

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.В. Кочубей^{1*}, В.В. Кочубей², А.Г. Ластовецкий³

¹ Академия постдипломного образования ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства России», Москва, Российская Федерация

² Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, Москва, Российская Федерация

³ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, Москва, Российская Федерация

На основе контент-анализа классических работ, посвященных качеству медицинской помощи, Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ), управлению деятельностью организации, выполнен синтез критериев результативности на уровне врача, перспектив от применения классификации для улучшения качества медицинской помощи и принципов внедрения МКФ для оценки качества медицинской помощи.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья, качество медицинской помощи, критерии результативности, инструменты МКФ.

(Для цитирования: Кочубей А.В., Кочубей В.В., Ластовецкий А.Г. Международная классификация функционирования и качество медицинской помощи. *Клиническая практика*. 2018;9(4):84–89. doi: <https://doi.org/10.17816/clinpract9484-89>)

ICF AND THE QUALITY OF MEDICAL CARE

A.V. Kochoubey^{1*}, V.V. Kochubey², A.G. Lastovetsky³

¹ Academy of Postgraduate Education under the Federal Research and Clinical Center of the Federal Medical-Biological Agency, Moscow, Russian Federation

² Moscow State University of Medicine and Dentistry a.n. A.I. Evdokimov, Moscow, Russian Federation

³ Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Based on the content analysis of classical works on the quality of medical care, ICF, organization management, the synthesis was performed for of the efficiency criteria at the physician level, the prospects for using classification to improve the quality of medical care and the principles of using ICF to assess the quality of medical care.

Key words: ICF, quality of medical care, efficiency criteria, ICF tools.

(For citation: Kochoubey AV, Kochubey VV, Lastovetsky AG. ICF and Quality of Medical Care. *Journal of Clinical Practice*. 2018;9(4):84–89. doi: <https://doi.org/10.17816/clinpract9484-89>)

ВВЕДЕНИЕ

Известно, что оценка качества медицинской помощи проводится относительно таких ее характеристик, как эффективность, результативность, приемлемость, экономичность, оптимальность, справедливость и легитимность [1]. Измерение выраженности этих характеристик выполняют по критериям относительно установленных показателей¹ [2]. Выявлено, что адекватными для оценки по одной и той

же характеристике качества медицинской помощи на разных уровнях его формирования² являются разные критерии [3, 4]. В большей степени это касается результативности медицинской помощи, характеризующей улучшение здоровья. Многочисленные критерии результативности на уровне системы и учреждения хорошо известны и широко используются в практике и научных исследованиях. Однако их объективность

¹В данной статье понятия «характеристика», «критерий», «показатель» имеют значения, определенные А. Донабедианом, как «признак», «мерило» и «величина».

для измерения результативности на уровне врача подвергалась сомнению и критике [5–7]. Параллельно с исследованиями по поиску критериев, позволяющих точно измерять результативность на уровне врача, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ; World Health Organization, WHO) активно велась работа, касающаяся объективной оценки состояния здоровья индивида [8]. В настоящее время доказана полная приемлемость Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и ее инструментов для объективизации состояния здоровья индивида в момент оценки [9, 10]. Другими словами, МКФ позволяет объективно измерить состояние здоровья до и после лечения, определив улучшение здоровья индивида. К сожалению, несмотря на доказанные возможности МКФ, ее применение до сих пор не связывают с улучшением качества медицинской помощи.

Целью настоящего исследования является формулирование на основе МКФ критериев результативности на уровне врача, перспектив от применения классификации для улучшения качества медицинской помощи и принципов внедрения МКФ для оценки качества медицинской помощи.

МЕТОДЫ

Для достижения цели исследования проведен контент-анализ работ, посвященных качеству медицинской помощи, МКФ, управлению деятельностью организации, а также синтез положений применения МКФ для улучшения качества медицинской помощи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Согласно классической теории качества медицинской помощи, под результативностью медицинской помощи понимают улучшение здоровья, полученное в повседневной практике [11]. На уровне системы улучшение здоровья измеряют через продолжительность предстоящей жизни, заболеваемость, смертность, инвалидность и другие критерии общественного здоровья, на уровне учреждения — через расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов, расхождение контрольных проб, через наличие послеоперационных осложнений, частоту повторных госпитализаций в течение месяца после выписки, частоту вызовов скорой медицинской помощи к прикрепленному населению и множество иных медико-статистических критериев деятельности медицинской организации [12]. Для оценки улучшения здоровья на уровне врача чаще

одновременно используются критерии общественного здоровья и медико-статистические критерии деятельности медицинской организации. В то же время сила и масштабность влияния системы, учредителя и врача на здоровье населения различны, поэтому эффект не может быть одинаковым [13]. Чем сильнее влияние, тем глобальнее эффект. Вот почему критерии — мерил для оценки эффекта — должны быть адекватными силе влияния [14]. Понятно, что влияние врача должно измеряться через сумму улучшений здоровья отдельных пациентов, которым была оказана медицинская помощь данным врачом [15]. Если говорить об МКФ, то она позволяет объективно измерить улучшение здоровья на уровне индивида (пациента), которое выражается в числе и степени восстановления структур, функций и категорий жизнедеятельности [16]. Улучшение здоровья индивида хорошо демонстрирует профиль функционирования до и после лечения.

МКФ содержит 9999 категорий. Многолетняя работа, проведенная ВОЗ, позволяет осуществлять оценку состояния здоровья при определенной патологии только по категориям отдельных групп. В группы собраны те категории, которые чаще подвержены изменению при конкретной патологии. Степень изменения категорий фиксируется относительно доказанных шкал [8].

Соединив возможности МКФ в отношении объективной оценки изменения здоровья индивида и принцип суммирования улучшений здоровья отдельных пациентов, можно создать критерии измерения результативности медицинской помощи на уровне врача. Так, для измерения результативности на уровне врача могут использоваться такие критерии, как доля пациентов, у которых восстановлен определенный процент категорий, например функций, или их степень. Например, качественной медицинской помощью на уровне врача можно считать помощь, результативность которой равна восстановлению «не менее 50% нарушенных функций до установленного планом лечения степени у 80% пациентов». Для оценки результативности можно использовать интегральный коэффициент, сочетающий число и степень восстановления одновременно. Например, медицинская помощь на уровне врача считается качественной, когда результативность «интегрального коэффициента восстановления равна 2,7 у 80% пациентов». Конечно, нельзя вводить показатели (те самые величины — 80%,

² Качество медицинской помощи формируется на уровне системы, учреждения и врача.

60%, 2,7, что даны в примерах для таких критериев измерения результативности) наугад. Все показатели должны быть установлены в ходе исследований, обосновывающих их целесообразность [17]. Для измерения результативности с применением МКФ необходимо обосновать заданный процент восстановленных функций: например, от общего числа функций, на которые направлено лечение для определенной категории пациентов с одной нозологией или однотипной патологией, или вообще для пациентов, находящихся на лечении в определенном подразделении. То же касается и доли пациентов, у которых должно быть зафиксировано восстановление. Скорее всего, для спинномозговой травмы эти показатели (величины) будут одни, для постинсультных состояний — другие. К сожалению, подобные исследования не проводились, несмотря на крайнюю востребованность практикой.

Следует отметить, что отсутствие адекватных критериев результативности на уровне врача не дает возможности провести объективное исследование экономичности и оптимальности. Известно, что экономичность — затраты на медицинскую помощь — можно изучать только при знании ее результативности (улучшений здоровья) [1, 18]. Логично, что сравнение затрат рационально, если выполнено относительно одинакового результата, например улучшения здоровья. Нельзя сравнивать затраты, если результат различен или вообще не известен. В свою очередь, установление показателя оптимальности³ медицинской помощи невозможно без знания ее экономичности. Кроме того, обоснованные экономичность и результативность ложатся в основу доказательства легитимности⁴ медицинской помощи.

Использование МКФ при оказании медицинской помощи дает совершенствование приемлемости для пациента и его близких. Инструменты МКФ дают максимально возможную степень активного участия пациента в проведении терапии, они обеспечивают равенство и стабильность отношений между врачом и пациентом, согласованность ожиданий, ориентаций пациента и врача, помогают врачу сопоставить свой подход не только с требованиями клинической ситуации, но и с ожиданиями пациента и его близких [19].

Применение некоторых инструментов МКФ имеет самостоятельное позитивное влияние на каче-

ство медицинской помощи [20]. Общеизвестно, что качество результата зависит от качества процессов [3]. Качество процессов обеспечивается путем установления взаимодействия в процессах, определения фронта работы каждого участника процесса с объективизацией точек достижения для каждого из них [21]. Таблица вмешательств МКФ позволяет точно указать участников процесса, область вмешательства и вид вмешательств, необходимый результат. Таблица даже позволяет осуществить контроль за точками достижения: что надо было достичь и что достигнуто. Именно наличие этих возможностей принципиально отличает таблицу вмешательств от рутинных назначений в истории болезни или амбулаторной карте и, конечно же, от листа назначений.

Учитывая потенциал МКФ в отношении улучшения качества медицинской помощи, следует определить принципы внедрения МКФ в работу медицинской организации. Во-первых, применение МКФ как обязательное должно быть закреплено в локальных документах в отношении ведения пациентов с определенной патологией или пациентов, находящихся на лечении в определенных подразделениях (отделениях). Во-вторых, следует регламентировать все процессы внедрения и использования МКФ для всех участников. Регламентация всех процессов обеспечивает успешность любого внедрения и операционную эффективность [22]. Сотрудники должны понимать, что, когда, кто и как делает во вновь внедряемых процессах [23, 24]. При этом написание действенных регламентов — это трудоемкая работа, требующая существенных временных затрат [25]. Например, чтобы регламентировать процедуру оценки состояния здоровья по МКФ с использованием инструментов МКФ, надо указать, будет ли она при первой и последующих оценках проводиться комиссионно, мультидисциплинарно, с участием заведующих отделениями. Также следует определить, по каким обязательным категориям, относительно каких шкал для каждой категории должна выполняться оценка, сроки первой и последующих оценок, их этапность. Процесс взаимодействия, который является ключевым фактором успеха при использовании МКФ, также требует регламентации. Например, ответственным за взаимодействие может быть лечащий врач или специалист, который вносит более весомый вклад в восстанов-

³ В качестве результата для оптимальности принято брать 1 QALY (Quality-adjusted life-year — год жизни, скорректированный на качество).

ление функционирования. Даже процесс ознакомления сотрудников с МКФ требует утверждения графиков, продолжительности обучения, групп и категорий обучаемых, обязательности явок и их контроля. В-третьих, следует утвердить локальными актами все инструменты МКФ, являющиеся, по существу, формами медицинской документации. В-четвертых, надо внедрить критерии и показатели качества работы сотрудников на основе МКФ в систему стимулирующих выплат. Использование МКФ — это дополнительная нагрузка на персонал. Не стоит забывать, что одной из основных причин сопротивления изменениям является боязнь дополнительной нагрузки [26], а отсутствие адекватного стимулирования приведет к саботированию нововведения. Помимо указанных принципов, внедрение МКФ с целью улучшения качества медицинской помощи, как и любого преобразования, требует использования подходов борьбы с сопротивлением изменениям [27].

Несмотря на видимую трудоемкость внедрения МКФ, выгоду получит не только пациент, но и сама медицинская организация. Презентация пациенту объективных улучшений здоровья и построение профиля МКФ с реальным участием пациента делает медицинскую помощь для него и его близких более приемлемой [28, 29]. В свою очередь, повышение приемлемости для пациента снижает число жалоб с их стороны, а также является ключевым фактором успеха стратегии медицинской организации. Объективизация результатов медицинской помощи ценна для пациентов, особенно для оплачивающих услуги из личных средств. Объективизация результатов оказанной медицинской помощи помогает отстаивать медицинской организации собственные интересы в спорных случаях, в том числе в судах и иных инстанциях. Персонал медицинской организации получает объективные критерии оценки качества их собственной деятельности и адекватное стимулирование. Благодаря формату инструментов МКФ можно более ясно обозначить границы ответственности в отношении результативности медицинской помощи для каждого врача, специалиста и подразделения, что будет гарантировать снижение конфликтов среди персонала и представлять выгоду для администрации организации. Наконец, научные подразделения организации получают новую область исследований.

⁴ Приемлемость для общества.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Возможности МКФ по объективизации состояния здоровья пациента могут быть положены в основу критериев результативности медицинской помощи на уровне врача и/или мультидисциплинарной бригады, и/или подразделения.

2. Показатели критериев результативности медицинской помощи должны быть обоснованы в ходе исследований.

3. Использование инструментов МКФ позволяет совершенствовать качество медицинской помощи в отношении ее приемлемости для пациента и его близких, экономичности, оптимальности, а также улучшает процессы взаимодействия субъектов, возникающие при оказании медицинской помощи.

4. Внедрение МКФ в работу медицинской организации для обеспечения ее успешности должно проходить в соответствии с рядом принципов: обязательность применения, регламентация всех процессов, утверждение инструментов МКФ, связь с системой стимулирующих выплат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114(11):1115–1118.
2. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? *Am J Public Health*. 1981;71(4):409–412. doi: 10.2105/ajph.71.4.409.
3. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966;44(3):Suppl:166–206.
4. Donabedian A. An assessment of the criteria approach to medical care evaluation. *Hosp Med Staff*. 1976;5(9):1–9.
5. Rosenberg C, Donabedian A, Greenberg SM, et al. The professional responsibility for the quality of health care. A discussion of methods. Panel discussion. *Bull N Y Acad Med*. 1976;52(1):86–92.
6. Donabedian A. Quality in health care: whose responsibility is it? *Am J Med Qual*. 1993;8(2):32–36. doi: 10.1177/0885713X9300800202.
7. Комаров Г.А., Конаныхина А.К. Медицинская эрратология как фундамент построения системы оценки качества медицинской помощи // *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*. — 2016. — №5. — С. 33–37. [Komarov GA, Konanykhina AK. Meditsinskaya erratologiya kak fundament postroeniya sistemy otsenki kachestva meditsinskoj pomoshchi. *Vestnik KGMA im. I.K. Akhunbaeva*. 2016;(5):33–37. (In Russ).]

8. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: WHO; 2001.
9. Stucki G, Grimby G. Applying the ICF in medicine. *J Rehabil Med*. 2004;(44 Suppl):5–6. doi: 10.1080/16501960410022300.
10. Cieza A, Brockow T, Ewert T, et al. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med*. 2002;34(5):205–210. doi: 10.1080/165019702760279189.
11. Donabedian A. Some basic issues in evaluating the quality of health care. *ANA Publ*. 1976;(G-124):3–28.
12. Случанко И.С., Церковный Г.Ф. *Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения*. 2-е изд., испр. и доп. — М.: Медицина; 1983. — 192 с. [Sluchanko IS, Tserkovnyj GF. *Statisticheskaya informatsiya v upravlenii uchrezhdeniyami zdravookhraneniya*. 2th ed., revised and updated. Moscow: Meditsina; 1983. 192 p. (In Russ).]
13. Donabedian A. Institutional and professional responsibilities in quality assurance. *Qual Assur Health Care*. 1989;1(1):3–11. doi: 10.1093/intqhc/1.1.3.
14. Donabedian A. Advantages and limitations of explicit criteria for assessing the quality of health care. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1981;59(1):99–106. doi: 10.2307/3349778.
15. Donabedian A. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Med Care Rev*. 1980;37(7):653–698.
16. Stucki G, Cieza A, Ewert T, et al. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disabil Rehabil*. 2002;24(5):281–282. doi: 10.1080/09638280110105222.
17. Donabedian A. Using decision analysis to formulate process criteria for quality assessment. *Inquiry*. 1981;18(2):102–119.
18. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull*. 1992;18(11):356–360.
19. Donabedian A. Patient care evaluation. *Hospitals*. 1970;44(7):131–136.
20. Ustün TB, Chatterji S, Bickenbach J, et al. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil*. 2003;25(11–12):565–571. doi: 10.1080/0963828031000137063.
21. Laffel G, Blumenthal D. The case for using industrial quality management science in health care organization. *JAMA*. 1989;262(20):2869–2873.
22. Whetsell G. *Total quality management*. In: Quality in health care. Ed. by N. Graham. Gaithersburg; 1995. pp. 79–91.
23. Donabedian A. The assessment of technology and quality. A comparative study of certainties and ambiguities. *Int J Technol Assess Health Care*. 1988;4(4):487–496. doi: 10.1017/s0266462300007571.
24. Каплан Р.С., Нортон Д.П. *Сбалансированная система показателей. От стратегии к действию*. — М.: ЗАО «Олимп-Бизнес»; 2006. — 210 с. [Kaplan RS, Norton DP. *Sbalansirovannaya sistema pokazatelej. Ot strategii k dejstviyu*. Moscow: ЗАО «Olimp-Biznes»; 2006. 210 p. (In Russ).]
25. Браун М.Г. *Сбалансированная система показателей: на маршруте внедрения*. Пер. с англ. Ю. Сакулина. — М.: Альпина Бизнес Букс; 2005. — 226 с. [Braun MG. *Sbalansirovannaya sistema pokazatelej: na marshrute vnedreniya*. Translated from English ed by Yu Sakulin. Moscow: Al'pina Biznes Buks; 2005. 226 p. (In Russ).]
26. Лейхи Л., Киган Р. *Неприятие перемен. Как преодолеть сопротивление изменениям и раскрыть потенциал организации*. Пер. с англ. М.М. Попова, М. Бобровой. — М.: Издательство Манн, Иванов и Фербер (МИФ); 2017. — 380 с. [Lejkhi L, Kigan R. *Nepriyatie peremen. Kak preodolet' soprotivlenie izmeneniyam i raskryt' potentsial organizatsii*. Translated from English ed by MM Popov, M Bobrova. Moscow: Izdatel'stvo Mann, Ivanov i Ferber (MIF); 2017. 380 p. (In Russ).]
27. Коттер Д.П. *Впереди перемен*. Пер. с англ. — М.: Олимп-Бизнес; 2014. — 256 с. [Kotter DP. *Leading change*. Moscow: Olimp-Biznes; 2014. 256 p. (In Russ).]
28. Donabedian A. The lichfield lecture. Quality assurance in health care: consumers' role. *Qual Health Care*. 1992;1(4):247–251. doi: 10.1136/qshc.1.4.247.
29. Шмонин А.А., Касаткина В.М., Мальцева М.Н., и др. Анализ проблем в реабилитационном диагнозе в категориях международной классификации функционирования у пациентов с инсультом, принимающих участие в пилотном проекте «Развитие системы медицинской реабилитации в России» // *Регионарное кровообращение и микроциркуляция*. — 2017. — Т.16. — №2. — С. 17–24. [Shmonin AA, Kasatkina VM, Maltseva MN, et al. Analysis of problems in the rehabilitation diagnosis in the categories of the international classification of functioning in patients with stroke taking part in the pilot project «Development of the system of medical rehabilitation in Russia». *Regionarnoe krovoobrashchenie i mikrotstirkulyatsiya*. 2017;16(2):17–24. (In Russ).]

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ***Кочубей Аделина Владимировна****

докт. мед. наук, доцент, заведующая кафедрой экономики и маркетинга
Академии постдипломного образования ФГБУ «ФНКЦ» ФМБА России;

адрес: 125310, Москва, Волоколамское ш., д. 91, **тел.:** +7 (495) 491-94-95,

e-mail: dom@medprofedu.ru, **SPIN-код:** 5479-8760, **ORCID:** <http://orcid.org/0000-0002-7438-7477>

Смолякова Екатерина Владимировна

аспирант отдела гипертонии ИКК им. А.Л. Мясникова ФГБУ «НМИЦ кардиологии»;

e-mail: smolyakovak@mail.ru, **SPIN-код:** 1751-0230, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-1904-5319>

Кочубей Валентин Владимирович

канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры факультетской хирургии

№1 ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России;

e-mail: kochoubey@gmail.com, **SPIN-код:** 4981-2768, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-6735-9734>

Ластовецкий Альберт Генрихович

докт. мед. наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России;

e-mail: lastovetsky@mednet.ru, **SPIN-код:** 5845-0762, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-9598-7212>