

Разработка критериев качества медицинской помощи в челюстно-лицевой хирургии

Член-корр. РАН, д.м.н. А.А. КУЛАКОВ, член-корр. РАЕН, д.м.н. В.Г. БУТОВА, д.м.н. Т.З. ЧКАДУА*

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава России, Москва

Elaboration of health care quality criteria in maxillofacial surgery

A.A. KULAKOV, V.G. BUTOVA, T.Z. CHKADUA

Central Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Moscow

Критерии качества медицинской помощи в челюстно-лицевой хирургии должны отражать не только качество восстановления функций жевания, глотания, речи, дыхания, но и психоэмоциональное состояние пациента, удовлетворенность его внешним видом, качество косметического восполнения конфигурации лица, дефектов зубов, улыбки, адаптацию к имплантатам и протезам, их качество, условия и возможности их использования. Применение положений Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья в челюстно-лицевой хирургии позволяет унифицировать подходы к разработке критериев оценки качества данного вида медицинской помощи.

Ключевые слова: критерии качества, челюстно-лицевая хирургия, Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья.

Criteria of quality of care in oral and maxillofacial surgery should reflect not only the quality of the repair functions of chewing, swallowing, breathing, speech, and should take into account the psycho-emotional condition of the patient; satisfaction of its appearance, quality cosmetic fill configuration of the face, tooth defects, smiles; adaptation to implants and dentures; their quality, the conditions and possibilities of their use. The application of the provisions of the International classification of functioning, disability and health in oral and maxillofacial surgery, is a condition that will allow to unify the approaches to the development of quality criteria of this type of medical care.

Keywords: quality criteria, maxillofacial surgery, International classification of functioning, disability and health.

Проблеме разработки критериев оценки качества медицинской помощи в настоящее время во всем мире придается большое значение. Однако до сих пор ни в России, ни за рубежом нет однозначного понимания и определения критериев качества медицинской помощи. Ясно лишь одно: качественная медицинская помощь должна обеспечивать должные продолжительность и качество жизни пациента, экономическую и медико-социальную эффективность здравоохранения [1–9].

Безусловно, разработка и анализ критериев оценки качества медицинской помощи в челюстно-лицевой хирургии на основе концепции доказательной медицины, требований к порядку оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколы лечения) и стандартов медицинской помощи — один из важных вопросов данной специальности.

Цель исследования — применение положений Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в челюстно-лицевой хирургии.

Материал и методы

Проведен анализ нормативно-правовой базы, стандартов, клинических протоколов, применяемых при контроле качества медицинской помощи в челюстно-лицевой хирургии. Рассмотрены возможности использования МКФ в процессе оказания медицинской помощи челюстно-лицевыми хирургами как инструмента для оценки функционирования пациента до и после лечения и фиксирования полученных данных в медицинской документации.

Результаты и обсуждение

Методы челюстно-лицевой хирургии применяют в лечении заболеваний, травм и дефектов головы, шеи, челюстей, твердых и мягких тканей полости рта и челюстно-лицевой области¹.

¹Википедия.

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21.11.11, гл. 1, ст. 2, п. 21, «качество медицинской помощи — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».

Своевременность — соотношение между временем оказания медицинской помощи и временем возникновения потребности в определенной услуге, с одной стороны, и таковым в идеальных условиях — с другой стороны.

Критерий (от гр. *kriterion* — средство для суждения) — признак, на основании которого производится оценка, определение или классификация чего-либо; мерило оценки².

Критерии качества находятся во взаимосвязи с формами оказания медицинской помощи. В Федеральном законе №323-ФЗ от 21.11.11 в гл. 5, ст. 32, п. 4 поясняется:

— экстренная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

— неотложная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

— плановая — медицинская помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий, заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшения состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Все формы лечебно-профилактической помощи, оказываемой челюстно-лицевыми хирургами, предусматривают необходимость соблюдения абсолютных требований к организации работы медицинских организаций и к профессиональным действиям персонала, направленным на обеспечение безопасности и качества. При этом критерии качества должны отражать не только качество восстановления функций жевания, глотания, дыхания, речи, но и психоэмоциональное состояние больного, удовлетворенность его внешним видом, качество косметического восполнения конфигурации лица, дефектов зубов, улыбки, адаптацию к имплантатам и протезам, их качество, условия и возможности использования.

Кроме того, критерии качества медицинской помощи в челюстно-лицевой хирургии обусловлены общим состоянием больного, объемом и характером операции, характером анестезии. Эти критерии определяют операционно-анестезиологический риск.

Правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи определяется соблюдением порядка оказания помощи, стандартов и клинических рекомендаций.

Челюстно-лицевые хирурги в практической деятельности исходят из:

— порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «челюстно-лицевая хирургия»;

— порядка оказания медицинской помощи детскому населению по профилю «челюстно-лицевая хирургия»;

— приказа Минздрава России №922н от 15.11.12 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» (зарегистрировано в Минюсте России 17.04.13 №28161).

Находясь в стадии разработки клинические протоколы медицинской помощи при:

— доброкачественных образований мягких тканей головы и шеи;

— доброкачественных опухолей костей черепа и лица;

— сосудистых образований и мальформаций лица и шеи;

— поражении лицевого нерва;

— заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава;

— кистах челюстей;

— челюстно-лицевых аномалиях;

— воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области;

— врожденной аномалии ушной раковины;

— рубцовых состояниях и других изменениях кожи;

— врожденной одно- и двусторонней расщелины верхней губы, твердого и мягкого неба, альвеолярного отростка;

— врожденных аномалиях костей черепа и лица, врожденных костно-мышечных деформаций головы и лица;

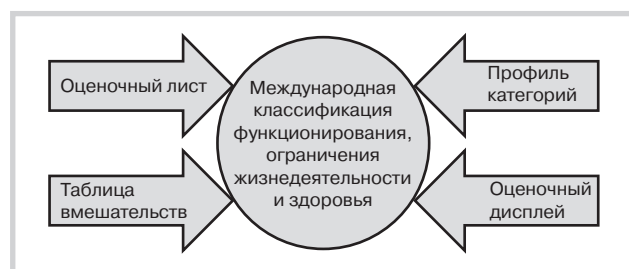
— острой травме тканей лица, головы и шеи;

— челюстно-лицевых деформациях врожденного и приобретенного генеза;

— потере зубов вследствие несчастного случая, степень достижения запланированного результата.

Для оценки запланированного результата необходима система, позволяющая выходить за рамки клинических показателей развития заболевания и патологии тканей. МКФ — инструмент для определения степени влияния заболевания на состояние пациента, т.е. нарушений в сфере здоровья, функциональных способностей и проблем социальной реинтеграции. На основе МКФ разрабатываются критерии достижения запланированного результата. МКФ состоит из 2 частей, каждая из которых в свою очередь — из 2 составляющих (см. рисунок):

— часть 1: функционирование и ограничение жизнедеятельности; составляющие: функции и структуры организма; функции организма — физиологические функции систем организма (включая психические функции); структуры организма — его анатомические части, такие как органы, конечности и их компоненты; часть 2: контекстовые факторы; составляющие: факторы окружаю-



Составляющие МКФ.

²Ефремова Т.Ф. Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный. М: Русский язык 2000; 1168.

шей среды и личностные факторы; факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, в соответствии с которыми люди живут и проводят время; личностные факторы — возраст, пол, социальный статус, жизненный опыт и т.д. — являются атрибутами индивида и в настоящее время в МКФ не классифицируются, но при работе с классификацией пользователи могут их применять.

Перечень Международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) служит опорой при использовании более наглядных инструментов, таких как «Оценочный лист», «Профиль категорий МКФ», «Таблица вмешательств» и «Оценочный дисплей».

Применение предусмотренных МКФ подходов к классификации функций и структур организма позволяет

с высокой степенью детализации описывать здоровье индивида и его окружение с биологической, психологической и социальной точек зрения, а также определять его потребность в различных видах медицинской помощи и социальной защите. Применение положений МКФ в челюстно-лицевой хирургии является условием, которое позволит унифицировать подходы к разработке критериев оценки качества данного вида медицинской помощи.

Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости решения не только медико-социальных проблем критериев качества, но и правовых, организационных, этических и экономических вопросов, позволяющих сбалансировать удовлетворенность индивида медицинской помощью с императивами качества лечебно-диагностического процесса в челюстно-лицевой хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров М.А. Доказательная медицина и качество медицинской помощи. Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи 2012; 4: 3—10.
2. Дьяченко В.Г., Солохина Л.В., Дьяченко С.В. Управление качеством медицинской помощи: Учебник. Изд-во ГБОУ ВПО «Дальневосточный гос. мед. ун-т» 2012; 6—19.
3. Кочубей А.В., Филук С.А. Применение Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья в ортопедической стоматологии. Методические рекомендации. М 2012; 49.
4. Маттис Э.Р., Троценко В.В. Система непрерывной оценки, контроля и повышения эффективности лечения в травматологии и ортопедии. Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи: Материалы межрегиональной научно-практич. конф. с международным участием. Новосибирск 2007; 46—47.
5. Сараев А.Е. Стандартизация как стратегическое направление повышения качества и доступности медицинской помощи. Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи 2012; 7: 4—6.
6. Starchenko A., Zinland D., Tretyakova E., Rykova I., Goncharova E. Independent expertise as a tool of influence of medical insurance organizations on the indicators of activity of Executive authorities of the subjects of the Russian Federation in the sphere of health. The Issues of expertise and quality of medical aid 2010; 10: 32—45.
7. Nagi S. Disability concepts revisited: implications for prevention. In: Pope AM, Tarlov AR, eds. Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention. Washington, DC: National Academy Press 1991; 309—327.
8. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO 2001; 3—29.
9. World Health Organization. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health, ICF. Geneva: World Health Organization 2002; 5—7.