает контроль качества стоматологических услуг:

- а) 1
- б) 4
- в) 3
- г) 2

4. Контроль качества медицинской помощи предусматривает:

- а) Определение стандартных показателей
- б) Сравнение фактических и стандартных параметров
- в) Проведение экспертизы
- г) Определение фактических показателей

5. Качество медицинской помощи – это:

- а) Совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям, современному уровню медицинской науки и технологии;
- б) Совокупность мер, направленных на предупреждение возникновения и развития болезней;
- в) Совокупность медицинских услуг

6. Основным видом контроля качества медицинской помощи является:

- а) Внутриведомственный контроль
- б) Вневедомственный контроль
- в) Независимый контроль
- г) Всё перечисленное верно
- д) Всё перечисленное неверно

7. Наиболее точной при оценке качества медицинской помощи является методика:

- а) Структура анализа
- б) Процессуальный анализ
- в) Результативный анализ

- г) Всё перечисленное верно
- д) Всё перечисленное неверно

8. Структурный поход – это:

- а) Анализ и аккредитация ресурсной базы здравоохранения (кадры, оборудование и медицинская техника, архитектура, планирование и состояние помещений)
- б) Соблюдение технологии лечебно-диагностического процесса
- в) Учёт конечных результатов деятельности
- г) Всё перечисленное верно
- д) Всё перечисленное неверно

9. Процессуальный поход – это:

- а) Анализ и аккредитация ресурсной базы здравоохранения (кадры, оборудование и медицинская техника, архитектура, планирование и состояние помещений)
- б) Соблюдение технологии лечебно-диагностического процесса
- в) Учёт конечных результатов деятельности
- г) Всё перечисленное верно
- д) Всё перечисленное неверно

10. Результативный поход – это:

- а) Анализ и аккредитация ресурсной базы здравоохранения (кадры, оборудование и медицинская техника, архитектура, планирование и состояние помещений)
- б) Соблюдение технологии лечебно-диагностического процесса
- в) Учёт конечных результатов деятельности
- г) Всё перечисленное верно
- д) Всё перечисленное неверно

11. Укажите основной метод в процессуальном подходе:

- а) Оценка состояния здоровья
- б) Метод экспертных оценок
- в) Структурный
- г) Результативный

12. Качество – это:

- а) Совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворять потребности
- б) Соотношение результатов к произведённым затратам
- в) Эффективное воздействие при максимальной экономии имеющихся ресурсов

13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:

- а) Доступность
- б) Безопасность
- в) Эффективность
- г) Всё перечисленное верно
- д) Всё перечисленное неверно

14. Учреждения, которые проводят контроль качества деятельности за стоматологической медицинской организацией:

- а) Министерство здравоохранения РФ и субъектов РФ
- б) Независимые институты по экспертизе качества
- в) вышестоящая городская поликлиника
- г) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор)
- д) Врачебная комиссия (внутренний контроль)

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. – в
2. – б
3. – в
4. – а
5. – а
6. – г
7. – г
8. – а
9. – б
10. – в
11. – в
12. – а
13. – г
14. – г

КАРТА ИЗУЧЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ

Уважаемые дамы и господа

Данное анкетирование ставит перед собой задачу выявить Ваше мнение об удовлетворенности населения оказанием стоматологической помощи. Нам важно знать Ваше мнение по вопросам, представленным в этой анкете. Ваши предложения и замечания будут использованы нами только для улучшения качества оказания стоматологической помощи населению.

Заранее благодарим вас за ответы!

1. Место вашего проживания:

1. город
2. село

2. Ваша национальность _____

3. Пол

1. Мужской
2. Женский

4. Семейное положение:

1. замужем (женат)
2. не замужем (холост)
3. разведена (разведен)
4. вдова(вдовец)
5. мать(отец) одиночка

5. Состав семьи:

1. полная (вы, супруг/супруга, ребенок)
2. сложная (вы, супруг/ супруга, ребенок, бабушка, дедушка)
3. не полная (вы, ребенок), (вы, супруг/супруга)
4. один/одна

6. Жилищные условия

1. отдельная квартира
2. комната
3. частный дом
4. съемное жилье
5. общежитие

7.Возраст:

1. до 19лет
2. 20-29 лет
3. 30-39 лет
4. 40-49 лет
5. 50-59 лет
6. 60-69 лет
7. 70-79 лет
8. 80-90 лет
9. 91 и старше

8. Уровень образования:

1. незаконченное среднее
2. среднее
3. среднее специальное
4. незаконченное среднее
5. незаконченное высшее
6. высшее

9. Оценка вашего здоровья:

1. Хорошее
2. Удовлетворительное
3. Неудовлетворительное

10.Обращаетесь ли Вы в стоматологическую поликлинику по месту жительства?

1. да
2. нет

11.Имеющиеся заболевания:

1. болезни крови, кроветворных органов
2. болезни эндокринной системы
3. болезни нервной системы
4. болезни системы кровообращения
5. болезни органов дыхания
6. болезни органов пищеварения
7. болезни мочеполовой системы
8. онкологические заболевания
9. психические расстройства
10. наличие беременности
11. врожденные аномалии
12. стоматологические заболевания
13. другое

12. Профессиональная занятость:

1. химия и нефтехимия
2. машиностроение и металлообработка
3. строительство
4. транспорт и связь
5. сельское хозяйство, животноводство
6. здравоохранение и медицина
7. научный работник
8. образование, культура
9. бизнес и предпринимательство
10. административный работник
11. сфера обслуживания
12. военнослужащие, силовые структуры
13. другое

13. Частота посещения вами врача стоматолога:

1. не обращаюсь
2. 1 раз в год
3. 2 раза в год
4. один раз в два года

14. Ваше отношение к стоматологической помощи:

1. обращаюсь к врачу стоматологу
2. не обращаюсь к врачу стоматологу
3. насторожен
4. занимаюсь самолечением

15. К каким специалистам обращались:

1. стоматологу-терапевту
2. стоматологу-хирургу
3. стоматологу-ортопеду
4. стоматологу-ортодонту
5. врачу стоматологу детского возраста

16. Удовлетворены ли Вы качеством оказания стоматологической помощи в целом?

1. вполне удовлетворен
2. не вполне удовлетворен
3. не удовлетворен
4. затрудняюсь ответить

17. В каком мед. учреждении вы получаете стоматологическую помощь?

1. в поликлинике по месту проживания
2. в городской поликлинике
3. в частной клинике
4. другое

18. Ваша оценка отношения к Вам врача-стоматолога:

1. врач был со мной внимателен
2. врач был со мной не внимателен
3. врач торопился, не выслушал меня
4. врач был со мной груб

19. Ваша оценка работы врача-стоматолога:

1. лечение выполнено хорошо
2. лечение выполнено удовлетворительно
3. лечение выполнено плохо
4. затрудняюсь ответить

20. Ваша оценка качества наблюдения и лечения:

1. хорошее
2. удовлетворительное
3. неудовлетворительное
4. затрудняюсь ответить

21. Ваша оценка внешнего вида врача:

1. соответствует требованиям
2. не соответствует требованиям
3. затрудняюсь ответить

22. Ваша оценка санитарно-гигиенического состояния учреждения, куда вы обратились:

1. отличное
2. хорошее
3. плохое
4. затрудняюсь ответить

23. Ваша оценка профессионализма врача-стоматолога:

Стоматолог-терапевт

1. хорошо
2. плохо

стоматолог-ортопед

3. хорошо

4. плохо
стоматолог- хирург
5. хорошо
6. плохо
стоматолог-ортодонт
7. хорошо
8. плохо

24. Ваша оценка качества манипуляций в процессе удаления зубов, протезирования, лечения:

1. отлично
2. хорошо
3. удовлетворительно
4. плохо
5. очень плохо
6. затрудняюсь ответить

25. Ваша оценка материально-технического обеспечения мед. учреждения куда вы обратились:

1. отлично
2. хорошо
3. удовлетворительно
4. плохо
5. очень плохо
6. затрудняюсь ответить

26. Ваша оценка профессионализма среднего медицинского персонала:

1. отлично
2. хорошо
3. удовлетворительно
4. плохо
5. очень плохо
6. затрудняюсь ответить

27. Время ожидания приема врача:

1. принят в назначенное время
2. ожидали до 15 минут
3. 15-30 минут
4. 30-60 минут
5. 61 минута и более

28. Влияет ли удаленность медицинского учреждения на получение медицинской помощи:

1. да
2. нет

29. Ваша оценка доступности записи на прием по ОМС (получение талона):

1. легко записаться
2. трудно записаться
3. невозможно записаться
4. затрудняюсь ответить

30. Отказ в получении стоматологической помощи по ОМС при острой боли:

1. ни разу
2. один раз
3. два раза и более
4. затрудняюсь ответить

31. Приходилось ли Вам «благодарить врачей» за лечение и в какой форме:

1. в денежной форме
2. в форме подарков и услуг
3. записью в книге жалоб и предложений
4. не приходилось

32. Ваша оценка доступности стоматологической помощи по ОМС:

1. вполне доступна
2. трудно доступна
3. недоступна
4. затрудняюсь ответить

33. Ваше отношение к платной медицине:

1. отрицательно
2. положительно
3. затрудняюсь ответить

34. Имеете ли вы прикрепление к врачу –стоматологу по месту жительства:

1. да
2. нет

35. Ваша оценка стоимости стоматологических услуг:

1. доступно
2. не доступно
3. затрудняюсь ответить

36. Ваши расходы на получение стоматологических медицинских услуги в год:

1. от 5000 до 10000 рублей
2. от 10000 до 50000 рублей
3. от 50000 и выше

37. Вы получаете стоматологическую помощь бесплатно по ОМС:

1. да
2. нет

38. Вы получаете стоматологическую помощь в частной стоматологической клинике:

1. да
2. нет

39. Причина обращения к врачу стоматологу:

1. профилактический осмотр
2. острая боль
3. отек мягких тканей
4. необходимость в удалении зубов
5. кровоточивость десен
6. необходимость протезирования
7. необходимость исправления зубов и
8. прикуса
9. необходимость в имплантации
10. нарушение эстетики зубов
11. другое

40. Какой вид стоматологической помощи вы получили за последний год:

1. лечение кариеса
2. лечение пульпита
3. лечение периодонтита
4. отбеливание
5. исправление зубов и прикуса
6. удаление зубов
7. имплантация
8. лечение воспаления десен

41. Информировали ли вас об оказанном вам лечении

1. да
2. нет

Дата заполнения анкеты «_____» _____ 202__ г.

Подпись _____

Благодарим Вас за ответы!

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ

ОТ 31 ИЮЛЯ 2020 ГОДА N 785Н

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ТРЕБОВАНИЙ К ОРГАНИЗАЦИИ И
ПРОВЕДЕНИЮ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ**

КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В соответствии со статьей 90 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2018, N 53, ст.8415)

приказываю:

1. Утвердить Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности согласно приложению.

2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2021 года.

Министр

М.А.Мурашко

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ КАЧЕСТВА

(на каждого врача заполняется заведующим отделением)

Таблица 1

Ф. И. О. ВРАЧА _____

N	Ф. И. О.	Оценка клинического основного диагноза (сокр. ОД)	Оценка полноты обследования (сокр. ПО)	Оценка полноты лечебных мероприятий (сокр. ПЛМ)	Дефектура
п/п					

- ОД: 1 - несоответствие выставленного диагноза клинический данным - 0 баллов;
 2 - отсутствие развернутого диагноза с отражением стадии, глубины, локализации нарушения функции, наличие осложнений - 0,5 балла;
 3 - поставлен развернутый клинический диагноз по основному и сопутствующему заболеваниям - 1 балл;
- ПО: 1 - не проведены основные обследования - 0;
 2 - проведены не все обследования на 50% - 0,5;
 3 - проведены обследования на 75% - 0,75;
 4 - стандарты полноты обследования выполнены - 1;
- ПЛМ: 1 - не проведены основные лечебные мероприятия - 0;
 2 - проведены на 50% - 0,5;
 3 - проведены на 75% - 0,75;
 4 - стандарты лечебных мероприятий выполнены - 1;
- Д-терапия: 1 - выпадение пломбы в течение гарантийного срока - 0,1;
 2 - удаление зуба после лечения в течение года - 0,1;
 3 - повторное обращение вследствие осложнения по поводу данного заболевания в течение года - 0,1;
 4 - перфорация при препарировании стенки зуба, дна полости, корня зуба - 0,1;
- Хирургия: 1 - альвеолиты после типичного удаления с целью санации - 0,1;
 2 - переостит после типичного удаления - 0,1;
 3 - перфорация дна гайморовой пазухи в результате травматического удаления, исключая анатомические особенности - 0,1;
 4 - необоснованные направления в стационар для проведения амбулаторных операций - 0,1;
 5 - ошибка диагностики, повлекшая осложнения, требующие лечения в стационаре - 0,1;
- Ортопедия: 1 - необходимость лечения интактного опорного зуба после травматической препаровки и протезирование в течение года - 0,1;
 2 - расцементировка коронки в течение года - 0,1;

- 3 - дефект фасетки в течение года - 0,1;
- 4 - нарушение целостности штампованной коронки в течение года - 0,1;
- 5 - нарушение клинических и технических этапов изготовления съемных протезов - 0,5;
- 6 - откол керамики в течение одного года - 0,1;
- 7 - образование пролежней вследствие давления от неправильного протеза - 0,1;

Заведующая отделением выставляет ИО - не менее одного санированного пациента от каждого врача.

Страховая компания выставляет УКЛ на основании не менее 100 амбулаторных карт.

- Н - недостатки за месяц: 1 - приписки - 0,1;
- 2 - обоснованная жалоба - 0,1.

Заведующая отделением производит расчет УКЛ по следующим параметрам:

$$ИО = \frac{ПО + ПЛМ + ОД}{3} = Д, \text{ где } ОД - \text{ оценка диагноза}$$

ИО - индивидуальная оценка

УКВ = ИО 1 + ИО 2 + ... ИОН - в месяц, где Н - количество ИО в месяц;

УКО = УКВ 1 + УКВ 2 + ... УКВН - в месяц, где Н - количество врачей;

Страховая компания производит выборочную проверку по УКЛ по следующей формуле:

$$УКО = \frac{ИО 1 + ИО 2 + \dots + ИО 100}{100} - Н, \text{ где}$$

- УКВ - уровень качества лечения врача за месяц
- УКО - уровень качества лечения за месяц
- Н - недостатки.

Список литературы

- 1 - Камалова С.Р., Галиуллин А.Н., Михайлик Г.Ю., Качество медицинской помощи. – Казань: КГМУ, 2000 – 35с.
- 2 – Вагнер, В.Д. Анализ применения инструментов бережливого производства в стоматологической службе / В.Д. Вагнер, В.В. Киреев // Стоматология. – 2021. – Т. 100, № 5. – С. 67-70.
- 3 - Нормативная правовая база, регламентирующая контроль качества и безопасности медицинской деятельности / А.А. Кулаков, В.Г. Бутова, Р.Ш. Гветадзе, С.Н. Андреева // Стоматология. – 2018. – Т. 97, № 2. – С. 4-7.
- 4 – Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 г. № 203н. – URL: base.garant.ru/71675880/ (дата обращения 6.03.2023 г.)
- 5- Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности: Приказ Минздрава России от 07.06.2019 г. № 381н. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_332852/ (дата обращения 6.03.2023 г.)
- 6 - Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности: Приказ Росздравнадзора от 20.12.2017 г. № 10450. – URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/documents/48130> (дата обращения 6.03.2023 г.)
- 7 - Парфенова, Т.Н. Оценка качества оказания медицинских услуг в стоматологической клинике / Т.Н. Парфенова // Молодые ученые - развитию Национальной технологической инициативы (ПОИСК). – 2021. – № 1. – С. 836-838.
- 8 - Пивень, Д.В. Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённые Приказом Минздрава России от 31.07.2020 г. № 785н: на что необходимо обратить внимание руководителям медицинских организаций / Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 2. – С. 3-9.
- 9 - Смирнова, Л.Е. Совершенствование методологии внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в стоматологических медицинских организациях на основе интеграционно-процессного подхода: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук: специальность 14.01.14 – стоматология, 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение / Людмила Евгеньевна Смирнова. – Москва, 2021. – 50 с.
- 10 - Смолянская, Т.В. Исследование проблем качества стоматологической помощи в государственном учреждении / Т.В. Смолянская

// Фундаментальные и прикладные аспекты развития современной науки: сборник трудов по материалам IV Международного конкурса научно-исследовательских работ. – Уфа, 2021. – С. 138-141.

11 - Попова Л.Г. Непрерывное медицинское образование // Новая наука: теоретический и практический взгляд. 2016. № 117 (2). С. 60-61.

12 - Совершенствование системы диспансеризации пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта / В.С. Попова, А.В. Сущенко, Е.В. Вусатая [и др.] // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2020. – Т. 22, № 4. – С. 95-101.

13 - Бояркина Л.А., Ледак Л.П. Инновационные информационные технологии обучения как средство формирования профессионализма преподавателя // Проблемы и перспективы развития образования в России. 2014. № 31. С. 40-44.

14 - Лаврентьева Н.Н., Миронов И.Л., Ратникова Л.И., Шип С.А. Студенческая наука как ключевой фактор процесса модернизации современного российского медицинского образования // Изв. высш. учеб. заведений. Уральский регион. 2013. № 3. С. 129-132.

15 – Ямалеев Р.Г., Галиуллин А.Н., Аккредитации и лицензирования медицинской деятельности: нормативно-правовая база, принципы, технология /Казань: Медицина, 1997 – 356с.

16 - Дьяченко В.Г., Солохина Л.В., Дьяченко С.В. Управление качеством медицинской помощи: Учебник. Издательство ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет». 2012; 6-19.

17 - Вешняков Н.И., Гусев О.А., Кочорова Л.В. и др. //Общественное здоровье и здравоохранение/Учебник для студентов/ МЗ РФ //МЕДпресс-информ, 2016, - С.832

18 - Сараев А.Е. Стандартизация как стратегическое направление повышения качества и доступности медицинской помощи. Вопросы экспертизы качества медицинской помощи. 2012; (7): 4-6.

19 - Старченко А., Зинланд Д., Третьякова Е., Рукова И., Гончарова Е. Независимая экспертиза как инструмент воздействия медицинских страховых организаций на показатели деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения. Вопросы экспертизы качества медицинской помощи. 2010; (10): 32-45.

20 - Швецова Р.С. Об управлении качеством труда врача в системе общей врачебной практики //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2009, №5,- С.37-41

21 - Шестаков В.Т., Шевченко О.В. Методология управленческого решения в стоматологии, М., ГЭОТАР-Медиа, 2017,- 102 с.

22 – Общественное здоровье и здравоохранение/ Научно-практический журнал/ Региональная общественная организация специалистов по общественному здоровью и здравоохранению Республики Татарстан МЗ РТ, 2014, - С.86

23 - Алексеева Л.А., Вишняков Н.И., и др. Общественное здоровье и здравоохранение// Учебник для студентов медицинских вузов, Москва //МЕД пресс-информ, М., 2012,- С.655

24 - Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для студентов обучающихся по специальности «Лечебное дело» //ГЭОТАР-Медиа, 2012, - С.394

25 - Хальфин Р.А., Огнева Е.Ю., Мадьянова В.В. Качественные критерии оценки медицинской помощи в учреждениях здравоохранения муниципального уровня //Экономика здравоохранения, 2010, №11-12,- С.12-20

26 – Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности: Постановление Правительства РФ № 1152. – URL: base.garant.ru/70257186/ (дата обращения: 14.02.2023)

Нормативно-правовые документы

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 08.12.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2. Приказ МЗ РФ №785н от 30.06.20 «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

3. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»