

ОБЗОРЫ

© СМИРНОВА Л.Е., 2018

УДК 614.2:616.31-082

Смирнова Л.Е.

НУЖДАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ВЗГЛЯД НА ЕЁ КАЧЕСТВО (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Отдел организации стоматологической службы, лицензирования и аккредитации ФГБОУ ЦНИС и ЧЛХ Минздрава России, 199911, Москва

Анализ источников литературы как российских, так и зарубежных, указывает на необходимость создания и внедрения комплексных стратегий, направленных на повышение качества стоматологической помощи, минимизацию ошибок, обеспечение достойного качества жизни населения. Огромной проблемой являются также экономические затраты на ликвидацию дефектов оказания медицинской помощи, тем более если источником финансирования служат бюджет или фонды ОМС и ДМС.

Ключевые слова: качество стоматологической помощи; дефекты оказания медицинской помощи.

Для цитирования: Смирнова Л.Е. Нуждаемость населения в стоматологической помощи и ретроспективный взгляд на её качество. Российский стоматологический журнал. 2018; 22 (1): 68-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2018-22-1-68-72>

Smirnova L.E.

THE NEED OF THE POPULATION IN DENTAL CARE AND RETROSPEKTIVNYI OPINION ON ITS QUALITY (A REVIEW OF THE LITERATURE)

Department of the organization of stomatologic service, licensing and accreditation of the Central research Institute of stomatology and maxillofacial surgery of the Ministry of health of the Russian Federation, 199911, Moscow

Analysis of the sources of literature both Russian and foreign, points to the need to create and implement comprehensive strategies aimed at improving the quality of dental care, minimizing errors, ensuring a decent quality of life. The economic costs of eliminating health-care deficiencies are also a huge problem, especially if the funding source is the budget or the funds of the MLA and VMI.

Key words: quality dental care; defects of medical care.

For citation: Smirnova L.E. The need of the population in dental care and retrospektivnyi opinion on its quality. Rossiyskii stomatologicheskii zhurnal. 2018; 22(1): 68-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2018-22-1-68-72>

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Received 28.11.18

Accepted 16.12.18

Стоматологическая помощь во всем мире была и остаётся остро необходимой. В РФ удельный вес стоматологических заболеваний среди общей заболеваемости населения по обращаемости достигает 20 – 25%, на 1000 населения приходится 345 – 550 случаев. Заболеваемость кариесом составляет в разных регионах РФ от 95 до 100%. У лиц старше 35 лет распространённость тяжёлых форм пародонтита достигает 100%, а к 65 годам каждый житель России в среднем имеет 5 – 6 зубов из 28 – 32 [1].

В 99% случаев стоматологические больные обслуживаются в амбулаторных условиях. Изучение мнения об особенностях спроса на стоматологическую помощь в 2015 г. показало, что из 626 опрошенных 58,5% обращаются за стоматологической помощью в государственные медицинские организации, 40,0% – в частные, 8,2% – к частнопрактикующим врачам-стоматологам, 1,5% не посещают врачей-стоматологов [2].

В рамках Программы фундаментальных исследований национального исследовательского университета «Высшая

школа экономики» проведена работа, по результатам которой выяснилось, что обращаемость за стоматологическими услугами взрослого населения за 2014 г. составила 34%, в том числе 52% респондентов получили эти услуги в государственной (муниципальной) медицинской организации, 2% – в ведомственной и 46% – в частной [3].

Несмотря на широкую распространённость стоматологических заболеваний среди населения России, первичная посещаемость врачей-стоматологов остаётся на крайне низком уровне. Специальные исследования показали, что 56% населения страны годами не обращаются за стоматологической помощью, а среди пациентов с уже установленными болезнями пародонта только 7% регулярно обращаются к пародонтологу. При этом отмечаются существенные различия показателей первичной обращаемости в зависимости от территории проживания: обращаемость населения, проживающего вне региональных административных центров, значительно меньше аналогичного показателя среди городского населения. Это может быть связано с низкой доступностью стоматологической помощи для населения, проживающего вне административных центров [4].

По статистическим данным, в РФ в период 2010 – 2014 гг.

Для корреспонденции: Смирнова Людмила Евгеньевна, канд. мед. наук, старший научный сотрудник, E-mail: Lesmit-7@yandex.ru.

работали в среднем свыше 40 тыс. врачей-стоматологов. Наблюдается тенденция к снижению их общей численности за 5 лет на 2869 человек. Основную их часть – от 39,71% (2010) до 41,61% (2014) составляли врачи-стоматологи-терапевты. Число врачей-стоматологов общей практики варьирует, уменьшившись к 2014 г. на 320 человек по сравнению с 2010 г. Доля этих специалистов на фоне общего снижения числа врачей-стоматологов достигла к 2014 г. 18,66%. Эта же тенденция наблюдается в отношении числа врачей-стоматологов-ортопедов: произошло уменьшение на 1195 (15,18%) человек от доли общего числа врачей-стоматологов. Практически идентичны доли врачей-стоматологов-хирургов и врачей-стоматологов детских: соответственно 10,38 и 10,12%. Общие тенденции среди 2 последних специальностей разноплановы; так, общая численность врачей-стоматологов-хирургов снизилась с 2010 г. на 368 человек, а численность врачей-стоматологов детских осталась практически без изменений – 4420 человек в 2010 г. и 4354 в 2014 г. [5].

При высокой нуждаемости населения в стоматологической помощи наблюдающиеся тенденции, конечно же, не могут не сказаться на доступности и качестве этой помощи. Как отметил на совещании по вопросам реализации региональных программ модернизации здравоохранения в 2011–2012 гг. Президент РФ В.В. Путин, на это также влияют уровень подготовки врачей, квалификация других медицинских работников, их ответственное отношение к своему делу, к своим пациентам [6].

Основная задача государственной политики в области здравоохранения – удовлетворение потребности населения в качественной и доступной медицинской помощи [7].

По мнению экспертов ВОЗ, распределение ответственности субъектов, имеющих отношение к качеству организации и оказанию стоматологической помощи, выглядит неравномерным: доля ответственности пациентов – 60%, государственных органов власти и их структур – 25%, медицинского персонала – 15% [8].

По мнению проф. В.Д. Вагнера, основными характеристиками качества стоматологической помощи являются безопасность, клиническая и экономическая эффективность, своевременность оказания, а критериями – соблюдение стандартов, отсутствие осложнений и удовлетворённость пациента результатами её оказания [9].

На качество медицинской помощи влияют разнородные факторы, имеющие причинно-следственные связи. Проф. А.Л. Линденбратен выделяет следующие факторы: обеспеченность ресурсами организация оказания медицинской помощи; заинтересованность учреждений и медицинских кадров в оптимизации конечных результатов своей деятельности, состояние и поведение потребителей медицинской помощи. Важную роль он отводит медицинским кадрам, которые должны быть высококвалифицированными, что достигается повышением качества базового и непрерывного медицинского образования, системой регистрации ошибок и дефектов в работе медицинского персонала [10].

Н.Б. Павлов и соавт. [11] считают, что на качество стоматологической помощи влияют методы профилактики и лечения, материалы и технологии, научная поддержка. Огромное значение имеет также управление во взаимодействии с такими сферами, как профессиональные стандарты, система повышения квалификации, нормативные документы и др. Увеличение затрат на оказание медицинской помощи является важным условием повышения её качества. Исследования, проведённые этими авторами, показали, что расходы на охрану здоровья населения существенно влияют на уровень оказания медицинской помощи, который в свою очередь определяет уровень и структуру стоматологической заболеваемости населения. Недостаточное финансирование стоматологических медицинских организаций приводит к росту заболеваемости, особенно трудоспособного населения, хронизации

стоматологических заболеваний, росту средней стоимости затрат на лечение стоматологических заболеваний [11].

Н.Ф. Князюк и соавт. [12] полагают, что путём внедрения в медицинские организации системы менеджмента качества, а далее – прохождения процедуры сертификации и аккредитации достигается наиболее значительный эффект в отношении улучшения качества медицинской помощи. Повышение эффективности деятельности медицинских организаций связано с упорядочиванием и учётом всех аспектов их деятельности, выполнением требований надзорных органов, улучшением результативности процессов и эффективности всей системы в целом. Вследствие выполнения указанных условий повышаются устойчивость основных показателей деятельности медицинских организаций, качество оказываемых услуг, их соответствие требованиям потребителей, охрана здоровья работников и безопасность труда, выполнение экологических требований и социальная ответственность. Отмечаются также улучшение следующих показателей: объёмы и качество выполняемых услуг, удовлетворённость потребителей и персонала, сокращение затрат на всех стадиях оказания медицинских услуг, увеличение доходов, устойчивости системы управления [12].

На сегодня однозначных критериев оценки качества медицинской помощи (в том числе и стоматологической) практически не существует, так как каждая конкретная ситуация, связанная с диагностикой, лечением, профилактикой и исходом заболевания, требует индивидуального разбора с привлечением экспертов, тщательного изучения медицинской документации, коллегиальной оценки. Вместе с тем, логическая связь понятий «качество стоматологической помощи» и «оптимизация стоматологической помощи» несомненна. Во многих развитых странах главным критерием оценки качества работы врача-стоматолога служит мнение населения. Используются методы интервью и анкетного опроса. Хотя они являются субъективными, но в условиях длительного проспективного наблюдения или большого объёма выборки приобретают объективный характер. Фундаментальной разработкой проблемы качества медицинской помощи в здравоохранении посвящены работы А. Donabedian [13]. В конце 60-х годов прошлого столетия им впервые была предложена системная классификация методов анализа качества, получившая название «триады Донабедиана» и позволяющая оценивать структуру, процесс и результаты медицинского обслуживания.

Надо различать близкие, но не идентичные понятия «качество медицинской помощи» и «качество организации медицинской помощи». На субъективную оценку пациента значительно влияют критерии качества организации медицинской помощи, к которым относятся доступность, своевременность, безопасность, преемственность и непрерывность, результативность и действенность, ориентированность на пациента, научно-технический уровень. Индикаторы критериев качества могут быть определены в соответствии с триадой Донабедиана (структура – процессы – результаты). Целесообразно устанавливать целевой или допустимый интервал значений для каждого индикатора [14].

Ю.М. Комаров считает [15], что, говоря о качестве медицинской помощи, следует различать 3 крупные задачи: оценку, обеспечение, управление. Оценка, экспертиза, аудит, контроль, надзор являются начальным этапом работы по оценке качества. Если на этом всё и заканчивается без рекомендаций по его улучшению, обеспечению, по применяемым технологиям, управлению этим процессом, как это нередко имеет место, то такая работа практически бесполезна. Обеспечение качества – это главным образом проблема адекватного ресурсного обеспечения, профессиональной компетентности и подготовленности медицинских работников, применения адекватных технологий. Проблема управления включает в себя как оценку, так и обеспечение качества. Например, в

Великобритании используются следующие индикаторы качества, характеризующие доступность медицинской помощи на территории: длительность ожидания плановой операции; сроки ожидания скорой помощи и бригады интенсивной терапии; соотношение пациентов, ожидающих операции, и госпитализированных; сроки задержки выписки и т.д. [16].

Исходя из результатов многочисленных исследований, иностранные и отечественные исследователи пришли к единому выводу, что основными причинами дефектов в оказании медицинской помощи являются не столько уровень квалификации медицинского персонала и другие технические проблемы, сколько неудовлетворительная организация дела. Таким образом, несмотря на высокий научный интерес к проблеме качества медицинской помощи, практическая реализация её должного уровня оказывается сопряжённой с весьма серьёзными трудностями разработки точных критериев и недостатком денежных средств, направляемых на её финансирование [16].

С целью улучшения показателей качества медицинской помощи, повышения экономической эффективности деятельности организации, удовлетворённости и безопасности пациентов может проводиться стандартизация в медицинской организации. Выбор модели стандартизации (Порядки, Стандарты, ИСО, EFQM, JCI) должен осуществляться в соответствии с задачами организации с учётом имеющихся ресурсов. Все страны сталкиваются с проблемами обеспечения доступности медицинской помощи, равноправия, безопасности и участия пациентов, а также совершенствования навыков и умений специалистов, технологий и внедрения доказательной медицины при имеющихся ресурсах.

С начала 90-х годов изучаются факторы, влияющие на качество медицинской помощи. Факты её низкого качества отмечаются во всех странах мира, однако оно особенно характерно для стран с неразвитой экономикой. В управлении качеством сложились следующие основные методы, которые служат для оценки качества: индуктивный, дедуктивный, экспертный, метод системного анализа и комплексный метод [17].

По мнению многих авторов, учитывая специфику стоматологического лечения, представляется целесообразным использовать для оценки его результативности следующие показатели: возникновение рецидивов и повторных обращений пациентов после завершения лечения, превышение времени лечения в сравнении с запланированным, отклонение от первоначального плана лечения, прерывание процесса лечения вследствие различных нарушений. Результативным можно считать процесс, который соответствует первоначальному плану. Любые отклонения должны быть предметом анализа для принятия корректирующих действий [18].

Примером зарубежного опыта разработки показателей качества в здравоохранении может служить деятельность рабочей группы Совета министров стран Северной Европы, состоящей из 3–4 представителей каждой страны (Дания, Финляндия, Гренландия, Исландия, Норвегия и Швеция). Эта группа создана в 2000 г., её цель – улучшение сотрудничества между странами Северной Европы путём разработки индикаторов качества и создания фондов для их оценки, что окажет положительное влияние на общество, работников здравоохранения и организаторов здравоохранения. Над выбором общих, болезнеспецифичных индикаторов и индикаторов в области безопасности пациентов, психиатрии, первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, общественного здоровья и профилактической медицины, а также в сфере образования пациентов работают 6 подгрупп. Индикаторы качества, отобранные для стран Северной Европы, попадают в одну из следующих категорий. 1) общие и болезнеспецифичные индикаторы (смертность и показатели выживаемости при наиболее частых заболеваниях); 2) продвижение здорового образа жизни и профилактика; 3) психи-

ческое здоровье; 4) первичная медико-санитарная помощь; 5) безопасность пациентов; 6) обучение пациентов [19].

Разработка национальных реестров качества в Швеции оказала значительное влияние на его повышение. В настоящее время в Швеции действует около 50 реестров качества, первый из которых датирован 1979 г. Цель национального реестра качества – поддержание качественной медицинской практики посредством сравнения, оценки исходов лечения. При этом используются различные организационные подходы, но все они ориентированы клинически и обычно поддерживаются группой (чаще расположенной в одной из университетских клиник), которая собирает, оценивает, анализирует и распределяет данные между её членами. Ежегодно для обсуждения материала может проводиться несколько конференций. Участие клиницистов в работе группы реестра является добровольным, в большинстве случаев реестры разрабатываются постепенно. После подготовки реестра на основании консенсуса медицинских специалистов разрабатываются индикаторы качества и перечень сообщаемых показателей, которые могут уточняться от года к году. Информация об отделениях является анонимной. Тем не менее, в большинстве реестров данные об отделениях находятся в открытом доступе. Реестры качества обеспечивают врачей необходимой информацией, которая позволяет сравнить эффективность работы и ускоряет обсуждение мер по её улучшению. Всё чаще данные из реестров качества используются также при принятии решений [20].

Исследованиями, проводившимися в индустриально развитых странах (США, Канада, Великобритания, Австралия), установлено, что какой-либо вред здоровью, обусловленный не болезнью, а связанный с оказанием медицинской помощи, возникает у 10–15% госпитализированных пациентов. У 5–15% из них он весьма значительный, нередко приводящий к смертельному исходу. По мнению исследователей, в США жертвами неблагоприятных событий в медицине ежегодно становятся около 1,5 млн. человек, в Великобритании – около 850 тыс., в Австралии – около 400 тыс., в Канаде – около 185 тыс. [21].

Так, ВОЗ в 2002 г. признала вопрос обеспечения безопасности пациентов проблемой глобального масштаба, а в 2004 г. приступила к формированию Всемирного альянса за безопасность пациентов [22].

Международные эксперты, работающие в сфере безопасности пациентов, определили, что для выявления и оценки ошибок и неблагоприятных событий в медицине оптимальны следующие методы: ретроспективный анализ медицинской документации, проведение опросов (интервьюирование) медицинского персонала и пациентов, непосредственное наблюдение за процессом оказания медицинской помощи, отчётность сотрудников организаций здравоохранения об ошибках и неблагоприятных событиях, анализ жалоб и судебных исков пациентов, компьютерный мониторинг электронных баз медицинских данных, выполнение патологоанатомических исследований, проведение клинико-анатомических конференций [23].

Безопасность пациентов относится к одним из основных составных элементов качества медицинской помощи, недооценка её роли в стратегиях, направленных на повышение эффективности здравоохранения, является серьёзным препятствием на пути реформ, осуществляемых в отрасли [24].

Для повышения качества медицинских услуг необходим контроль на всех этапах их оказания. По данным Лиги защитников пациентов, основными причинами обращения граждан за помощью в защите их прав на охрану здоровья являются нарушение этических норм: грубость врача, нежелание объяснять риски, комментировать состояние здоровья, необеспеченность лекарственными средствами в поликлиниках по льготам и в стационарах по программе госгарантий, очереди к специалистам и отсутствие ряда специалистов в

поликлиниках, жалобы инвалидов: не дают группу или дают не ту группу, снимают инвалидность или группу, легальное и нелегальное взимание денег за медицинскую помощь, входящую в базовую программу госгарантий, жалобы на качество медицинской помощи, включая врачебные ошибки, вред здоровью или жизни, отказы в медицинской помощи из-за отсутствия полисов обязательного медицинского страхования (ОМС), немотивированные отказы в медицинской помощи и др. В России выявлено 30% неправильных диагнозов, причём в 21,6% случаев наступал летальный исход. Около 120 тыс. человек в год жалуются на нарушение своих прав в системе ОМС. Данная цифра не учитывает нарушений прав в бюджетной и платной медицине. Понятно, что если к дефектам медицинских услуг отнести не только случаи неправильного лечения (10%), но и другие недостатки, выявляемые экспертами, то получим, что 50% оказываемых в РФ медицинских услуг имеют дефекты. Показательно, что 91% жителей страны, опрошенных «Левада-центром», заявили, что недовольны состоянием системы здравоохранения. При этом 16% респондентов уже предпочитают лечиться средствами народной и нетрадиционной медицины, не доверяя официальной. Повышение качества и контроль за ним в условиях рыночной экономики – неотъемлемый элемент эффективного управления любой организацией, в том числе и лечебной. На фоне развития платных медицинских услуг и добровольного медицинского страхования (ДМС) качество услуг приобретает всё большую актуальность [25].

Качество оказания медицинской помощи в России оставляет желать лучшего, что ставит вопрос о способах его улучшения. Количество дефектов медицинской помощи, лишь частично отражаемое числом судебных процессов, ещё более актуализирует этот вопрос и одновременно определяет значимость научного осмысления понятия, природы, видов, особенностей дефектов медицинской помощи [26].

Д.А. Петраш, проанализировав удовлетворённость пациентов 3 регионов России (Москва, Московская область, Курск) платной стоматологической помощью, отмечает, что на «отлично» оценили оказанную помощь 33,2% респондентов, на «хорошо» – 34,8%, 26,7% – на «удовлетворительно», а 5,8% – на «неудовлетворительно»; причём, осложнения после лечения имелись у 5,3% респондентов; наивысшая оценка лечения – восстановление косметического и функционального параметров — достигнуто в 55,1% случаев, восстановление только функционального результата — в 88,2% случаев.

Т.В. Мурзова и соавт. в период с 2001 по 2011 г. провели в Ярославском областном бюро судебно-медицинской экспертизы 27 комиссионных экспертиз по материалам дел о дефектах оказания стоматологической помощи. По материалам уголовных дел экспертные заключения проводились в 19% случаев (из них 4 уголовных дела были возбуждены по факту оказания услуг в области стоматологии, не отвечающих требованиям безопасности потребителей) и в 81% — случаев по гражданским исковым заявлениям. В 44% случаев выявлены дефекты оказания стоматологической помощи. Экспертами установлены прямые причинно-следственные связи между стоматологическим вмешательством и развитием неблагоприятного исхода в 14,8% случаев [27].

Т.Ф. Данилина и К.Ю. Саламов обнаружили, что в общем количестве судебных исков к врачам-стоматологам на долю ортопедии пришлось 75%. По данным Московской городской комиссии качества, с 2000 по 2009 г. 49,7% изготовленных протезов нуждались в переделке. Качество протезирования в стоматологии традиционно оценивают по критерию «техническое выполнение». Чаще применяют визуальный контроль протезов и их элементов по техническим показателям: толщина коронки, краевой зазор, форма жевательной поверхности, эстетический и косметический аспекты и др.

Претензии, предъявляемые к врачам-стоматологам как в государственных, так и в негосударственных медицинских организациях, нередко связаны с неполноценным обследованием, неудовлетворительным качеством лечения, неполным оформлением врачебной документации [28].

Таким образом, анализ источников литературы как российских, так и зарубежных, указывает на необходимость создания и внедрения комплексных стратегий, направленных на повышение качества стоматологической помощи, минимизацию ошибок, обеспечение достойного качества жизни населения. Огромной проблемой являются также экономические затраты на ликвидацию дефектов оказания медицинской помощи, тем более если источником финансирования служит бюджет или фонды ОМС и ДМС.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Организация стоматологической помощи населению: учебное пособие для врачей-стоматологов. Под ред. А.С. Оправина, А.М. Вязьмина. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета; 2011.
2. Найговзина Н.Б., Лучинский А.В. Государственные гарантии на медицинскую стоматологическую помощь в амбулаторных условиях. *Стоматология*. 2015; 4: 12–5.
3. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения: препринт WP8/2015/03. Кочкина Н.Н., Красильникова М.Д., Шишкин С.В.; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики; 2015.
4. Гринин В.М., Лезгишвили А.Э., Кузьмина А.В. др. Основные социально-демографические особенности стоматологической обращаемости в государственные и частные лечебные учреждения в современных условиях. *Dental forum*. 2009; 31 (3): 54–7.
5. Бойков М.И. Аудит кадровых ресурсов врачей по профилю «стоматология» в Российской Федерации. *Клиническая стоматология*. 2016; 78(2): 70–6.
6. *Совещание о реализации региональных программ модернизации здравоохранения*. <<http://kremlin.ru/news/16739>>. 31.10.2012.
7. Богма К.А. Особенности государственной политики в сфере здравоохранения. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2016; 60(3): 162–7.
8. Шестаков В.Т. Управление качеством организации и оказания стоматологической помощи (Общие положения). *Экономика и менеджмент в стоматологии*. 2012; 36(1): 22–7.
9. Вагнер В.Д., Булычева Е.А. Качество стоматологической помощи: характеристики и критерии. *Стоматология*. 2017; 1: 23–4.
10. Линденбратен, А.Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи. *Здравоохранение*. 2015; 1: 60–5.
11. Павлов Н.Б. Стоматологическая заболеваемость населения в регионах с разным уровнем финансирования медицинской помощи. *Научные ведомости БелГУ. Серия Медицина. Фармация*. 2011; 111 (16), Выпуск 15/1: 37–42.
12. Князюк Н.Ф., Кицул И.С. *Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций*. М: Менеджер здравоохранения; 2013: 27–9.
13. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 1990; 64: 1114–5, 1118.
14. Хабриев, Р.У., Линденбратен А.Л., Комаров Ю.М. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014; 3: 3–5.
15. Комаров Ю.М. Качество медицинской помощи как одно из приоритетных направлений развития здравоохранения. *Здравоохранение*. 2009; 10: 35–45.
16. Smith P.C., York N. Quality incentives: the case of U.K. general practitioners. *Health Affairs*. 2004; 22(3): 112–8.
17. Мурина К.А., Щербаков Д.В., Ткаченко Е.С. *Сравнительный анализ показателей эффективности и качества в здравоохранении. Современные проблемы науки и образования*: <http://www.science-education.ru>.

18. Антонова И.Н., Ткаченко Т.Б., Эмануэль Ю.В. и др. Система менеджмента качества в стоматологии: особенности разработки, внедрения и функционирования. *Институт стоматологии*. 2012; 56(3): 18–9.
19. Nationella kvalitet indikatorer inom hälsooch sjukvården [National Quality Indicators in the health care system]. Stockholm, National Board of Health and Welfare, 2006(<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/28769591-A924-4AD9-ADD8-352-B79875D51/5783/200610713.pdf>, accessed 13 May 2008) (in Swedish).
20. Rehnqvist N. *Improving accountability in a decentralized system: a Swedish perspective*. In: Smith P.C., ed. *Measuring up: improving the performance of health systems in OECD countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. 2002; 87–96.
21. Brennan T.A., Leape L.L., Laird N. et al. *N. Engl. J. Med.* 1991; 324(6): 370–7.
22. *World Alliance for Patient Safety: forward programme*. Geneva: WHO; 2005.
23. *Patient safety: rapid assessment methods for assessing hazards: report of the WHO working group meeting*, Geneva, 17–19 Dec. 2002. Geneva: WHO; 2003.
24. Фоменко А.Г. Методы выявления, анализа и оценки ошибок и неблагоприятных событий, возникающих при оказании медицинской помощи. *Медицинские новости*. 2012; 4: 41–7.
25. Беляев Ю.М., Черненко Э.М. Повышение эффективности и качества медицинских услуг на основе организационно-экономического обеспечения соблюдения современных стандартов. *Вестник Адыгейского государственного университета*. 2012; 1: 200–7.
26. Понкина А.А. *Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов: монография*. Кафедра правового обеспечения государственной и муниципальной службы МИГСУ РАНХиГС. М.: Консорциум специалистов по защите прав пациентов; 2012.
27. Мурзова Т.В., Малахов Н.В., Дятел А.В. и др. Анализ неблагоприятных исходов стоматологической помощи по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз бюро судебно-медицинской экспертизы ярославской области. *Врач-аспирант*. 2012; 1-2: 282–8.
28. Актуальные вопросы современной стоматологии: Материалы конференции, посвященной 75-летию Волгоградского государственного медицинского университета, 45-летию кафедры терапевтической стоматологии и 40-летию кафедры ортопедической стоматологии / Под общ. ред. акад. В.И. Петрова Т. 67. Волгоград: ООО «Бланк»: 2010.
9. Wagner V.D., Bulychev E.A. Quality of dental care: characteristics and criteria *Stomatologiya*. 2017; 1: 23–4. (in Russian)
10. Lindenbraten A.L. Methodological approaches to assessing the quality of medical care. *Zdravookhranenie*. 2015; 1: 60–5. (in Russian)
11. Pavlov N.B. Population dental diseases incidence in areas with different levels of health care financing. *Nauchnye vedomosti BelGU. Seriya Meditsina. Farmatsiya. Vypusk*. 15/1. 2011; 111(16): 37–42. (in Russian)
12. Knyazyuk N.F., Kitsul I.S. The methodology of the integrated management system of healthcare organizations. *Menedzher zdravookhraneniya*. Moscow; 2013: 27–9. (in Russian)
13. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 1990; 64: 1114–5, 1118.
14. Khabriev R.U., Lindenbraten A.L., Komarov Yu.M. Strategy for the protection of public health as a basis for social policy. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* 2014; 3: 3–5. (in Russian)
15. Komarov Yu.M. Quality of care as one of the priority directions of development of health. *Zdravookhranenie*. 2009; 10: 35–45. (in Russian)
16. Smith P.C., York N. Quality incentives: the case of U.K. general practitioners. *Health Affairs*, 2004, 22(3):112–118.
17. Murina K.A., Shcherbakov D.V., Tkachenko E.S. Comparative analysis of indicators of efficiency and quality in health care. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*: <http://www.science-education.ru>. (in Russian)
18. Antonova I.N., Tkachenko T.B., Emanuel Yu.V. et al. The system of quality management in dentistry: design, implementation and operation. *Institut stomatologii*. 2012; 56(3): 18–9. (in Russian)
19. Nationella kvalitet indikatorer inom hälsooch sjukvården [National Quality Indicators in the health care system]. Stockholm, National Board of Health and Welfare, 2006(<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/28769591-A924-4AD9-ADD8-352-B79875D51/5783/200610713.pdf>, accessed 13 May 2008) (in Swedish).
20. Rehnqvist N. *Improving accountability in a decentralized system: a Swedish perspective*. In: Smith P.C., ed. *Measuring up: improving the performance of health systems in OECD countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. 2002; 87–96.
21. Brennan T.A., Leape L.L., Laird N. et al. *N. Engl. J. Med.* 1991; 324(6): 370–7.
22. *World Alliance for Patient Safety: forward programme*. Geneva: WHO; 2005.
23. *Patient safety: rapid assessment methods for assessing hazards: report of the WHO working group meeting*. Geneva, 17–19 Dec. 2002. Geneva: WHO; 2003.
24. Fomenko A.G., Methods of identification, analysis and evaluation of errors and adverse events occurring in health care. *Meditsinskie novosti*. 2012; 4: 41–7. (in Russian)
25. Belyaev Yu.M., Chernenko E.M. Improving the efficiency and quality of medical services on the basis of the organizational-economic guarantee of observance of the contemporary standards. *Vestnik Aдыгейского государственного университета*. 2012; 1.-Pp. 200–207. (in Russian)
26. Pонкина А.А. Medical error in the context of the protection of patients' rights: monograph/Department of legal support of state and municipal service the MIGS Rnhigs. – Moscow: Consortium of experts on the protection of the rights of patients. - 2012. (in Russian)
27. Mursula T.V., Malakhov N.V., Dyatel A.V. et al Analysis of adverse outcomes of dental care materials of the Commission of forensic medical examination Bureau of forensic medical examination of the Yaroslavl region. *Vrach-aspirant*. 2012; 1—2: 282–8. (in Russian)
28. Topical issues of modern stomatology: Materials of the conference dedicated to the 75th anniversary of the Volgograd state medical University, the 45th anniversary of the Department of operative dentistry and the 40th anniversary of orthopaedic stomatology. Under the General editorship of Acad. V. I. Petrov. V. 67. Volgograd: LLC «Blank»; 2010. (in Russian)

REFERENCES