

Е.А. Лавренюк,
ассистент кафедры терапевтической
и детской стоматологии

РязГМУ

Современные аспекты контроля качества и безопасности медицинской деятельности и экспертизы качества стоматологической помощи при болезнях пульпы и периапикальных тканей (обзор литературы)

Резюме. Важность контроля качества и безопасности медицинской деятельности сейчас все больше осознается медицинским сообществом. Существующая законодательная база в целом обеспечивает возможность реализации мер по контролю качества и безопасности медицинской деятельности, а нормативная правовая база требует дальнейшей доработки и приведения ее в соответствие с действующим законодательством. Качественное и полное заполнение медицинской документации, и в первую очередь медицинской карты стоматологического больного (МКСБ), является важным критерием при проведении экспертизы качества медицинской стоматологической помощи. Многие авторы отмечают, что МКСБ является не только важнейшим юридическим документом, но и определенным показателем уровня профессиональной компетентности врача-стоматолога. Ведение МКСБ должно быть аккуратным и отражать все этапы диагностического обследования и лечения пациентов.

Ключевые слова: контроль качества и безопасность медицинской деятельности, экспертиза качества медицинской помощи, медицинская карта стоматологического больного, болезни пульпы и периапикальных тканей

Summary. The importance of quality control and safety of medical practice is now increasingly recognized by the medical community. The current legal framework as a whole provides an opportunity to implement measures to control the quality and safety of medical practice, and the regulatory legal framework requires further refinement and bringing it in line with current legislation. Qualitative and complete filling in of medical records, and in the first place medical records of the dental patient (ISSD), is an important criterion when examining the quality of medical dental care. Many authors note that the medical record of a dental patient is not only the most important legal document, but also a certain indicator of the level of professional competence of a dentist. Maintaining a medical record of the dental patient must be accurate and reflect all stages of the diagnostic examination and treatment of patients.

Key words: quality control and safety of medical activity, examination of the quality of medical care, medical record of the dental patient, pulp and periapical tissue diseases

Болезни пульпы и периапикальных тканей составляют 25–30% в структуре стоматологической заболеваемости. Вопросы качества оказания стоматологической медицинской помощи (СМП) и ее безопасности являются безусловным приоритетом развития стоматологии во всех странах мира [25, 57].

В Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. есть указания на то, что в настоящее время система здравоохранения не обеспечивает должного уровня качества медицинской помощи (КМП).

Одним из приоритетных направлений, реализация которых позволит улучшить качество жизни и здоровья граждан, является создание эффективной системы управления КМП и стандартизация подходов к диагностике и лечению заболеваний (Распоряжение Правительства РФ № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» от 17.11.2008 г.).

По мнению В.Д. Вагнера и Е.А. Булычевой, к главным характеристикам качества СМП стоит относить безопасность и своевременность ее оказания, клиническую и экономическую эффективность [7].

А. Donabedian считал, что у пациентов, врачей и организаторов здравоохранения разные понятия о качестве медицинской помощи, а также выделял три подхода к ее оценке. Данная теория более известна как триада Донабедяна и включает в себя следующие понятия: качество структуры (материально-техническое оснащение, кадровое обеспечение и т.д.), качество процесса (соблюдение требований современной диагностики, лечения и профилактики заболеваний, стандартов и рекомендаций), качество результата (степень достижения наилучшего результата лечения) [54].

В большинстве зарубежных стран реализуются меры по контролю КМП, и СМП в частности. К примеру, в Соединенном Королевстве разработаны качественные критерии для стоматологической службы Национальной

службы здравоохранения (NHS). В Шотландии с 2005 г. реализуется «План действий по улучшению состояния здоровья полости рта и модернизации стоматологических служб NHS». В США для поставщиков стоматологических услуг внедрен инструмент оценки, разработанный и инициированный MetLife. В Германии на добровольной основе внедрена система ежегодной оценки качества деятельности врачей-стоматологов общей практики. Несмотря на существование большого количества различных систем контроля качества, большинство иностранных авторов отмечают важность выработки единого подхода к формированию системы контроля качества стоматологической помощи [55, 56].

В России предупредительный контроль качества и безопасности медицинской помощи проводится посредством лицензирования и аккредитации. Лицензированию и аккредитации в России подлежат медицинские стоматологические организации вне зависимости от формы собственности [15, 50].

Одним из важнейших критериев при оценке качества оказанной СМП является анализ заполнения медицинской карты стоматологического больного (МКСБ) и первичной медицинской документации [21, 52].

В выступлении на ПМЭФ-2018 министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова отметила важность формирования единого подхода к контролю КМП: «Первое — это нормативное законодательное углубление системы управления качеством медицинской помощи в нашей стране. Этот закон вводит систему национальных клинических рекомендаций — базовых документов, на основе которых вырабатываются нормативные документы критериев качества оказания медицинской помощи. На основе критериев осуществляется регламент экспертизы качества». Руководитель Росздравнадзора М. Мурашко в интервью газете «Коммерсант» сказал, что качество оказываемой медицинской помощи будет регулироваться согласно клиническим рекомендациям, и именно клинические рекомендации должны обеспечивать финальную часть качества.

В современной литературе отмечается важность клинических рекомендаций (протоколов лечения) в качестве основы при проведении мероприятий по оценке качества СМП, в том числе при болезнях пульпы и периапикальных тканей. Обеспечение высокого качества СМП возможно лишь при использовании клинических рекомендаций (протоколов лечения) и грамотном заполнении медицинской документации [30, 37]. Другие исследователи считают, что соблюдение клинических рекомендаций при лечении болезней пульпы и периапикальных тканей не обеспечивает результата во всех клинических ситуациях, но гарантирует безопасность врача-стоматолога и пациента [27].

При проведении аналитического исследования конфликтных ситуаций в стоматологической практике, при их рассмотрении и разрешении в контролирующих органах и органах судопроизводства на первое место выходит качество и полнота заполнения МКСБ [45]. По мнению А.В. Алимского, необходимо внедрение

электронной базы данных пациентов, что позволит повысить достоверность информации, используемой для анализа качества СМП. Также при использовании информационных технологий при контроле КМП позволит исключить возможность подмены данных [1, 53]. В своем диссертационном исследовании С.С. Серегин отмечает, что информатизация системы здравоохранения и введение электронной карты ускоряют процесс и повышают качество ее заполнения, однако, требуют индивидуализации для нужд конкретной медицинской стоматологической организации. Автор также указывает на сложности с определением правового статуса электронной карты стоматологического больного [39]. В современной литературе отмечается необходимость дальнейшей разработки методических рекомендаций и указаний по ведению медицинской документации для повышения уровня информированности врачей-стоматологов в данном вопросе [12, 33].

Изучение заполнения МКСБ, проведенное Н.Н. Бондаренко и соавт., выявило, что некоторые стоматологические медицинские организации различных форм собственности используют МКСБ не установленного образца, а иногда сокращают или дополняют установленную форму № 043/у. Авторы считают, что подобная ситуация сложилась из-за недостаточности времени у врачей-стоматологов на приеме — 85% врачей занимаются заполнением медицинской документации после окончания рабочего дня [5, 6].

В анализе 494 МКСБ для определения качества стоматологических услуг при болезнях слизистой оболочки рта Л.Е. Смирнова и Е.А. Селиверстова использовали специально разработанный акт экспертизы. Авторы пришли к выводу, что невнимательное отношение к сбору жалоб пациента, данным объективного обследования, сбору анамнеза жизни и истории развития заболевания пациента приводят к неправильной или недостаточной диагностике и как следствие постановке неверного диагноза и назначению неэффективного лечения, что свидетельствует о некачественном оказании СМП пациентам [38].

В своей диссертации Ю.В. Колябина при изучении качества ведения медицинской документации в ведомственной поликлинике пришла к выводу, что в МКСБ необходимо введение дополнительных стандартизованных вкладышей при различных диагнозах для облегчения процесса заполнения медицинской документации и сокращения временных затрат врачами-стоматологами на ведение документации [20].

Коллективом авторов проанализированы 2123 протокола комиссии по экспертизе качества ортопедической помощи города Москвы. Лишь в 6,7% исследуемых случаев авторы отметили качественное и полное ведение медицинской документации. Авторы отмечают, что при некачественном заполнении медицинской документации не представляется возможным судить о ходе диагностического и лечебного процесса, что исключает возможность сравнения исходной клинической ситуации во рту пациента и конечного результата лечения [29].

А.В. Камалян проанализировал 200 МКСБ в стоматологических медицинских организациях государственной системы здравоохранения (СМО ГСЗ) при обращении пациентов с жалобами на некачественное лечение при имплантации зубов. Значимые дефекты заполнения медицинской документации были обнаружены в 100% случаев судебно-медицинских экспертиз. Автор отмечает исключительную роль МКСБ в вопросах защиты врача при возникновении конфликтов с пациентами [17].

По данным А.К. Лапиной, при проведении анализа качества заполнения МКСБ пациентов, проходивших ортодонтическое лечение в стоматологических медицинских организациях г. Иваново и в Волгограде, лишь 40,4 и 49,7% МКСБ соответственно от исследуемой документации в СМО ГСЗ были заполнены без существенных нарушений.

Автор связывает полученные результаты с недостатком времени на стоматологическом приеме и низкой материально-технической оснащенностью СМО ГСЗ, что, в свою очередь, отрицательно сказывается на ходе лечения и затрудняет грамотную постановку диагноза [22, 23].

Л.Н. Трусова при проведении сравнительной оценки деятельности стоматологических организаций государственной и частной системы здравоохранения отмечает необходимость разработки единого подхода при оценке качества и безопасности медицинской стоматологической помощи в организациях различных форм собственности [44].

В исследовании С.И. Гажвы и Е.Е. Абрамовой рассмотрены 2000 МКСБ. Установлено, что заполнение паспортной части происходит в регистратуре и сведения указываются не полностью, а дневник врача заполнен не полностью в 94% случаев [10].

Е.Ю. Хавкина, В.Н. Олесова и соавт. в своем исследовании при проверке медицинских карт отмечают, что 93,3% из них заполнены с существенными нарушениями. Авторы предлагают организовать систему контроля качества на основе консультативно-экспертного кабинета и отмечают важность составления предварительного плана лечения [48].

З.Э. Ревазовой и соавт. проведена экспертиза 387 МКСБ пациентов клиничко-диагностического центра МГМСУ им. А.И. Евдокимова с использованием протокола, разработанного на основе клинических рекомендаций. Анализ полученных данных о качестве заполнения сведений о жалобах пациентов, перенесенных и сопутствующих заболеваниях, анамнезе настоящего заболевания, данных объективного обследования и дополнительных методах обследования свидетельствует о несоответствии объема диагностики требованиям клинических рекомендаций [35].

Другим коллективом авторов подвергнуто экспертной оценке 3000 МКСБ. При этом выявлено отсутствие алгоритма действия врача в 37,0% случаев, в 76,7% случаев вообще не назначались какие-либо дополнительные методы обследования, в 46,8% не были учтены аномалии мягких тканей [32].

С.И. Гажва и О.А. Алешина провели исследование 1500 МКСБ на предмет качества их заполнения. На всех этапах ведения документации были выявлены существенные недостатки. Установлено несоответствие клинического диагноза международному классификатору МКБ-10 в 46% случаев, данные о перенесенных и сопутствующих заболеваниях отсутствуют в 48%, в 78% отсутствовала информация о данных внешнего осмотра, в 33% карт нет данных об определении индекса ИРОПЗ, что затрудняет оценку правильности выбранного метода восстановления зуба, в 90% случаев отсутствует план лечения. Авторы отмечают, что подобное заполнение МКСБ препятствует принципу преемственности в стоматологической организации между специалистами различных профилей [11].

Р.Я. Нагаев и соавт. при анализе 576 медицинских карт стоматологических пациентов терапевтического профиля экспертами страховой компании выявили нарушения заполнения медицинской документации: в 9,7% отсутствовало описание жалоб пациента, в 8,7% карт диагноз не соответствовал коду МКБ-10, в 6,8% отсутствовало описание данных объективного обследования, в 40,5% случаев наблюдалась некачественная интерпретация рентгеновских снимков, в 27% карт отсутствовало описание состояния мягких тканей и слизистой оболочки рта. Также эксперты отметили незаконченность лечения в 10,8% случаев. Помимо этого, в 15,1% была нарушена хронология записей, в 10,4% выявлены ошибки в орфографии и правильности написания препаратов лекарственной терапии [31].

О.В. Карповой были подвергнуты экспертизе 1002 МКСБ по 501 карте в государственных и частных стоматологических организациях. Для экспертизы была разработана специальная карта экспертной оценки. В СМО ЧСЗ более полно была заполнена паспортная часть, план лечения и диагностического обследования отсутствовал в 100% случаев оказания помощи по системе ОМС, обнаружены дефекты заполнения в виде закрашивания, зачеркиваний, использования сокращений и др. Автор отмечает, что хотя анализ МКСБ не может считаться в 100% основанием для определения медицинской помощи как некачественной, однако в полной мере отражает нарушения стандартов лечения, и поэтому качество заполнения МКСБ является важным индикаторным показателем КМП [18].

В.В. Трезубов в диссертационном исследовании провел оценку качества и разработал критерии качества, которые легли в основу экспертной интегральной системы оценки качества оказания ортопедической стоматологической помощи, а также предложил к использованию при проведении экспертизы КМП информационную систему [43].

В своем диссертационном исследовании Л.Б. Филимонова провела анализ качества заполнения 1000 МКСБ при помощи протокола экспертизы. По данным автора, диагноз указан и сформулирован полностью в 70,1% случаев, анамнез заболевания не указан у каждого десятого пациента, в 36,4% карт не отражены характерные

признаки, позволяющие проводить дифференциальную диагностику. У каждого третьего пациента не представляется возможным оценить качество оказанной медицинской помощи по причине дефектов в заполнении МКСБ. По мнению автора, качество ведения медицинской документации позволяет судить об уровне квалификации врача-стоматолога [47].

В.Н. Калашников предложил информатизированную систему управления качеством и экспертизы качества СМП, в том числе при болезнях пульпы и периапикальных тканей, провел аналитическое исследование 704 МКСБ. В 59,5% случаев выявлены дефекты в заполнении документации. Установлено, что качество лечения выше, чем качество диагностического обследования. Полное выздоровление, т. е. наилучший клинический результат, достигнуто при пульпите в 82,9%, при периодонтите — в 87,0% случаев [16].

В своей исследовательской работе К.А. Суворов в стоматологических организациях различной формы собственности проанализировал 1174 МКСБ на предмет качества заполнения. В 19,1% была заполнена только паспортная часть и полностью отсутствовала запись врача, 1,05% карт оказались нечитабельны, гигиенический статус определялся в 19% случаев, пародонтологические индексы — в 7%, лист учета дозовых нагрузок имелся в 54% случаев, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство получено в 5%, анкета здоровья — менее чем в 1%. Листок на онкопатологию имелся в 24,3% карт, однако, отметка об онкопатологии обнаружена лишь в 26% имеющихся листков. ИРОПЗ определен в 0,7% случаев. Авторы делают вывод о низком качестве заполнения документации [42].

Р.И. Шакиров, проведя анализ качества оформления 550 МКСБ, обнаружил дефекты заполнения в 30% паспортной и в 65% медицинской частей карты. Наиболее частыми ошибками стали: отсутствие информации о перенесенных и сопутствующих заболеваниях (85%) и данных внешнего осмотра (74%), описания состояния слизистой оболочки рта, тканей пародонта (67%), отсутствие письменного согласия на проведение медицинского вмешательства (60%). Автор предложил разделить ошибки в ведении документации на технические, методологические, профессиональные (диагностические и лечебные) и профилактические [49].

Э.М. Зарипова отмечает, что в соответствии с лицензионными требованиями в СМО любой формы собственности должны осуществляться мероприятия по оценке качества оказания медицинской помощи, а также проводиться мониторинг удовлетворенности пациентов путем анкетирования в электронном формате для удобства обобщения полученной информации с целью улучшения системы управления клиникой с учетом мнения пациентов [13].

Всю медицинскую сопроводительную документацию принято классифицировать на три группы: юридические (договор на оказание стоматологических услуг), медицинские (в первую очередь МКСБ) и сервисные. Культура ведения внутреннего документооборота

в медицинской стоматологической организации, наличие и наполнение данных документов, а также наличие навыка по работе с ними имеют значение для конкурентной способности конкретного врача-стоматолога и СМО в целом [4].

Многие современные ученые и представители практической стоматологии обращают внимание на важность и необходимость обучения врачей-стоматологов и студентов правилам ведения медицинской документации в процессе обучения в высших учебных заведениях и на последипломном этапе обучения. Информация об основах заполнения документов содержится во многих учебных пособиях и учебниках [24, 28].

Некоторые авторы предлагают для объективизации процесса оценки качества СМП использование специально разработанных протоколов и документов, в том числе при болезнях пульпы и периапикальных тканей [8, 36].

Некоторые современные исследования посвящены вопросам оценки отдаленных результатов лечения болезней пульпы и периапикальных тканей, как одному из критериев качества эндодонтического лечения. Методом анализа МКСБ было установлено, что у 85,5% пациентов наблюдались осложнения на этапах лечения или в последующие отдаленные сроки [2].

По данным А.С. Кокуновой, обращаемость пациентов с болезнями пульпы и периапикальных тканей составляет 41,2% от законченных случаев терапевтического лечения зубов, а также в полученных ею результатах исследования качественно проведенное эндодонтическое лечение наблюдалось в 51,1% случаев [19].

Ю.Г. Вещева на основании изучения медицинских карт стоматологических организаций, материалов гражданских дел по искам пациентов на некачественное эндодонтическое лечение считает, что небрежное и неточное ведение медицинской документации является основным источником возникновения судебных споров. Проведя анкетирование врачей-стоматологов-терапевтов, автор отмечает, что ошибки и осложнения эндодонтического лечения возникают вследствие недостаточности знаний и навыков врачей в 73%, дефицита времени для качественного проведения всех этапов эндодонтического лечения в 46%, отсутствия необходимого материально-технического оснащения лечебного процесса в 31% случаев [9].

Д. А. Умарова при изучении применения технологий лечения болезней пульпы и периапикальных тканей получила данные о том, что в СМО ГСЗ Чеченской Республики современные методики эндолечения представлены более широко. Автор обосновывает полученные данные более высокой квалификацией врачей-стоматологов, а также хорошим материально-техническим оснащением данных организаций [46].

Ряд авторов, признавая важность и необходимость клинических рекомендаций при лечении болезней пульпы и периапикальных тканей, считают необходимым разработку трех различных протоколов в зависимости от подхода (уровня) эндодонтического лечения,

от материально-технического оснащения, применяемой технологии и уровня подготовки врача.

Качество эндодонтического лечения во многом зависит от оснащённости рабочего места врача-стоматолога техническими средствами и материалами, а не только от знания и умения применения доктором клинических рекомендаций по лечению болезней пульпы и периапикальных тканей [3].

Т.Г. Попова считает, что для снижения количества неблагоприятных исходов эндодонтического лечения необходимо улучшение качества диагностики, особенно это касается применения современных методов диагностики, в том числе рентгенологического контроля на всех этапах лечения. Автор рекомендует обратить внимание на качество заполнения медицинской документации, в которой должны быть наиболее полно описаны все этапы лечебно-диагностического процесса. Проведя анализ 650 случаев судебно-медицинских экспертиз качества эндодонтического лечения, автор отмечает важность качественного и достоверного заполнения МКСБ как основного источника информации при проведении экспертиз подобного рода. Для объективизации процесса оценки автором предложена балльная система [34].

В аналитическом исследовании качества ведения медицинской документации, проведенном на основании экспертизы 159 МКСБ, была выявлена взаимосвязь между стажем работы врача-стоматолога и качеством заполнения МКСБ. Выявлено, что врачи со стажем работы от 11 до 20 лет качественнее заполняют МКСБ в разделах сбора анамнеза, диагностических мероприятий, описания рентгенологической картины, составления предварительного плана лечения. Врачи-стоматологи

со стажем работы более 20 лет относятся к заполнению пренебрежительно почти всех разделов МКСБ, кроме того, зачастую отступают от клинических рекомендаций. Врачи-стоматологи со стажем работы до 10 лет в подавляющем большинстве при описании стоматологических манипуляций руководствуются протоколами ведения пациента [51].

Вопросы законодательного и нормативного правового обеспечения вопросов качества и безопасности оказания медицинской помощи, а также экспертизы качества изучали многие авторы. Большинство исследователей сходятся во мнении, что законодательная база, существующая в настоящее время, является достаточной и позволяет проводить контроль и экспертизу качества медицинской помощи. Ряд авторов указывают на несовершенство нормативной и правовой базы, которая требует доработки и приведения в соответствие с современным законодательством [14, 26, 40, 41].

Таким образом, данные, представленные в обзоре литературы, показывают, что, несмотря на достижения стоматологии на современном этапе и многочисленные исследования, посвященные данной проблеме, вопросы качества и безопасности медицинской деятельности, а также эффективности КМП при болезнях пульпы и периапикальных тканей остаются актуальными и требуют дальнейшего изучения. Все эти исследования проводились по поводу терапевтического, хирургического, ортопедического и ортодонтического лечения, но в доступной нам литературе мы не обнаружили результатов изучения медицинских карт при болезнях пульпы и периапикальных тканей, что и стало предметом нашего исследования.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алимский В.А. Принципиальные подходы к формированию системы оценок качества стоматологической помощи населению. — *Экономика и менеджмент в стоматологии*. — 2004; 3 (14): 22—3.
2. Алтатова В.Г. и др. Анализ результатов эндодонтического лечения постоянных зубов у подростков и лиц молодого возраста. — *Российская стоматология*. — 2009; 2 (1): 30—5.
3. Антонова И.Н., Ткаченко Т.Б., Эмануэль Ю.В., Хотин А.Л. Система менеджмента качества в стоматологии: особенности разработки, внедрения и функционирования. — *Институт стоматологии*. — 2012; 3 (56): 57—9.
4. Бойко В.В., Кураскуа А.А. Документно-информационное сопровождение пациента в клинике по векторному принципу. — В сб. матер. XIV и XV Всероссийских научно-практических конференций и тр. X съезда Стоматологической ассоциации России. — М., 2005. — С. 167—169.
5. Бондаренко Н.Н. Механизм объективной оценки в системе управления качеством оказания стоматологических услуг: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2007. — 43 с.
6. Бондаренко Н.Н., Лукиных Л.М. Оценка качества ведения медицинской карты стоматологического больного. — *Стоматолог*. — 2006; 8: 8—11.
7. Вагнер В.Д., Булычева Е.А. Качество стоматологической помощи: характеристики и критерии. — *Стоматология*. — 2017; 96 (1): 23—4.
8. Вагнер В.Д., Лапина А.К., Смирнова Л.Е., Старикова Н.В. Протокол экспертизы качества заполнения медицинской карты ортодонтического пациента при диагностике зубочелюстных аномалий и деформаций. — *Клиническая стоматология*. — 2016; 1 (77): 36—8.
9. Вещева Ю.Г. Экспертный анализ ошибок и осложнений эндодонтического лечения (медико-правовые аспекты): дис. ... к.м.н. — М., 2005. — 222 с.
10. Гажва С.И., Абрамова Е.Е. Качество медицинской документации — залог успеха врача-стоматолога. — В сб. матер. XIV и XV Всероссийских научно-практических конференций и тр. X съезда Стоматологической ассоциации России. — М., 2005. — С. 169—171.
11. Гажва С.И., Алешина О.А. Анализ качества стоматологической ортопедической услуги по данным медицинской документации. — *Медицинский альманах*. — 2011; 2: 32—5.
12. Диева Т.В., Лабунец В.А., Диев Е.В., Романова Ю.Г., Садовский В.В. Качественные и количественные показатели работы стоматологов-ортопедов и зубных техников и их оптимальное соотношение в структуре стоматологических учреждений. — *Российский стоматологический журнал*. — 2014; 4: 48—51.
13. Зарипова Э.М., Зарипов И.Л., Чернавский А.Ф. Оценка качества оказания медицинской помощи как одна из важнейших составляющих стратегии успешной работы клиники. — В сб. ст. междунар. научно-практ. конф. «Качество оказания медицинской стоматологической помощи: способы достижения, критерии и методы оценки» (17—18 марта 2016 г.). — Казань: КГУ, 2016. — С. 86—91.
14. Измайлова З.М., Салеев Ф.А., Бочковская Е.О., Лавренюк Е.А. Экспертиза качества медицинской помощи. — *Стоматология*. — 2017; 6: 106—7.
15. Исмаилов А.А. Критерии оценки стоматологической помощи населению. — *Молодой ученый*. — 2016; 7: 395—8.

- 16. Калашников В.Н.** Научное обоснование модели стратегического развития стоматологической службы региона и системы управления качеством медицинских услуг: автореф. дис. ... д.м.н. — Ростов, 2008. — 47 с.
- 17. Камалян А.В.** Критерии экспертной оценки ошибок и осложнений при стоматологической имплантации (медико-правовые аспекты): автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2007. — 23 с.
- 18. Карпова О.В.** Экспертиза качества стоматологической помощи по первичной медицинской документации. — *Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи*. — 2015; 7.
- 19. Кокунова А.С.** Повышение эффективности лечения больных с осложнениями кариеса зубов: автореф. дис. ... к.м.н. — Пермь, 2016.
- 20. Колябина Ю.В.** Оптимизация контроля качества лечебно-профилактической помощи в ведомственной стоматологической клинике: дис. ... к.м.н. — М., 2010. — 103 с.
- 21. Кулаков А.А., Шестаков В.Т., Аржанцев А.П. и др.** Экспертиза качества оказания стоматологической помощи (клинические аспекты). — М., 2012.
- 22. Лапина А.К., Вагнер В.Д. и др.** Оценка качества заполнения медицинской документации в стоматологических поликлиниках Волгограда. — *Волгоградский научный медицинский журнал*. — 2017; 3: 3—10.
- 23. Лапина А.К., Стволюгин А.В. и др.** Оценка качества заполнения медицинской документации в частных медицинских организациях города Иваново. — *Стоматология для всех*. — 2017; 4 (81): 54—58.
- 24. Лебедево И.Ю., Арутюнова С.Д., Ряховский А.Н. (ред.).** Ортопедическая стоматология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 824 с.
- 25. Леонтьев В.К., Константинович Л.В.** Модели стоматологической помощи населению в условиях рынка. — *Современная стоматология*. — 2010; 1: 7—9.
- 26. Лядова М.В., Тучик Е.С.** Вопросы экспертизы качества медицинской помощи в свете изменений в законодательстве и развития стандартизации здравоохранения Российской Федерации. — *Здравоохранение Российской Федерации*. — 2014; 1: 34—37.
- 27. Максимовский Ю.М., Вагнер В.Д.** Рекомендации по эндодонтическому лечению. Общие положения. — *Экономика и менеджмент в стоматологии*. — 2004; 3 (14): 10—4.
- 28. Малый А.Ю. (ред.), Тимофеева-Кольцова Т.П., Ирошников Е.С. и др.** Методы обследования, диагностики, профилактики и ортопедического лечения пациентов с дефектами твердых тканей зубов и зубных рядов несъемными конструкциями зубных протезов: методические указания для студентов: в 2 частях. — М.: МГМСУ, 2009. — Ч. 2. — 72 с.
- 29. Малый А.Ю., Ирошников Е.С., Шиханов А.В. и др.** Анализ результатов работы городской комиссии по экспертизе качества ортопедического лечения и изготовления зубных протезов Москвы за 15 лет. — *Dental Forum*. — 2015; 2: 30—4.
- 30. Малый А.Ю., Бычкова Н.В., Туткина Н.А., Эктова А.И.** Доказательная медицина как основа разработки протоколов ведения стоматологических больных. — *Стоматология*. — 2009; 3 (88): 13—6.
- 31. Нагаев Р.Я., Алалыкин А.Е., Ахмерова С.Г.** Анализ качества стоматологической помощи по результатам экспертной оценки. — *Медицинский вестник Башкортостана*. — 2015; 10 (1): 17—20.
- 32. Николаев А.И., Цепов Л.М., Галанова Т.А., Николаева Е.А.** Три уровня эндодонтического лечения в современной российской стоматологии (дискуссионная статья). — *Эндодонтия today*. — 2015; 2: 31—5.
- 33. Пивень Д.В., Кицул И.С.** Обеспечение прав пациента и необходимость разработки в медицинской организации соответствующих внутренних регламентирующих документов. — *Менеджер здравоохранения*. — 2013; 4: 6—12.
- 34. Попова Т.Г.** Критерии экспертной оценки профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи на всех этапах стоматологического лечения: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2008. — 45 с.
- 35. Ревазова З.Э., Вагнер В.Д., Дмитриева П.А.** Полнота обследования стоматологических больных при пародонтите. — *Институт стоматологии*. — 2013; 2 (59): 97—100.
- 36. Селиверстова Е.А.** Экспертиза медицинской карты стоматологического больного пациентов с болезнями слизистой оболочки рта. — *Экономика и менеджмент в стоматологии*. — 2014; 2 (43): 43—5.
- 37. Селиверстова Е.А., Вагнер В.Д.** Законодательные и нормативные правовые требования к клиническим рекомендациям (протоколам лечения). — *Институт стоматологии*. — 2013; 4: 30—1.
- 38. Селиверстова Е.А., Смирнова Л.Е.** Анализ медицинских карт стоматологического больного в разделе диагностики лейкоплакии и красного плоского лишая. — *Стоматология*. — 2015; 6: 59.
- 39. Серегин С.С.** Использование медицинских информационных систем в клинике при дентальной имплантации: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2016. — 26 с.
- 40. Сквирская Г.П., Пушкова С.И.** Анализ федеральной нормативно-правовой базы в сфере оказания платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Российской Федерации. — *Российский медицинский журнал*. — 2015; 2: 9—12.
- 41. Смирнова Л.Е., Лавренюк Е.А.** Экспертиза качества оказания стоматологической терапевтической помощи. — *Клиническая стоматология*. — 2017; 3: 68—71.
- 42. Суворов К.А.** Комплексная оценка реализации протокола ведения больных «Кариес зубов» в целях повышения качества проводимого лечения: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2012. — 31 с.
- 43. Трезубов В.В.** Концептуальные, клинические и организационные подходы к системе экспертных оценок качества ортопедической стоматологической помощи населению: автореф. дис. ... д.м.н. — М., 2012. — 35 с.
- 44. Трусова Л.Н., Рассказова В.Н., Карацук Е.В., Косая А.В., Потоцкий В.А.** Оценка деятельности стоматологических организаций государственной и частной системы здравоохранения. — *Институт стоматологии*. — 2012; 3 (56): 14—6.
- 45. Тучик Е.С., Полуев В.И., Логинов А.А.** Еще раз к вопросу о значении медицинской документации. — *Экономика и менеджмент в стоматологии*. — 2002; 2 (7): 11—13.
- 46. Умарова Д.А.** Использование технологий эндодонтического лечения в Чеченской Республике и их материально-техническое обеспечение: дис. ... к.м.н. — М., 2011. — 137 с.
- 47. Филимонова Л.Б.** Обеспечение качества медицинских услуг населению в условиях базовой стоматологической поликлиники: дис. ... к.м.н. — Н. Новгород, 2009. — 122 с.
- 48. Хавкина Е.Ю., Олесова В.Н., Уйба В.В., Макеев А.А., Максиков С.Ю.** Совершенствование оценки качества лечебно-профилактической помощи в ведомственной стоматологической клинике. — *Стоматология*. — 2011; 90: 23—4.
- 49. Шакеров Р.И.** Клинико-экспертная оценка ошибок и осложнений при протезировании на дентальных имплантатах: дис. ... к.м.н. — Н. Новгород, 2009. — 139 с.
- 50. Шибков Н.А., Жабоев М.М.** Роль стандартов в совершенствовании стоматологической помощи в системе здравоохранения крупного города. — *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. — 2012; 9—10: 46—8.
- 51. Шульган С.В., Калинина Т.В., Матвеев А.М.** Анализ качества ведения медицинской документации в стоматологических поликлиниках г. Минска. — В кн.: Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — Минск: Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, 2016. — С. 72—80.
- 52. Янушевич О.О., Гринин В.М.** Современные организационные подходы к обеспечению качества стоматологической помощи. — *Российская стоматология*. — 2009; 2 (1): 5—8.
- 53. DiGangi P.** Dental electronic health records: meaningful and useful. — *Dental Economics*. — 2013; 3: 93—100.
- 54. Donabedian A.** Evaluating the quality of medical care. — *Milbank Q.* — 1966; 44: 166—203.
- 55. Federal Joint Committee (GB-A).** Quality management guideline for dental care. — 2006. http://www.eazf.de/doc/Dokumente/QM-Richtlinie_GBA.pdf
- 56. Mills I., Batchelor P.** Quality indicators: the rationale behind their use in NHS dentistry. — *Br Dent J.* — 2011; 211: 11—5. doi: 10.1038/sj.bdj.2011.521
- 57. Ovretevit J.** Оптимальные стратегии улучшения качества стационарной помощи. — *Главный врач*. — 2017; 8: 51—66.