

# Проблеми управління процесом надання стоматологічної допомоги в сертифікованих системах управління якістю

А.Г. Круть

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

**Анотація. Мета:** дослідити практику управління процесом надання стоматологічної допомоги в сертифікованих системах управління якістю закладів третинної медичної допомоги та запропонувати напрями її вдосконалення. **Об'єкт дослідження:** системи управління якістю обласних закладів стоматологічного профілю Житомирської, Харківської, Чернігівської областей. **Матеріали дослідження:** плани роботи закладів; локальні регламенти стоматологічної допомоги; положення про структурні підрозділи та позаштатні організаційні структури з управління якістю; посадові інструкції працівників; розпорядчі документи; усього 41 од. **Методи дослідження:** системний підхід; порівняльний і контент-аналіз документів; узагальнення; графічний. **Результати.** Установлено, що в досліджуваних закладах обмежена доступність пацієнтів до надійних за своєю доказовістю лікувально-діагностичних технологій стоматологічних утручань. Використовуються застарілі галузеві стандарти стоматологічної допомоги. Процес стоматологічної допомоги традиційно розподілений за структурними підрозділами та/або лікарями, що підвищує ризики недостатньої координації дій учасників процесу, його фрагментарності та низької пацієнтоорієнтованості. Технології моніторингу та оцінки якості стоматологічної допомоги не інтегровані повною мірою в практику оперативно-тактичного управління закладами; зворотний зв'язок із пацієнтами з питань задоволеності отриманою допомогою обмежений. Клінічні індикатори якості як інструменти керування процесом стоматологічної допомоги не використовуються. **Висновки.** Управління процесом надання стоматологічної допомоги потребує його планування на основі доказових технологій, запровадження моніторингу та оцінки на основі клінічних індикаторів якості та посилення зворотного зв'язку з пацієнтами з метою оцінки їх задоволеності отриманою стоматологічною допомогою.

**Ключові слова:** пацієнти, якість стоматологічної допомоги, доказові технології, індикатори якості.

## Вступ

Одним із механізмів забезпечення якості товарів і послуг є сертифікація систем управління якістю організацій будь-якого виду економічної діяльності, зокрема сфери охорони здоров'я [1]. Результати міжнародних досліджень свідчать, що клінічна ефективність процесу надання медичної допомоги та його результати покращуються завдяки сертифікації лікарні [2, 3]. Сертифікація здійснюється на основі визначення відповідності запровадженій системи управління якістю медичної допомоги стандартам управлінської діяльності [4, 5]. Запровадження якісного менеджменту процесу надання медичної допомоги/медичних послуг надає високі гарантії задоволення потреб пацієнтів в очікуваних ними результатах медичних утручань, сприяє підвищенню іміджу та конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я в разі, якщо його система управління якістю сертифікована [6].

Особливого значення набуває якісний менеджмент процесу надання стоматологічної допомоги, що викликано низьким рівнем здоров'я порожнини рота населення України та, як наслідок, — високими запитами на стоматологічну допомогу й разом з тим, високими ризиками стоматологічних утручань [7–10], чим зумовлюється актуальність цього дослідження.

За даними Міністерства охорони здоров'я [11], в Україні станом на 31.12.2019 р. системи управління якістю близько 10 самостійних закладів стоматологічного профілю, які надають третинну медичну допомогу населенню, були сертифіковані на відповідність стандартам на системи управління якістю. Значно більше налічується закладів охорони здоров'я із сертифікованими системами управління якістю, де є структурні підрозділи, що надають стоматологічну допомогу. Таким чином, науковий інтерес викликає запитання, чи дійсно у сфері надання стоматологічної допомоги управління її якістю відповідає стандартам, що підсилює актуальність даної роботи.

**Мета:** дослідити практику управління процесом надання стоматологічної допомоги в сертифікованих системах управління якістю закладів охорони здоров'я (на прикладі закладів третинної медичної допомоги стоматологічного профілю) та запропонувати напрями його удосконалення.

## Об'єкт і методи дослідження

Об'єктами дослідження обрано системи управління якістю закладів охорони здоров'я стоматологічного профілю, що надають третинну медичну допомогу населенню Житомирської, Харківської та Чернігівської областей. Дослідження проводили у 2019 р. Використані матеріали дослідження: плани роботи закладів; локальні регламенти стоматологічної допомоги; положення про структурні підрозділи; положення про позаштатні організаційні структури з управління якістю; посадові інструкції працівників; накази, протоколи, методики, інструкції тощо, усього 41 од.

Методи дослідження: системний підхід, порівняльний і контент-аналіз документів, узагальнення; графічний.

## Результати та їх обговорення

Установлено, що стратегічним плануванням керівництва досліджуваних закладів задекларовано, зокрема, відповідність стоматологічної допомоги сучасним міжнародним стандартам, запровадження в практику роботи сучасних новітніх технологій. До заходів з реалізації стратегічних завдань на оперативному рівні належать перш за все заходи з планування процесу стоматологічної допомоги, як вимагають п. 8.1 стандарту на системи управління якістю «Оперативне планування та контроль» та п. 8.3 «Проектування та розроблення продукції та послуг» [5].

Виявлено, що зазначені вимоги в досліджуваних закладах виконуються на основі галузевих стандартів стоматологічної допомоги, розроблених експертним шляхом ще у 2004 р., що затверджено в щорічних планах роботи та затверджено наказами керівників. У кожному закладі є доступ лікарів до цих стандартів, представлених на паперових або електронних носіях.

Установлено, що з науково обґрунтованих технологій, розроблених на принципах доказової медицини, використовуються актуальні переліки лікарських засобів, які формуються й оновлюються щороку з галузевих формулярів лікарських засобів. За результатами участі в заходах з безперервного професійного розвитку лікарями використовуються сучасні знання в частині

застосування нових матеріалів і препаратів для лікування глибокого ураження зубів (цементів, герметиків, лікарських засобів).

У той самий час новітні профілактичні та лікувально-діагностичні технології, які представлені в міжнародних клінічних рекомендаціях, що базуються на принципах доказової медицини, не розроблені й не впроваджені, незважаючи на те, що нормативними документами дозволена адаптація цих клінічних рекомендацій безпосередньо в закладі охорони здоров'я наказом його керівника.

На відміну від застарілих вітчизняних стандартів, сучасні технології клінічного управління, наприклад каріесом у дітей, тяжіють до більш консервативних методів з раннім виявленням уражень, діагностикою ступеня ризику у конкретного пацієнта щодо прогресування процесу, активним професійним спостереженням (застосування фтористого лаку та фісурних герметиків, регулярного проведення рентгенологічного обстеження із частотою залежно від ступеня ризику) та профілактичними заходами (використання фторованої води і зубних паст із вмістом фтору) [12, 13].

Стосовно розробки сучасних технологій профілактики, діагностики та лікування інших уражень порожнини рота в досліджуваних закладах ситуація схожа, що дозволяє стверджувати про обмежений доступ пацієнтів до надійних за ступенем доказовості стоматологічних утручань. Це, у свою чергу, знижує якість стоматологічної допомоги за таким її критерієм, як клінічна ефективність, яка вимірюється чисельністю пацієнтів, які отримали медичну допомогу відповідно до доказових технологій.

Установлено, що при плануванні процесу надання стоматологічної допомоги в досліджуваних закладах зберігається традиційний підхід до його розподілу на окремі складові, закріплення їх і обмеження рамками лікувально-діагностичних підрозділів. Процес також ідентифікується за критеріями окремих контингентів населення (дорослого, дитячого), місць їх перебування (будинки дитини, школи-інтернати та ін.) та різних видів медичної допомоги (профілактична, діагностична). У якості процесів представлені й окремі процедури (рентгенографія, місцева анестезія, електролікування, світлолікування).

Такий розподіл свідчить про підтримку фрагментарності процесу всупереч вимогам стандарту на системи управління якістю, замість розгляду його як «наскрізного», суцільного, орієнтованого на потреби конкретного пацієнта, залежно від характеру та ступеня тяжкості порушень його здоров'я, а не структурних підрозділів або інших місць, де він відбувається. Незважаючи на те що дії в процесі виконуються в різних відділеннях, у закладах мають бути розроблені механізми тісної взаємодії та співучасті виконавців у єдиному лікувально-діагностичному процесі стосовно пацієнта з певним захворюванням, що має бути представлено в локальних регламентах, наприклад, у клінічних маршрутах пацієнта. Однак наявні клінічні маршрути пацієнта не диференційовані за нозологічними формами, а мають узагальнений характер, що виключає можливість використання їх лікарями як алгоритму дій під час надання стоматологічної допомоги в конкретному клінічному випадку. Таким чином, створюються ризики варіацій при наданні стоматологічної допомоги різним пацієнтам з однаковим захворюванням залежно від досвіду та ступеня кваліфікації лікаря, що суперечить принципу стандартизації як альтернативи відхиленню від технологій, ефективність яких доведена клінічними дослідженнями й дозволяє отримати оптимальні клінічні рішення та очікуваний пацієнтом клінічний результат.

Потрібно також чітко відрізнити повний процес, тобто надання стоматологічної допомоги за нозологічним принципом, який має свою мету, послідовність дій, ресурси для виконання, результат, регламент, за яким він має виконуватися, та індикатори — вказівники, найчастіше кількісні, які показують, наскільки проміжні і кінцеві результати процесу відповідають плановим. Окремі вищезазначені процедури, що використовуються в досліджуваних закладах, є лише складовими процесу, і їх не варто виокремлювати в самостійний процес.

Ресурсне забезпечення процесу надання стоматологічної допомоги торкається переважно наявності та кваліфікаційного рівня кадрового складу (табл. 1).

Представлені дані продемонстрували високий рівень кадрового забезпечення досліджуваних закладів, зокрема, лікарями-стоматологами, оскільки в кожному з них укомплектованість штатних посад фізичними особами лікарів-стоматологів перевищує 100,0%; за умови неповної зайнятості посад це свідчить, що не всі лікарі працюють на повну ставку, отже, за кількістю профільних спеціалістів кадрове забезпечення є достатнім.

Звернула на себе увагу відсутність зубних лікарів у КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) та КПЛЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної ради. Посади зубних лікарів у вітчизняній галузі охорони здоров'я поступово замінюються посадами гігієністів зубних, однак ці процеси відбуваються несинхронно, що створює ризики ефективності профілактичної роботи з населенням, перекладання менш кваліфікованої роботи на лікарів-стоматологів, що не відповідає їх професійному рівню, відволікає від більш складних процедур.

Важливою характеристикою якості кадрових ресурсів є кваліфікаційний рівень персоналу, представлений за досліджуваними закладами у табл. 2.

У кожному закладі частка атестованих лікарів виявилася достатньо великою. Однак використання лікарями неактуальних знань, представлених у застарілих вітчизняних стандартах стоматологічної допомоги, свідчить про неузгодженість вимог до атестації, розробки галузевих стандартів/протоколів стоматологічної допомоги, які в Україні практично відсутні, на відміну від інших спеціальностей, та виконавчої дисципліни керівників закладів стоматологічного профілю щодо адаптації міжнародних клінічних рекомендацій у підпорядкованих закладах. До вирішення цих питань можуть долучитися профільні стоматологічні лікарські асоціації на зразок Американської асоціації стоматологів (American Dental Association), клінічними рекомендаціями в розробці якої користуються у більшості країн світу.

За вимогами стандарту на системи управління якістю заклад охорони здоров'я повинен визначити критерії, на підставі яких можна отримати дані про коректність виконання процесів стосовно заданих цілей, та запровадити контроль процесів відповідно до критеріїв. З цією метою стандарт пропонує такі управлінські інструменти, як моніторинг, вимірювання та оцінка якості.

**Таблиця 1** Зайнятість штатних посад та укомплектованість штатних посад фізичними особами лікарів (у відсотках), 2019 р.

Назва закладу	Зайнятість штатних посад, %	Укомплектованість штатних посад фізичними особами, %
	Усі лікарі	
Обласне стоматологічне медичне об'єднання Житомирської обласної ради	93,9	119,3
КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	97,0	103,4
КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної ради	93,5	106,5
Лікарі-стоматологи		
Обласне стоматологічне медичне об'єднання Житомирської обласної ради	95,3	134,9
КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	100,0	107,9
КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної ради	94,9	110,7
Зубні лікарі		
Обласне стоматологічне медичне об'єднання Житомирської обласної ради	100,0	200,0
КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	—	—
КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної ради	—	—

Виявлено, що оскільки в застарілих галузевих стандартах стоматологічної допомоги відсутні критерії та клінічні індикатори якості стоматологічної допомоги на основі доведених доказових даних, у досліджуваних закладах вони не використовуються. Натомість увага керівників спрямована на значну кількість індикаторів, якими вимірюються:

- обсяги використаних ресурсів (кількість відвідувань на одного лікаря-стоматолога-терапевта на день; число санованих осіб на одного лікаря-стоматолога-терапевта на день; число встановлених пломб на одного лікаря-стоматолога-терапевта на день; число виготовлених протезів на одну займану лікарську посаду; кількість рентгенологічних досліджень на одного хворого, пролікованого в стаціонарі; кількість рентгенограм на 100 відвідувань у поліклініці; оперативна активність у стаціонарі; число оперативних утручань на одного лікаря-стоматолога хірурга в поліклініці);
- тривалість процесу стоматологічної допомоги (відсоток ускладненого карієсу, вилікуваного за одне відвідування лікаря-стоматолога-терапевта; кількість відвідувань на одну санацію; кількість планових хворих, оперованих в 1-й день госпіталізації).

Власне індикаторів, які висвітлюють результат для пацієнта, значно менше:

- співвідношення використання пломбувальних матеріалів різної якості (частка пломб з хімічних композитів, світлополімерів, цементу);
- частка випадків знеболення при лікуванні ускладненого карієсу;
- летальність у стаціонарі.

**Таблиця 2** Кількість працівників з кваліфікаційними категоріями (у відсотках), 2019 р.

Працівники/перелік кваліфікаційних категорій	Заклади охорони здоров'я/кількість працівників з кваліфікаційною категорією, %		
	Обласне стоматологічне медичне об'єднання Житомирської обласної ради	КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків)	КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної ради
<b>Лікарі усі:</b>			
• вища	19,4	31,8	21,7
• перша	19,4	18,2	38,0
• друга	6,9	6,1	8,7
<b>Лікарі-стоматологи:</b>			
• вища	16,7	50,0	25,0
• перша	50,0	32,6	47,7
• друга	16,7	13,0	6,8
<b>Лікарі-стоматологи-хірурги:</b>			
• вища	50,0	44,4	60,0
• перша	37,5	22,2	40,0
• друга	—	—	—
<b>Лікарі-стоматологи-ортопеди:</b>			
• вища	33,3	41,2	27,3
• перша	11,1	35,3	36,4
• друга	22,2	11,8	27,3
<b>Лікарі-стоматологи-ортоданти:</b>			
• вища	33,3	66,7	—
• перша	33,3	—	—
• друга	—	—	—
<b>Молодший персонал з медичною освітою:</b>			
• вища	32,8	44,6	18,7
• перша	13,8	20,0	49,3
• друга	17,2	9,2	20,0

У той самий час, як зазначено вище, сучасні доказові технології передбачають перевагу профілактичних заходів, професійного догляду, стратифікацію пацієнтів на групи ризику, регулярність догляду з метою оцінки динаміки патологічного процесу.

Безпека пацієнта у вигляді критеріїв та планових індикаторів якості представлена обмежено; облік торкається лише побічних дій лікарських засобів, яких виявляється щороку в межах 10–20 випадків, залежно від закладу. До специфічних для стоматологічної допомоги небезпек можна віднести інфекційні післяопераційні ускладнення; травмування пацієнтів під час та запальні процеси в результаті встановлення імплантатів та зубопротезування; підвищення чутливості або виникнення зубного болю в результаті встановлення вінірів та пломбування зубів; механічні пошкодження зубів та щелеп при інструментальних утручаннях; ускладнення внаслідок місцевого знеболення. За відгуками пацієнтів, розміщених на форумах офіційних вебсайтів, незадоволеність стоматологічною допомогою з різних вищезначених причин висловили 33,1–52,4% пацієнтів — учасників форумів (вибірки нерепрезентативні). Отже, в закладах доцільно проводити моніторинг кількості таких несприятливих подій та планувати їх зменшення до мінімуму.

Основним методом контролю лікувально-діагностичного процесу позиціонується експертна оцінка якості стоматологічної допомоги за даними медичних карт амбулаторних/стаціонарних хворих завідувачами структурних підрозділів та заступником керівника закладу. По суті така експертна діяльність є моніторингом лікувально-діагностичного процесу, оскільки передбачає відслідковування відповідності фактичних даних процесу плановим. Однак у відповідних управлінських аналітично-звітних документах моніторинг як метод управління лікувально-діагностичним процесом не згадується, як і внутрішній аудит, що свідчить про недостатню обізнаність керівників різних рівнів управління закладів щодо цих сучасних механізмів менеджменту лікувально-діагностичного процесу, а також відмінностей між ними та експертною оцінкою.

Виявлено, що регулярні опитування пацієнтів як один із методів оцінки якості стоматологічної допомоги та дотримання такого критерію якості, як пацієнтоорієнтованість, у Обласному стоматологічному медичному об'єднанні Житомирської обласної ради та КЗОЗ «Обласна стоматологічна поліклініка» (м. Харків) проводяться 1 раз на рік. Однак анкетними запитаннями передбачено обмежений перелік складових якості, задоволеність якими можна визначити у пацієнтів: ставлення персоналу; санітарно-гігієнічні умови; доступність лікарських засобів, діагностичних досліджень, протезування, лікування в стаціонарі; можливість висловити побажання щодо покращання стоматологічної допомоги. Неможливо за таким спектром запитань встановити рівень задоволеності пацієнтів клінічним результатом стоматологічної допомоги, безпекою стоматологічних утручань, їх своєчасністю, неупередженістю.

У КЛПЗ «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка» Чернігівської обласної ради регулярні опитування пацієнтів не проводяться; зворотний зв'язок з ними здійснюється шляхом розгляду звернень громадян у разі їх незадоволеністю отриманою послугою/допомогою. Це свідчить про орієнтацію керівництва цього закладу на вади стоматологічної допомоги, а не на їх попередження.

Слід зазначити, що під час надання стоматологічної допомоги лікарі проводять поточні ситуаційні опитування пацієнтів з метою оцінки проміжного і кінцевого результату медичних утручань, щоб переконатися у відновленні порушених функцій органів ротової порожнини, досягнення зручності й комфорту після встановлення пломб, зубних протезів, ортодонтичних апаратів тощо. Однак слід враховувати, що таке спілкування не віддзеркалює всі аспекти якості медичного обслуговування та задоволеності пацієнта спілкуванням із закладом охорони здоров'я.

## Висновки

Установлено, що в досліджуваних закладах обмежена доступність пацієнтів до надійних за своєю доказовістю лікуваль-



но-діагностичних технологій стоматологічних утручань. Керівниками закладів не організована адаптація світових, доведених доказовою медициною технологій до практики діяльності підпорядкованого закладу. Використовуються застарілі технології — галузеві стандарти стоматологічної допомоги, які давно втратили свою актуальність.

Показано, що процес надання стоматологічної допомоги залишається традиційно розподіленим за структурними підрозділами та/або лікарями, що підвищує ризики недостатньої координації дій учасників процесу, його фрагментарності та, як наслідок, низької пацієнтоорієнтованості.

Виявлено, що в досліджуваних закладах має місце підміна технологій моніторингу експертною оцінкою, внутрішні аудити використовуються формально; зворотний зв'язок із пацієнтами обмежений.

Доведено, що до блоку критеріїв і планових індикаторів якості не входять клінічні індикатори як інструменти керування процесом стоматологічної допомоги. Вихідними джерелами для планування клінічних індикаторів мають бути клінічні настанови, розроблені відповідно до досягнень доказової медицини, адаптовані до закладу охорони здоров'я.

Таким чином, управління процесом надання стоматологічної допомоги потребує його планування на основі доказових технологій, запровадження моніторингу та оцінки на основі клінічних індикаторів якості, посилення зворотного зв'язку з пацієнтами з метою оцінки їх задоволеності отриманою стоматологічною допомогою.

#### Перспективи подальших досліджень

Перспективи подальших досліджень полягають в оцінці результатів управління процесом надання стоматологічної допомоги в сертифікованих системах управління якістю з урахуванням запропонованих організаційних технологій.

#### Список використаної літератури

- Guerra Bretaña R.M., Marín Álvarez Y.A. (2017) Accreditation and certification of hospital quality : different or similar? Rev. ing. biomed., 11, 21: 35–41. [www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1909-97622017000100005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1909-97622017000100005&lng=en).
- Johannessen D.T.S., Wiig S. (2017) Why adopt ISO 9001 certification in hospitals? A case study of external triggers and sensemaking in an emergency department in Norway. Saf. Health, 3: 7. doi.org/10.1186/s40886-017-0058-5.
- Yıldız M.S., Öztürk Z., Topal M., Khan M.M. (2019) Effect of accreditation and certification on the quality management system: Analysis based on Turkish hospitals. Int. J. Health Plann. Manage, 34(4): e1675–e1687. doi: 10.1002/hpm.2880.
- ISO 9001:2015 Quality management systems — Requirements. [www.iso.org/ru/standard/62085.html](http://www.iso.org/ru/standard/62085.html).
- Національний стандарт України (2016) ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT) «Системи управління якістю. Вимоги». Київ: ДП «УкрНДНЦ», 30 с. [khoda.gov.ua/image/catalog/files/%209001.pdf](http://khoda.gov.ua/image/catalog/files/%209001.pdf).
- Касянчук В.В. Бергілевич О.М., Сміянова О.І. (2019) Впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях ISO 9001:2015 : навчальний посібник. За ред. проф. В.А. Сміянова. Суми, Сумський державний університет, 246 с.
- GBD 2019. Universal Health Coverage Collaborators. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 (2020). The Lancet. doi:10.1016/S0140-6736(20)30750-9.

#### Відомості про автора:

Круть Анатолій Григорович — кандидат медичних наук, доцент, директор Стоматологічного навчально-практичного медичного центру Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна. ORCID ID: 0000-0001-6503-3952

#### Адреса для кореспонденції:

Круть Анатолій Григорович  
04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9  
E-mail: akrut@ukr.net

- Dallaserre M., Poblete F., Vergara C. et al. (2020) Infectious postoperative complications in oral surgery. An observational study. J. Clin. Exp. Dent., 12(1): e65–e70.
- Antipovienė A., Narbutaitė J., Virtanen J.I. (2021) Traumatic Dental Injuries, Treatment, and Complications in Children and Adolescents: A Register-Based Study. Eur. J. Dent., 15(3): 557–562. doi: 10.1055/s-0041-1723066.
- Smielak B., Armata O., Bojar W. (2022) A prospective comparative analysis of the survival rates of conventional vs no-prep/minimally invasive veneers over a mean period of 9 years. Clin. Oral. Invest., 26, 3049–3059. doi.org/10.1007/s00784-021-04289-6.
- Звіт Головної акредитаційної комісії при МОЗ України за 2019 рік. [moz.gov.ua/uploads/5/26695-zvit\\_golovnoi\\_akreditacijnoi\\_komisii\\_pri\\_moz\\_ukraini\\_za\\_2019\\_rik.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/5/26695-zvit_golovnoi_akreditacijnoi_komisii_pri_moz_ukraini_za_2019_rik.pdf).
- American Academy of Pediatric Dentistry (2019) Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill: American Academy of Pediatric Dentistry, 2021: 252–257. [www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/caries-risk-assessment-and-management-for-infants-children-and-adolescents/](http://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/caries-risk-assessment-and-management-for-infants-children-and-adolescents/).
- Slayton R.L., Urquhart O., Araujo M.W.B., Fontana M., Guzmán-Armstrong S., Nascimento M.M. et al. (2018). Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions: A report from the American Dental Association. J Am Dent Assoc., 149(10): 837–849.e19. doi: 10.1016/j.adaj.2018.07.002.

## Problems of managing the process dental care in certified quality management systems

A.G. Krut

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

**Abstract. Purpose:** to study the practice of managing the process dental care in certified quality management systems of tertiary care institutions and to suggest ways to improve it. **Object of study.** Quality management system of regional institutions of dental profile of Zhytomyr, Kharkiv, Chernihiv regions. **Research materials:** work plans of institutions; local regulations of dental care; regulations on structural units and non-staff organizational structures for quality management; job descriptions of employees; administrative documents; only 41 units. **Research methods:** system approach; comparative and content analysis of documents; generalizations; graphic. **Results.** It is established that the availability of patients to reliable medical and diagnostic technologies of dental interventions on the principles of evidence-based medicine is limited in the studied institutions. Outdated standards of dental care are used. The process of dental care is traditionally divided into structural units and/or doctors. This increases the risks of insufficient coordination of the participants in the process, its fragmentation and low patient-orientation. Technologies for monitoring and assessing the quality of dental care are not fully integrated into the practice of operational and tactical management. Feedback from patients is limited in terms of satisfaction with the help received. Clinical quality indicators are not used as tools to manage the dental care process. **Conclusions.** Managing the process of providing dental care requires evidence-based planning, monitoring and evaluation based on clinical quality indicators, and strengthening feedback to patients to assess their satisfaction with the dental care they receive.

**Key words:** patients, quality of dental care, evidence-based technologies, quality indicators.

#### Information about the author:

Krut Anatoliy G. — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Director of the Dental Educational and Practical Medical Center of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine. ORCID ID: 0000-0001-6503-3952

#### Address for correspondence:

Anatoliy Krut  
04112, Kyiv, Dorohozhytska str., 9  
E-mail: akrut@ukr.net

Надійшло до редакції/Received: 04.04.2022

Прийнято до друку/Accepted: 15.04.2022