

DOI: 10.26693/jmbs06.05.285

УДК 614.2:616-082

Круть А. Г.

КРИТЕРІЇ ТА ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ: СТАН РОЗРОБКИ ТА ВИКОРИСТАННЯ

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
Київ, Україна

Мета – дослідити підходи до розробки та використання критеріїв і індикаторів якості стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я стоматологічного профілю.

Матеріали та методи. Плани роботи за 2010-2019 роки, розпорядчі документи (накази), карти експертних оцінок, «Настанова з якості», протоколи внутрішніх аудитів (усього 149 од.) трьох обласних закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю. Методи: системного і процесного підходу, контент-аналізу, порівняльного аналізу, графічний.

Результати та їх обговорення. В кожному закладі критерії та індикатори якості розробляються й відстежуються на рівні лікаря, лінійних керівників, генерального директора та медичної ради. Лінійними керівниками проводиться експертна оцінка якості, на рівні генерального директора формується узагальнені «моделі кінцевих результатів». Сформовані деталізовані набори критеріїв якості процесу стоматологічної допомоги, допоміжних процесів та системи управління якістю. Проводиться кількісна оцінка відповідних їм результатів за бальною шкалою та окремих показників – у відсотках. Загалом набір критеріїв і індикаторів якості надмірний за їх чисельністю, не відповідає критеріям якості, визначеним стандартами на системи управління якістю, містить переважно показники традиційної галузевої звітності. В той же час світові доказові технології стоматологічної практики містять клінічні індикатори, що відображають застосування утручань, які мають доведений вплив на якість стоматологічної допомоги, очікуваної пацієнтом, та якими забезпечується ефективно використання ресурсів.

Висновки. З метою удосконалення підходів до розробки критеріїв і індикаторів якості необхідно забезпечити впровадження доказових технологій у стоматологічну практику, використовувати моніторинг клінічних процесів і аудит відповідності діяльності, проводити експертну оцінку при виявленні дефектів.

Ключові слова: доказові технології, стоматологічна практика, пацієнти, заклади стоматологічного профілю, стандарти, моніторинг і оцінка якості.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота відповідає темі науко-

во-дослідної роботи кафедри управління охороною здоров'я та публічного адміністрування Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика «Обґрунтування інноваційних моделей управління та оптимізації організаційних форм діяльності органів, підприємств та закладів охорони здоров'я», № державної реєстрації 01200U101680.

Вступ. З метою отримання відповіді на запитання, наскільки ефективною є система управління якістю медичної допомоги відповідно до поставлених цілей та наскільки адекватно вона реагує на фактори зовнішнього та внутрішнього середовища, вимогами міжнародного стандарту до систем управління якістю в сфері охорони здоров'я та його вітчизняного аналогу запроваджені такі управлінські інструменти як моніторинг, вимірювання та оцінка якості [1, 2]. Як організаційні технології «зворотного зв'язку» в системах управління якістю, вони мають бути постійними і спрямовуватись на покращення результатів охорони здоров'я [3].

Моніторинг і оцінка передбачають використання критеріїв і відповідних їм індикаторів якості – кількісних та/або якісних показників, формування яких розпочинається на етапі цілепокладання, тобто, планування цільових показників якості, до якого має прагнути заклад охорони здоров'я. Отримання керівниками фактичних індикаторів та їх порівняння з плановими з наступним аналізом причин відхилень дозволяє вносити корективи з метою покращення діяльності надавачів медичних послуг та її результатів для здоров'я пацієнтів [4].

Індикатори якості можуть використовуватися з метою покращення якості медичної допомоги за багатьма напрямками, як свідчать дані [5]: вимірювання якості медичної допомоги для певних груп населення; встановлення пріоритетних напрямків для поліпшення якості; підтримки розробки місцевих інформаційних панелей ефективності діяльності провайдерів медичних послуг; використання в локальних системах з метою порівняння з національними даними; з метою демонстрації прогресу місцевих систем управління якістю щодо поліпшення результатів тощо.

Значення критеріїв і індикаторів якості для оцінки ефективності системних змін і поліпшення результатів для пацієнтів є предметом уваги

багатьох наукових досліджень, зокрема, при оцінці якості стоматологічної допомоги як невід'ємної складової системи охорони здоров'я [6]. Разом з тим, дослідження підходів до формування закладами охорони здоров'я критеріїв та індикаторів якості в умовах реальної вітчизняної стоматологічної практики поодинокі [7], в чому полягає актуальність даної роботи.

Актуальність значною мірою посилюється низьким рівнем доступності, як одного з критеріїв якості, лікарів і населення до найкращих доказових практик з метою отримання очікуваного результату стоматологічних утручань, оскільки в Україні до лютого 2020 року на нормативному рівні були запроваджені протоколи надання стоматологічної допомоги, розроблені на основі фахового консенсусу. Сила доказів таких технологій мінімальна, отже, не гарантує якість стоматологічної допомоги. До складу цих протоколів не входили клінічні індикатори якості для оцінки результативності наданої стоматологічної допомоги. На сьогодні клінічних протоколів стоматологічної допомоги за основними стоматологічними захворюваннями, розроблених на основі доказової медицини та адаптованих до вітчизняної сфери охорони здоров'я, в Україні взагалі не існує.

Таким чином, питання підходів до розробки та використання критеріїв і відповідних їм індикаторів якості стоматологічної допомоги, у т. ч., таких важливих, як доступність якісної стоматологічної допомоги на основі доказових технологій, вимагають додаткових наукових досліджень.

Мета роботи: дослідити підходи до розробки та використання критеріїв і індикаторів якості стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я стоматологічного профілю.

Матеріал та методи дослідження. Матеріалами дослідження слугували документи закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю трьох регіонів України (КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»; КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»; КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради»), які підтверджують розробку та використання критеріїв і індикаторів якості стоматологічної допомоги (річні плани роботи закладів та їх структурних підрозділів за 2010-2019 роки; розпорядчі документи (накази); карти експертних оцінок; документи («Настанова з якості»; протоколи аудитів) системи управління якістю, яка функціонує в кожному закладі, відповідно до вимог національного стандарту ДСТУ ISO 9001:2015 для сфери охорони здоров'я (далі – стандарт), що засвідчено відповідними сертифікатами. Усього проаналізовано 149 од. зазначених документів.

Методи: системного підходу, процесного підходу, контент-аналізу, порівняльного аналізу, графічний.

Результати дослідження. Результатами дослідження встановлено, що підходи до моніторингу, вимірювання, аналізування та поліпшення якості задекларовані для кожного з досліджуваних закладів в «Настанові з якості» – документі, де міститься опис системи управління якістю відповідно до вимог стандарту. Зазначені види діяльності мають охоплювати усі процеси, що відбуваються в закладах, зокрема, основний процес – надання стоматологічних послуг. Моніторингу, вимірюванню та оцінці підлягають також результативність системи управління якістю, ступінь задоволеності пацієнтів, результати планування (досягнення цілей), якість постачання продуктів і послуг шляхом аутсорсингу, результати дій щодо ризиків і можливостей, потреби в поліпшенні системних заходів.

Контент-аналіз локальних документів, де зазвичай розробка і використання критеріїв і індикаторів якості, показав, що в кожному закладі вони розробляються та відстежуються відповідно до 4-хступеневої системи контролю якості на рівні: 1) лікаря (самооцінка діяльності); 2) завідувача відділення; 3) заступника генерального директора з медичної частини; 4) генерального директора та медичної ради закладу.

Установлено, що в кожному закладі на рівні завідувача відділення, заступника генерального директора з медичної частини, медичної ради використовується експертна оцінка якості, а на рівні генерального директора – «моделі кінцевих результатів» діяльності закладу. Дані методи оцінки до використання затверджені адміністративним рішенням – наказом по закладу.

Спостерігались певні відмінності серед закладів щодо переліку та чисельності критеріїв якості й відповідних їм індикаторів.

Так, у КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» прийнятий деталізований набір критеріїв якості для експертної оцінки медичних карт амбулаторних і стаціонарних хворих з кількісною оцінкою відповідності результатів у балах (ні – якщо критерій не витримано, оцінка 0 балів; так – 1 або 2 бали, в залежності від вагової цінності критерію).

Набір критеріїв якості у даному закладі обраний однаковою для проведення експертної оцінки на усіх вище зазначених рівнях управління та диференційований за місцем надання стоматологічної допомоги (поліклініка-стаціонар).

Критеріями якості процесу стоматологічної допомоги слугують зміст діяльності лікаря під час надання стоматологічної допомоги: дотримання показань до госпіталізації; правильність обстеження

пацієнта (повнота анамнезу, дотримання протоколу і термінів обстежень та їх обґрунтованість); правильність і своєчасність встановлення клінічного діагнозу; відповідність лікування (дотримання стандартів і протоколів лікування, адекватність дози та тривалості прийому лікарських засобів); результати лікування (покращення стану пацієнта, відсутність ускладнень лікування), дотримання критеріїв виписки – для стаціонарних хворих, якість наданих рекомендацій при виписці; якість ведення медичних карт хворих та листів лікарських призначень.

Сума в межах 24-25 балів прийнята за високий рівень якості, 23 бали – як середній рівень, менше 23 балів – низький.

У даному закладі проводиться також експертна оцінка якості роботи завідувачів клінічних відділень та структурних підрозділів, під час якої оцінюється якість клінічних (за вказаними вище) та допоміжних процесів (за критеріями: дотримання стандартів інфекційного контролю; плинність кадрів; своєчасність метрологічного контролю засобів вимірювальної техніки тощо).

Виокремлені критерії самооцінки роботи лікарів-стоматологів за «вузькими» спеціальностями (терапевта, пародонтолога, ортодонта, хірурга-стоматолога амбулаторного прийому, хірурга-стоматолога стаціонару, стоматолога-ортопеда) в зв'язку з особливостями змістовності утручань та виконуваних процедур. Наприклад, для лікаря-терапевта такими критеріями встановлені: кількість відвідувань за зміну; кількість пломб за зміну; кількість санованих пацієнтів за зміну; кількість відвідувань на одну санацію; відсоток санованих пацієнтів від числа тих, хто звернувся вперше; відсоток зубів, вилікуваних за одне відвідування, з приводу ускладненого карієсу; відсоток пломб із сучасних пломбувальних матеріалів; кількість умовних одиниць працеемності за зміну; виконання фінансового плану (за умови роботи на спецрозрахунку).

Затверджені критерії оцінки якості виготовлення зубних протезів в залежності від матеріалів, з яких вони виготовляються, з детальним описом послідовності процедури виготовлення.

Критеріями якості діяльності на рівні закладу прийняті відповідні позиції форм державної статистичної звітності, а індикаторами – фактичні дані, які вносяться до цих форм за визначений звітний період.

Проводиться опитування пацієнтів за розробленою анкетною, зміст запитань якої націлений на визначення рівня задоволеності пацієнтів: ставленням медичного персоналу; умовами надання стоматологічної допомоги; доступністю ліків, протезування, вартості послуги.

Набір критеріїв якості стоматологічної допомоги КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» містить аналогічні критерії для оцінки лікувально-діагностичного процесу, а також додаткові: кількість впроваджених сучасних лікувально-діагностичних технологій і стоматологічних матеріалів; питома вага профілактичних заходів стосовно постійних зубів у дітей 6-12 років у загальному обсязі профілактичної роботи; хірургічна активність; середня кількість днів непрацездатності за нозологічними формами; питома вага бюгельних протезів до частково знімних протезів; питома вага зубних протезів, виготовлених за сучасними технологіями, від загального числа усіх виготовлених протезів; кількість виготовлених зубних протезів на одного лікаря; число осіб, які отримали зубні протези, на одного лікаря; наявність обґрунтованих скарг пацієнтів.

У зазначеному закладі прийняті також критерії результативності процесів, ідентифікованих як допоміжні: управління товарно-матеріальними цінностями (відсоток виконаних заявок до загальної кількості заявок, що надійшли, на закупівлю товарно-матеріальних цінностей; своєчасність виконання заявок на закупівлю товарно-матеріальних цінностей; кількість неякісних закуплених товарно-матеріальних цінностей; кількість неякісних закуплених товарно-матеріальних цінностей, повернутих постачальнику; відсоток випадків порушень правил зберігання і складування товарно-матеріальних цінностей); управління засобами вимірювальної техніки (відсоток засобів вимірювальної техніки, що пройшли перевірку, від запланованої кількості; відсоток забезпеченості структурних підрозділів засобами вимірювальної техніки від потреби), управління персоналом (плинність кадрів, своєчасність скерування медичних працівників на навчання), внутрішній аудит (відсоток проведених внутрішніх аудитів до числа запланованих; відсоток позапланових внутрішніх аудитів від загального числа проведених внутрішніх аудитів; своєчасність виконання коригувальних заходів) тощо.

Планових індикаторів у кількісному виразі в обох вище зазначених закладах обмаль.

У КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради», на відміну від інших закладів, чітко прописані планові кількісні індикатори якості стоматологічної допомоги, відповідно до критеріїв. Як приклад, у **таблиці** представлені критерії та індикатори якості для лікаря стоматолога-терапевта.

Карта експертної оцінки якості надання медичної допомоги, яку використовує завідувач відділення для оцінки стоматологічної допомоги на основі даних медичних карт хворих вибіркоким методом, містить наступні критерії: розбірливість і повнота

Таблиця – Критерії та планові індикатори якості стоматологічної допомоги КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради»

№ з/п	Критерії якості стоматологічної допомоги для лікаря-терапевта	Планові індикатори якості для лікаря-терапевта
1	Співвідношення числа вилікуваних зубів з неускладненим карієсом до числа вилікуваних зубів з ускладненим карієсом	3:1 – 2,5:1
2	Кількість хворих на диспансерному обліку	120 – 80
	Відсоток санованих осіб від загального числа первинних хворих	60 – 50
3	Число відвідувань на одну сановану особу	3 – 4
4	Питома вага пломб від усіх накладених пломб з:	
	цементів	30 – 50
	пластмаси	10 – 20
	амальгами	10 – 5
	хімічних композитів	40 – 20
	світлополімерів	10 – 5
5	Питома вага пульпитів, вилікуваних під анестезією за один сеанс	35 – 20
6	Питома вага періодонтитів, вилікуваних за один сеанс	35 – 20

записів анкетних даних пацієнта; повнота зібраного анамнезу; відсутність виправлень, приписок у медичних картах хворих; відповідність клінічного діагнозу МКХ-10; наявність відповідно оформленої згоди на проведення діагностики, лікування, знеболення, оперативного втручання; наявність скарг пацієнтів; повнота опису клінічних проявів захворювання; відповідність проведеного лікування стандартам та протоколам, затвердженим МОЗ України; відвідування лікарем протягом звітного періоду семінарів, конференцій; якість проведеного пломбування каріозної порожнини (відповідність анатомічній формі зуба, бугрів, бороздок, фісур; правильність вибору методу для ендодонтичного лікування; наявність рентгенографічного контролю при проведенні лікування).

Оцінка відповідності здійснюється в балах від 0 до 10 з урахуванням ваги значущості показника; клінічні показники мають найбільшу вагу – 10 балів.

Карта оцінки якості лікувально-діагностичного процесу на рівні відділення містить критерії: відсоток випадків з обґрунтованістю та виконанням плану лікування пацієнта; відсоток використаних

лікарських засобів, що входять до формуляру лікарських засобів; відсоток медичних карт хворих з веденням повних і розбірливих записів; відсоток випадків лікування з неочікуваними результатами; кількість випадків побічних дій лікарських засобів. Оцінка проводиться аналогічно оцінці кожного клінічного випадку за бальним принципом.

«Моделі кінцевих результатів» на рівні закладу в КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» складаються з наступних критеріїв та планових індикаторів у кількісних вимірах: виконання плану організаційно-методичних та лікувально-профілактичних заходів – 100,0%; питома вага санованих осіб від загальної кількості первинних – 56,0%; виконання плану умовних одиниць працеемності – 98,0%, кількість відвідувань на одну сановану особу – 3,3-4,3; кількість відвідувань стоматолога в розрахунку на одного мешканця – 0,89 – 1,17; кількість осіб, які потребують санації, від кількості планово оглянутих – 70,0 – 55,0%; питома вага санованих осіб від тих, хто потребує санації при планових оглядах – 71,0 – 79,0%; число осіб, які отримали протези, на 100 осіб населення – 1,2 – 1,4.

Обговорення отриманих результатів. Результати дослідження показали, що у провідних регіональних закладах третинної стоматологічної допомоги прийняті критерії та відповідні їм індикатори якості. Разом з тим, усталені підходи до їх розробки та використання, змістовність критеріїв і індикаторів певною мірою відрізняються від вимог стандарту на системи управління якістю, рекомендованих міжнародних теоретичних розробок і доказових практик.

Так, наукові дані свідчать, що насамперед при розробці критеріїв і індикаторів якості бажано здійснити дезагрегацію поняття якості на окремі компоненти з метою можливості вимірів кожного з них та співвіднести їх з відомими складовими моделі управління якістю А. Донабедіана – структурою, процесом і результатом. Таким чином рекомендують формувати блоки критеріїв і індикаторів якості у систематизованому вигляді [8-11], чого не спостерігається у досліджуваних закладах.

Інститутом медицини США (2001) запропоновані шість компонентів якості медичної допомоги: 1) безпека; 2) своєчасність; 3) справедливість; 4) ефективність; 5) результативність; 6) орієнтованість на пацієнта [12, с. 13].

Стандартом на систему управління якістю для сфери охорони здоров'я пропонується більша диференціація в кількості одинадцяти критеріїв: 1) відповідний, правильний догляд щодо медичних потреб пацієнта; 2) придатність, тобто, корисність, здатність робити, виконувати що-небудь (стосується постачальника послуги); 3) безперервність;

4) ефективність; 5) результативність; 6) неупередженість; 7) використання наукових доказів/знань на основі медичної практики; 8) орієнтованість на пацієнта, включаючи фізичну, психологічну та соціальну цілісність; 9) залучення пацієнта; 10) безпека пацієнта; 11) своєчасність/доступність. На запропоновані критерії автори та експерти рекомендують орієнтуватися для розробки набору планових індикаторів якості та заходів з покращення якості, дотримуючись збалансованого підходу для оцінки всіх аспектів медичної допомоги [1, 2].

Міжнародна практика вимірювання якості також показує, що поряд із структурними, процесними та результативними показниками в країнах світу використовується й інше структурування критеріїв і індикаторів – на адміністративні, клінічні та ті, що повідомляються пацієнтами. Більшість показників сконцентровані на вимірюванні процесів, але існує думка, що суттєвий інтерес викликають індикатори результатів, оскільки вони безпосередньо вимірюють ті кінцеві досягнення, які мають значення для пацієнтів та постачальників послуг [13].

Наукові дані приводять конкретні приклади критеріїв та індикаторів якості стоматологічної допомоги, які нараховуються сотнями [4]. Але лише обмежена їх кількість пройшли ретельну перевірку дійсності чи надійності щодо впливу на якість стоматологічної допомоги, яка надається безпосередньо пацієнтові.

Перспективою отримання надійних індикаторів якості дослідники вбачають у стандартизації стоматологічної допомоги на основі доказів з актуальної рецензованої літератури та оцінених судженнях експертних груп, а також на клінічному досвіді практиків. Наприклад, сучасними дослідженнями доведено, що при карієсі зубів хірургічне втручання не зупиняє процес захворювання. Багато карієсних ушкоджень не прогресують, а реставрації зубів мають кінцевий термін служби. Тому сучасне лікування карієсу зубів повинно бути більш консервативним і включати раннє виявлення некавітованих уражень, діагностику ступеня ризику у конкретного індивіда щодо прогресування карієсу та активне спостереження із застосуванням профілактичних заходів з його уповільнення. Такі підходи дають більшу ймовірність успіху, меншу кількість ускладнень та більш ефективно використання ресурсів, ніж менш стандартизоване лікування.

З метою управління карієсом у дітей віком ≥ 6 років при усіх ступенях ризику є надання рекомендацій пацієнтам щодо використання фторованої води і зубних паст із вмістом фтору, професійний догляд із застосуванням фтористого лаку та фісурних герметиків, проведення рентгенологічного обстеження (1 раз на 2 роки при низькому рівні

ризиків розвитку карієсу, 1 раз на 1 рік – при середньому, 1 раз на півроку – при високому), застосування фториду діаміну срібла при кавітаційних ураженнях [14, 15].

Виходячи з цього критерію, можна формувати критерії/індикатори якості стоматологічної допомоги при карієсі зубів у дітей старше 6 років: структури – наявність протоколу застосування фтористого лаку/фісурних герметиків, фториду діаміну срібла у закладі, що надає стоматологічну допомогу дітям; процесу – кількість пацієнтів/їх представників, які надали поінформовану згоду на дане втручання; кількість пацієнтів, яким призначено вказане втручання (за наявності поінформованої згоди та відсутності протипоказів); кількість пацієнтів, яким призначено рентгенологічне дослідження зубів (з частотою в залежності від ступеня ризику); результату – кількість пацієнтів, які отримали фторування емалі та фісурні герметики, фторид діаміну срібла (за потреби в залежності від ступеня ризику); кількість пацієнтів, яким проведено рентгенологічне дослідження з відповідною частотою; середній рівень задоволеності пацієнтів/їх представників отриманою процедурою.

Дані індикатори доцільно використовувати на рівні відділення/закладу, які відслідковує завідувач відділення/заступник генерального директора з медичної частини, та зіставляти з плановими індикаторами профілактичної допомоги. Останні потрібно розробляти з урахуванням можливих її обсягів для даного закладу охорони здоров'я та потенційних потреб пацієнтів.

На рівні лікаря критеріями можуть бути: процесу – призначення фтористого лаку/фісурних герметиків, фториду діаміну срібла з поетапним проведенням процедури (у плані профілактичних заходів конкретному пацієнту); інформування пацієнта/його представника про змістовність процедури (письмове підтвердження поінформованої згоди); дотримання етапності процедури; структури – відповідність видів і обсягу використаних матеріалів потребам даного пацієнта; результату – задоволеність пацієнта спілкуванням з лікарем і отриманою процедурою.

Серед найефективніших заходів нереставраційних методів лікування карієсних уражень зубів для дорослих вважають рекомендації щодо використання 38% фториду діаміну срібла, герметиків, 5% лаку фториду натрію, 1,23% гелю підкисленого фосфату фториду та 5000 частин на мільйон фториду (1,1% фториду натрію) зубної пасти або гелю [16]. Дані критерії, як приклад, також можуть бути використані для моніторингу і оцінки якості стоматологічної допомоги дорослим за умови стандартизації відповідного процесу в закладі охорони здоров'я.

Запропоновані підходи з використанням науково доведених технологій, яким відповідає невелика кількість індикаторів, що вказують на суттєвий вплив на якість результату для пацієнта, доцільно застосовувати на рівні лікувально-діагностичного і профілактичного процесу для усіх найбільш поширених та соціально значимих захворювань порожнини рота, з якими пацієнти звертаються до даного закладу.

Критерії та індикатори системи управління якістю є структурними індикаторами та мають відображати вимоги стандарту до системи та відповідність їх виконання: обсяг використання ресурсів при наданні послуг (кадрових, матеріально-технічних, фінансових, інформаційних та інших); безпеку (інфекційну, епідемічну, техногенну, інформаційну, психологічну, фармацевтичну і т. і.); управління ризиками (соціально-правовими, управлінськими, економічними, адміністративними, ризиками для здоров'я медичних працівників і т. і.); формування політик (наявність та періодичний перегляд і оновлення установчих документів); розробку локальних документів і процедур; моніторинг, оцінку і аналіз діяльності за критеріями якості медичної допомоги; виявлення та аналіз невідповідностей і дефектів; заходи з поліпшення якості за кожним видом діяльності; задоволеність пацієнтів [17, 18]. Ці індикатори підлягають моніторингу та аудиту на рівні вищого менеджменту закладу та медичної ради.

Автори [19] з метою підтримки прийняття рішень щодо вдосконалення системи пропонують як варіант такі критерії та відповідні їм показники використання послуг: обсяг відвідувань в амбулаторних умовах до лікаря загальної практики та до лікарів-спеціалістів; обсяг відвідувань до відділення невідкладної допомоги; терміни перебування в лікарні. Ці критерії/індикатори орієнтовані на оцінку обсягу використання послуг.

Таким чином, проведений аналіз реальної стоматологічної практики показав, що масив використуваних критеріїв та індикаторів якості в досліджуваних закладах при їх великому обсязі слабко структурований, нечітко орієнтований на критерії якості, визначені стандартом на систему управління якістю для сфери охорони здоров'я, з переважанням традиційних показників офіційної статистичної звітності, а також тих, що вже втратили свою актуальність («моделі кінцевих результатів»), над клінічними. Це, в свою чергу, обумовлено відсутністю критеріїв/індикаторів, які вказують на науково доведений доказовими технологіями вплив стоматологічних утручань на якість медичної допомоги, яку очікують пацієнти.

У досліджуваних закладах простежується домінування адміністративного контролю над об'єктивними підходами використання клінічних індикаторів якості, представлених у науково доведених

доказових технологіях, що продемонстровано запровадженням експертної оцінки якості на всіх рівнях управління як методу постійного контролю замість моніторингу діяльності та аудиту відповідності.

Поглиблює несприятливу ситуацію відсутність автоматизованої системи постійного збору даних, ручна обробка великого масиву показників лікарями, завідувачами структурних підрозділів, заступниками керівників закладів, що обтяжує повсякденну діяльність, відволікає від спілкування з пацієнтами та виконання власне адміністративних функцій або надання медичної допомоги.

Висновки

1. У закладах, обраних базами дослідження, критерії та індикатори якості стоматологічної допомоги формуються у вигляді набору надмірної чисельності показників, слабко структурованого за критеріями якості, визначеними стандартом на систему управління якістю для сфери охорони здоров'я, переважаючою складовою якого є показники традиційної галузевої звітності та застарілі узагальнені показники у вигляді «моделей кінцевих результатів». Для поточного відслідковування показників використовується експертна оцінка на всіх рівнях управління закладом.
2. З метою удосконалення підходів до розробки критеріїв та індикаторів якості необхідно забезпечити впровадження доказових технологій у клінічну практику, складовою яких є клінічні індикатори, що відображають застосування профілактичних, діагностичних і лікувальних утручань, які мають доведений вплив на якість стоматологічної допомоги, очікуваної пацієнтом. Такий підхід забезпечить одночасне ефективне використання ресурсів, без надлишкових їх витрат або дефіциту.
3. Упровадження доказових технологій в стоматологічну практику на галузевому рівні бажано шляхом адаптації міжнародних рекомендацій до вітчизняних умов, що надаватиме можливість адекватного бюджетного фінансування стоматологічної послуги за Програмою медичних гарантій. Інший шлях, нормативно врегульований, передбачає адаптацію доказових технологій на локальному рівні, в закладі охорони здоров'я, за що несе відповідальність його керівник.
4. З метою відслідковування рівня фактичних клінічних індикаторів якості та індикаторів інших процесів доцільно використовувати такі управлінські інструменти, як моніторинг процесів і аудит відповідності.

Експертну оцінку бажано проводити в разі виявлення дефектів і неочікуваних результатів стоматологічної допомоги для пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень полягають в оцінці ефективності діяльності закладів

охорони здоров'я стоматологічного профілю за результатами запровадження моніторингу процесів за клінічними індикаторами якості та аудиту відповідності в реальну клінічну практику та визначенні напрямів подальшого удосконалення системи управління медичним закладом.

References

1. Quality management systems - EN ISO 9001:2015 for healthcare. [Internet]. Available from: <https://www.sis.se/en/produkter/sociology-services-company-organization/company-organization-and-management/management-systems/ssen152242017/>
2. DSTU EN 15224:20 «Systemy upravlinnia yakistiu EN ISO 9001: 2015 dlia okhorony zdorovia (EN 15224:2016, IDT)» [DSTU EN 15224: 2019 Quality Management Systems. EN ISO 9001: 2015 in the field of health care (EN 15224: 2016, IDT)]. Chynnyi vid 2020-01-01. K: DP «UkrNDNTs»; 2019. 109 s. [Internet]. Available from: http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=82162
3. Lachman P. From judgement to improvement: lessons for the future. *Int J Qual Health Care*. 2020 Mar; 32(2): A17. PMID: 32395743. doi: 10.1093/intqhc/mzaa035
4. *Quality Measurement in Dentistry*. A Guidebook. Dental quality alliance; 2019. 60 p.
5. NICE indicator process guide. USA: NIH; 2019. 26 p. [Internet]. Available from: <https://www.nice.org.uk/media/default/Get-involved/Meetings-In-Public/indicator-advisory-committee/ioc-process-guide.pdf>
6. Obadan-Udoh EM, Calvo JM, Panwar S, Simmons K, White JM, Walji MF, et al. Unintended consequences and challenges of quality measurements in dentistry. *BMC Oral Health*. 2019; 19(1): 38. PMID: 30823894. PMCID: PMC6397478. doi: 10.1186/s12903-019-0726-4
7. Malaniak BR. Otsinka yakosti nadannia stomatolohichnoi ortopedychnoi dopomohy naselenniu Lvivskoi oblasti [Assessment of the quality of the dental orthopedic care provision to the population of the Lviv region]. *Ukr Zh Med Biol Sport*. 2020; 5(27): 212-218. doi: 10.26693/jmbs05.05.212
8. Byrne MJ, Tickle M, Glenny A-M, Campbell S, Goodwin T, O'Malley L. A systematic review of quality measures used in primary care dentistry. *Int Dent J*. 2019; 69(4): 252-264. PMID: 30430563. doi: 10.1111/idj.12453
9. Righolt AJ, Sidorenkov G, Faggion CM Jr, Listl S, Duijster D. Quality measures for dental care: A systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2019 Feb; 47(1): 12-23. PMID: 30375669. PMCID: PMC7379624. doi: 10.1111/cdoe.12429
10. Betloch-Mas I, Ramón-Sapena R, Abellán-García C, Pascual-Ramírez JC. Implementation and Operation of an Integrated Quality Management System in Accordance With ISO 9001:2015 in a Dermatology Department. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2019 Mar; 110(2): 92-101. doi: 10.1016/j.adengl.2019.01.003
11. Keßler W, Heidecke CD. Dimensions of Quality and Their Increasing Relevance for Visceral Medicine in Germany. *Visc Med*. 2017; 33(2): 119-124. PMID: 28560226. PMCID: PMC5447179. doi: 10.1159/000462997
12. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. WHO; 2018. 88 p. [Internet]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272357>
13. Pross Ch, Geissler A, Busse R. Measuring, Reporting, and Rewarding Quality of Care in 5 Nations: 5 Policy Levers to Enhance Hospital Quality Accountability. *The Milbank Quarterly*. 2017 Mar; 95(1): 136-183. PMID: 28266076. PMCID: PMC5339388. doi: 10.1111/1468-0009.12248
14. *Dental interventions to prevent caries in children*. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2014. 52 p.
15. American Academy of Pediatric Dentistry. *Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents*. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2020. p. 243-247.
16. Slayton RL, Urquhart O, Araujo MWB, Fontana M, Guzmán-Armstrong S, Nascimento MM, et al. Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions: A report from the American Dental Association. *J Am Dent Assoc*. 2018 Oct; 149(10): 837-849.e19. PMID: 30261951. doi: 10.1016/j.adaj.2018.07.002
17. Zarei E, Karimi S, Mahfoozpour S, Marzban S. Assessing hospital quality management systems: evidence from Iran. *Int J Health Care Qual Assur*. 2019 Feb 11; 32(1): 87-96. PMID: 30859868. doi: 10.1108/IJHC-QA-11-2017-0208
18. Shaw CD, Groene O, Botje D, Sunol R, Kutryba B, Klazinga N, et al. The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2014 Apr; 26 Suppl 1(Suppl 1): 100-7. PMID: 24615598. PMCID: PMC4001697. doi: 10.1093/intqhc/mzu023
19. Powell GA, Luo YT, Verma A, Stephens DA, Buckeridge DL. Multivariate and Longitudinal Health System Indicators. *Stud Health Technol Inform*. 2017; 235: 266-270.

УДК 614.2:616-082

**КРИТЕРИИ И ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:
СОСТОЯНИЕ РАЗРАБОТКИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ****Круть А. Г.**

Резюме. *Цель:* исследовать подходы к разработке и использованию критериев и индикаторов качества стоматологической помощи в учреждениях здравоохранения стоматологического профиля.

Материалы и методы. Планы работы на 2010-2019 гг., распорядительные документы (приказы), карты экспертных оценок, «Руководство по качеству», протоколы внутренних аудитов (всего 149 ед.) трех областных учреждений здравоохранения стоматологического профиля. Методы: системного и процессного подхода, контент-анализа, сравнительного анализа, графический.

Результаты и их обсуждение. В каждом учреждении критерии и индикаторы качества разрабатываются и отслеживаются на уровне врача, линейных руководителей, генерального директора и медицинского совета. Линейными руководителями проводится экспертная оценка качества, на уровне генерального директора формируются обобщенные «модели конечных результатов». Сформированы детализированные наборы критериев качества процесса стоматологической помощи, вспомогательных процессов и системы управления качеством. Проводится количественная оценка соответствующих им результатов по балльной шкале и отдельных показателей – в процентах. В целом набор критериев и индикаторов качества чрезмерный по численности, не соответствует критериям качества, определенным стандартом на системы управления качеством, содержит преимущественно показатели традиционной отраслевой отчетности. В то же время международные доказательные технологии стоматологической практики включают клинические индикаторы, отражающие применение вмешательств, которые имеют доказанное влияние на качество стоматологической помощи, ожидаемой пациентом, и которыми обеспечивается эффективное использование ресурсов.

Выводы. В целях совершенствования подходов к разработке критериев и индикаторов качества необходимо обеспечить внедрение доказательных технологий в стоматологическую практику, использовать мониторинг клинических процессов и аудит соответствия деятельности, проводить экспертную оценку дефектов.

Ключевые слова: доказательные технологии, стоматологическая практика, пациенты, учреждения стоматологического профиля, стандарты, мониторинг и оценка качества.

UDC 614.2:616-082

**Criteria and Indicators of Dental Care Quality:
State of Development and Usage****Krut A. G.**

Abstract. Healthcare quality criteria and indicators allow the head of the health care facility to clearly orientate in the degree of achievement of targets and improvement of results for patients. Studies of approaches to the formation of criteria and indicators of quality in the conditions of real domestic clinical practice, in particular, dental, are isolated. At the same time, in Ukraine there are no clinical protocols of dental care based on evidence-based technologies, which contain clinical quality indicators.

The purpose of the study was to conduct a research on approaches to the development and usage of criteria and indicators for the quality of dental care in dental health facilities.

Materials and methods. Such materials were used in the study as work plans for 2010-2019, administrative documents (orders), maps of expert assessments, «Guidelines for quality», internal audit protocols (a total of 149 units) of the three regional health care institutions of the dental profile. Methods, which were used, are system and process approach, content analysis, comparative analysis, graphical method.

Results and discussion. In each institution, criteria and quality indicators are developed and monitored at the level of the doctor, line managers, the head of the institution and the medical council. Line managers conduct expert quality assessment, generalized «models of end results» which are formed at the level of the head of the institution. Detailed sets of criteria for the quality of the dental care process, ancillary processes and quality management systems are formed. Quantitative evaluation of the corresponding results on a scale and individual percentages is carried out. In general, the set of quality criteria and indicators is excessive in number, which does not meet the quality criteria defined by the standards for quality management systems, it contains mainly indicators of traditional industry reporting. At the same time, the world's evidence-based technologies of dental practice contain clinical indicators that reflect the use of interventions that have a proven impact on the quality of dental care expected by the patient, and which ensure efficient use of resources.

Conclusion. The introduction of evidence-based technologies in dental practice is appropriate to improve approaches to the development of quality criteria and indicators, monitoring of clinical processes and compliance audits should be used, expert assessment should be carried out in case of defects.

Keywords: evidence-based technologies, dental practice, patients, dental institutions, standards, monitoring and quality assessment.

ORCID and contributionship:

Anatolii G. Krut : 0000-0001-6503-3952^{A,B,C,D,E,F}

A – Work concept and design, B – Data collection and analysis,
C – Responsibility for statistical analysis, D – Writing the article,
E – Critical review, F – Final approval of the article

CORRESPONDING AUTHOR

Anatolii G. Krut

Shupik National Healthcare University of Ukraine,
Department of Health Care Management and Public Administration
9, Dorohozhytska Str., Kyiv 04112, Ukraine
tel: 044 205 49 90, 044 205 49 93, e-mail: akrut@ukr.net

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 21.08.2021 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування