



Корпоративный фонд «University Medical Center»

QUALITY CONTROL

Заболевания, подлежащие мониторингу. Программы управления заболеваниями

Исатаева Нагима Мухамедрахимовна, зам. директора
Департамента организации медицинской помощи, к.м.н.



**Послание Президента Республики
Казахстан – Лидера Нации Н.А.
Назарбаева народу Казахстана**

**«Стратегия «Казахстан 2050» - новый
политический курс состоявшегося
государства»**

**Мы должны серьёзно взяться за профилактику и повысить
качество первичной медико-санитарной помощи.**

**При грамотно организованной профилактической работе болезни
можно предотвращать на ранней стадии.**

**Поэтому в Казахстане необходимо внедрить комплекс
национальных программ наблюдения за состоянием здоровья
целевых групп населения.**



QUALITY CONTROL

**Приказ Министра
здравоохранения и социального
развития Республики Казахстан
от 27 марта 2015 года № 173 «Об
утверждении Правил организации
и проведения внутренней и
внешней экспертиз качества
медицинских услуг»**



QUALITY CONTROL

Этапы экспертизы

Анализ учетной и отчетной документации субъекта здравоохранения проводится с целью сравнительного анализа показателей деятельности субъекта здравоохранения за определенный период работы, с показателями за предыдущий период работы, а также с республиканскими и областными показателями состояния здоровья населения

Проведение клинического аудита путем изучения подробного ретроспективного и/или текущего анализа проведенных лечебно-диагностических мероприятий на предмет их соответствия установленным стандартам в области здравоохранения

Определение степени удовлетворенности граждан уровнем и качеством оказываемых медицинских услуг проводится путем анкетирования пациентов и (или) их родственников и по количеству обоснованных обращений граждан на деятельность субъекта здравоохранения

Анализ и обобщение результатов экспертизы

Принятие мер, направленных на устранение и предупреждение выявленных недостатков по результатам внутренней экспертизы



Экспертиза осуществляется путем проведения:

- 1) **текущего анализа**, в ходе которого изучается медицинская документация пациентов, получающих медицинские услуги на момент проведения экспертизы;
- 2) **ретроспективного анализа**, в ходе которого изучается медицинская документация пациентов, получивших медицинские услуги на момент проведения экспертизы.



Предметом экспертизы качества медицинских услуг

является анализ и оценка
результатов оказанных
медицинских услуг на
основании индикаторов,
определяющих уровень
качества медицинских услуг



QUALITY CONTROL

Заболевания, подлежащие мониторингу (1)

Стационар

1. Число случаев материнской смертности за отчетный период из них от:
акушерских кровотечений;
гестозов;
абортов;
экстрагенитальной патологии
2. Удельный вес случаев родового травматизма
3. Количество случаев детской смертности от 0 до 5 лет за отчетный период из них от:
заболеваний органов дыхания;
кишечных инфекций;
врожденных пороков развития;
причин перинатального периода
4. Удельный вес случаев травматизма новорожденных
5. Удельный вес гнойно-септических процессов после оперативных вмешательств
6. Удельный вес гнойно-септических процессов у новорожденных



Заболевания, подлежащие мониторингу (2)

Амбулаторно-поликлиническая помощь

1. ОКИ, ОРИ: Удельный вес экстренной госпитализации детей до 5 лет с ОКИ, ОРИ
2. ВПР у новорожденных: Случаи ВПР у новорожденных, недиагностированных внутриутробно
3. Туберкулез легких: Удельный вес запущенных случаев среди впервые выявленных больных с туберкулезом легких
4. Злокачественные новообразования:
 - Удельный вес числа впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями 3-4 стадии за отчетный период
 - Удельный вес числа впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями 1-2 стадии за отчетный период
 - Показатель 5-летней выживаемости больных злокачественными новообразованиями



Экспертиза по индикаторам

При экспертизе по **индикаторам структуры** оценивается соответствие ресурсного обеспечения медицинской организации установленным нормативам и требованиям.

При экспертизе по **индикаторам процесса** сопоставляются технологии оказанных медицинских услуг со стандартами конкретному пациенту.

Обязательно оценивается объем и своевременность диагностических мероприятий, точность постановки диагноза, адекватность выбора, объем и своевременность лечебных мероприятий, привлечения к лечению необходимых специалистов, проведения консилиумов, использование возможных стационарозамещающих лечебных технологий, своевременность направления на консультацию и госпитализацию в медицинские организации, интенсивность лечебно-диагностического процесса, адекватность средств, затраченных на лечение пациента, достигнутому результату, обоснованность выдачи листка нетрудоспособности.

При экспертизе по **индикаторам результата** анализируются показатели эффективности деятельности медицинской организации.

Внутренние индикаторы оценки для организаций, оказывающих стационарную помощь (1)

№	Наименование индикаторов	Периодичность информации	Источник информации	Пороговое значение
1	Удельный вес случаев умерших при плановой госпитализации	Ежемесячно	Отчетные данные, мед. карта стационарного больного (форма 003/у)	Значение индикатора стремится к нулю
2	Показатель досуточной летальности в стационаре	Ежеквартально	Мед. карта стационарного больного (форма 003/у), стат. карта выбывшего из стационара (форма 066/у)	Значение индикатора не превышает 4%
3	Послеоперационная летальность при плановой госпитализации	Ежемесячно	Отчетные данные, мед. карта стационарного больного (форма 003/у)	Значение индикатора стремится к нулю
1)	Удельный вес интраоперационных осложнений	Ежеквартально	Отчетные данные, мед. карта стационарного больного (форма 003/у), журнал записи оперативных вмешательств (форма 008/у)	Значение индикатора не превышает 5%
2)	Удельный вес послеоперационных осложнений	Ежеквартально	Отчетные данные, мед. карта стационарного больного (форма 003/у), журнал записи оперативных вмешательств (форма 008/у)	Значение индикатора не превышает 3%
4	Число случаев матер. смертности, из них от: акуш. кровотечений; гестозов; аборт; экстраген. пат.	Ежедневно	Данные мониторинга беременных, родильниц, карта учета матер. смертности (форма 2009-1/у)	Значение индикатора стремится к нулю по управл. причинам
1)	Уд. вес случаев родового травматизма	Ежеквартально	История родов (форма 096/у), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у)	Значение индикатора стремится к нулю
2)	Уд. вес экстренных кесаревых сечений из общего числа кесаревых сечений	Ежеквартально	История родов (форма 096/у), журнал записи оперативных вмешательств (форма 008/у)	Значение индикатора не превышает 20%
3)	Уд. вес берем. женщин, пост-х в стационар в течение суток после отказа в госпитализации	Ежеквартально	Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (форма № 001/у)	Значение индикатора стремится к нулю



Внутренние индикаторы оценки для организаций, оказывающих стационарную помощь (2)

№	Наименование индикаторов	Периодичность информации	Источник информации	Пороговое значение
4)	Полнота выявления экстрагенитальной патологии при поступлении в стационар	Ежеквартально	История родов (форма 096/у), мед. карта стац. больного (форма 003/у), стат. карта выбывшего из стационара (форма 066/у)	Значение индикатора стремится к 100%
5	Количество случаев детской смертности от 0 до 5 лет, из них от: заб. орг. дыхания; кишеч. инф; ВПР; причин перинатального периода	Ежемесячно	Карта учета материнской смертности (форма 2009/у)	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5%
1)	Удельный вес случаев травматизма новорожденных	Ежеквартально	История родов (форма 096/у), история развития новорожденного (форма 097/у)	Значение индикатора стремится к нулю
2)	Показатель интранатальной гибели плода на 100 родившихся живыми и мертвыми	Ежеквартально	История родов (форма 096/у)	Уменьш. знач. показ. по сравнению с предыдущим на 10%
3)	Показатель соблюдения тепловой цепочки под термоконтролем (мониторинг темпер-го режима)	Ежеквартально	История развития новорожденного (форма 097/у); история родов (форма 096/у)	Значение индикатора не превышает 0,5%
4)	Показатель ранней неонатальной смертности (до 7 суток жизни) на 1000 родившихся живыми	Ежеквартально	История развития новорожденного (форма 097/у)	Уменьш. знач. показ. по сравнению с предыдущим на 5%
6	Показатель ВБИ	Ежемесячно	Журнал учета инф.заб. (форма 060/у)	Стремится к нулю
1)	Уд.вес гнойно-септических процессов после операций	Ежемесячно	Мед.карта стац. больного (форма 003/у)	Значение индикатора не превышает 1%
2)	Удельный вес гнойно-септических процессов у новорожденных	Ежемесячно	История развития новорожденного (форма 097/у)	Значение индикатора стремится к нулю
7	Показатель повторного поступления (в течение 1 мес. по поводу одного и того же заболевания)	Ежемесячно	Отчетные данные, мед. карта стац. больного (форма 003/у), стат. карта выбывшего из стационара (форма 066/у)	Значение индикатора стремится к нулю
8	Случаи расхождения клин. и патологоанат. диагнозов	Ежемесячно	Протокол патологоанатомического исследования (форма 013/у)	Значение индикатора стремится к нулю
9	Общее количество обосн. жалоб по сравнению с анал. пер. прошлого года	Ежемесячно	Журнал регистрации обращений	Значение индикатора стремится к нулю



Внутренние индикаторы оценки для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (1)

№	Наименование индикаторов	Периодичность информации	Источник информации	Пороговое значение
10	Показатель общ. смертности, в т. ч. трудоспособного возр. среди прикрепленного населения	Ежеквартально	Данные областного стат. управления с указанием домашнего адреса	Уменьш. показателя по сравнению с предыдущим на 5%
1)	Показатель первичного выхода на инвалидность лиц трудосп. возраста	1 раз в год	Данные Медико-социальной экспертной комиссии	Уменьшение показателя по сравнению с предыдущим на 1%
11	Удельный вес случаев материнской смертности, предотвратимых на уровне ПМСП*	Ежедневно	Карта учета материнской смертности (форма 2009-1/у) (случ. МС, предотвратимые на уровне ПМСП (по результатам экспертизы ККМФД*))	Значение индикатора стремится к нулю
1)	Уд. вес оздоровленных женщин с экстрагенитальной патологией среди ЖФВ* прикрепленного населения	Ежеквартально	Мед.карта амб. больного (ф.025/у), Стат. карта амб. пац. (ф. 025-05/у) Контр. карта дисп. набл.(ф. 030/у)	Увеличение показателя на 5% по сравнению с предыдущим периодом
2)	Охват контрацепцией женщин с абс. п/показ. к вынаш. беременности	Ежеквартально	Мед. карта амб. больного (ф.025/у)	Значение индикатора стремится к 100%
3)	Случаи беременности ЖФВ* с экстраген. патологией, которым абсолютно противопоказана беременность	Ежеквартально	Стат. карта выбывш. из стац. (ф.066/у), Программное обеспечение «Регистр беременных»	Значение индикатора стремится к нулю
4)	Уровень абортов по отношению к родам	Ежеквартально	Стат. карта выбывш. из стационара (ф. 066/у), (МКБ-10*: роды)	Уменьш. показателя по сравн. с предыд. на 5%
5)	Удельный вес беременных женщин госпитализированных с нарушением принципа регионализации (по данным круглосуточного стационара)	Ежеквартально	Стат. карта выбывш. из стац. (ф.066/у), (МКБ-10*: с указанием родоразрешения) Программное обеспечение «Регистр беременных»	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5%
12	Детская смертность до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП* (ОКИ*, ОРИ*)	Ежедневно	Карта учета родивш. живым, мертворожд. и умершего ребенка в возрасте до 5 лет (форма 2009/у)	Уменьшение показателя по сравнению с предыдущим на 5%

Внутренние индикаторы оценки для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (2)

№	Наименование индикаторов	Периодичность информации	Источник информации	Пороговое значение
1)	Уд. вес обученных мед.раб. ПМСП* по программе ИВБДВ*, РДРВ*	1 раз в год	Отчет отдела кадров	Значение индикатора не менее 70%
2)	Показатель умерших детей в возрасте от 7 дней до 5 лет на дому	Ежеквартально	АИС* «Млад», данные областного статистического управления	Уменьшение показателя по сравн.с пред.на 5%
3)	Показ. посещ. врач. новорожд. в перв.3 дня после роддома (патронаж)	Ежеквартально	История развития ребенка (форма 112/у), АИС* «Стационар»	Значение индикатора стремится к 100%
4)	Уд. вес экстр. госпит. детей до 5 лет с ОКИ*, ОРИ* за отчетный период	Ежеквартально	Данные «Мединформ»	Уменьш. показателя по сравн.с пред. на 1%
5)	Уд. вес из числа родителей детей до 5 лет, обученных призн. опасности в соответствии с принципами ИВБДВ*	Ежеквартально	Журнал кабинета здорового ребенка	Значение индикатора стремится к 100%
6)	Случаи ВПР* у новорожденных, недиагностированных внутриутробно	Ежеквартально	Ист.разв. ребенка (ф.112/у), индивид. карта берем., роженицы, родильницы (форма 111/у)	Значение индикатора стремится к нулю
7)	Уд. вес детей в возр. 6 мес., получ-х искл. грудн. вскармливание, за искл. детей отказных подкидышей и детей, родившихся от ВИЧ-инф. матерей, принимающих цитостатики	Ежеквартально	История развития ребенка (форма 112/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к 100%
8)	Уд. вес детей, получ-х грудное вскармл. до 2 лет, за искл. детей отказных подкидышей и детей, родившихся от ВИЧ-инф. матерей, прин-х цитостатики	Ежеквартально	История развития ребенка (форма 112/у в соответствии с Приказом)	Увеличение показателя на 5% по сравнению с предыдущим периодом
13	Уд. вес запущ. случ. среди впервые выявленных больных с туб. легких	Ежеквартально	Программный комплекс «Регистр больных туберкулезом»	Уменьшение показателя по сравн. с предыдущ. на 5%
1)	Охват населения проф. флюорографией среди обязательного контингента	1 раз в год	План провед. флюор. обслед., журнал регистр. флюор. обл., отч.формы	Значение индикатора стремится к 100%

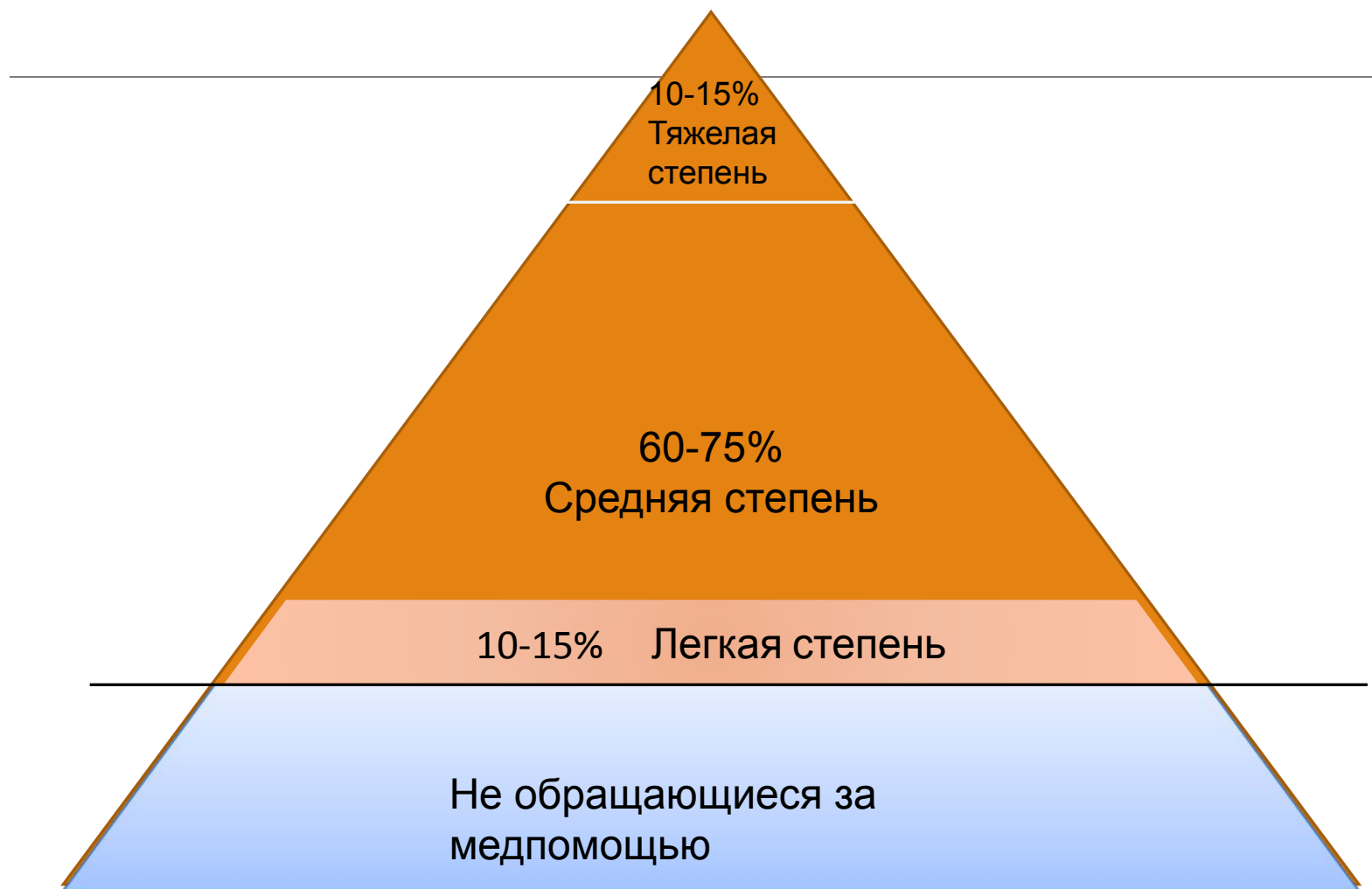
Внутренние индикаторы оценки для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (3)

№	Наименование индикаторов	Периодич-ть информации	Источник информации	Пороговое значение
2)	Показатель выявляемости больных туберкулезом среди обследованных лиц методом флюорографии	Ежеквартально	Журнал регистр. флюор. обсл., карта проф. флюор. обсл. (ф.052/у)	Значение индикатора составляет не менее 60%
3)	Показатель выявляемости больных с подозрением на туберкулез среди обследованных лиц методом микроскопии	Ежеквартально	Журнал регистр. микроск. обсл., отчетн. формы, лабор. регистр. журнал (ф.ТБ 04/у), направление на микроск. иссл. мокроты на МБТ (ф. ТБ 05/у)	Значение индикатора составляет не менее 70%
4)	Число больных туберкулезом, прервавших терапию на уровне ПМСП*	Ежеквартально	Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к нулю
5)	Количество больных туберкулезом, получающих психосоциальную помощь	Ежеквартально	Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у)	Увелич. колич. б-х на 20% по срав. с предыдущим пер
14	Уд. вес числа впервые выявленных больных ЗНО 3-4 стадии за отчетный период	1 раз в год	База данных «Онкорегистр»	Уменьш. показ. на 5% по сравн. с предыд. периодом
1)	Удельный вес числа впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями 1-2 стадии за отчетный период	1 раз в год	База данных «Онкорегистр»	Увеличение показателя на 1% по сравнению с предыдущим периодом
2)	Показатель 5-летней выживаемости больных злокачественными новообразованиями	1 раз в год	База данных «Онкорегистр»	Значение индикатора составляет не менее 50%
14	Общее количество обоснованных жалоб за отчетный период по сравнению с предыдущим периодом	Ежеквартально	Журнал регистрации обращений	Уменьшение показателя на 10% по сравнению с предыдущим периодом
15	Ур. госпитализ. больных из числа прикр. насел. госпитал-х с ослож. заб ССС: АГ, ОИМ, ОНМК	Ежеквартально	Стат. карта выбывш. из стац. (ф. 066/у)	Уменьшение показателя по сравн. с предыд. на 10%

Внедрение Программы управления заболеваниями (ПУЗ)



Пациенты с хроническими заболеваниями в поле зрения медицинских организаций





Сдвиг влияния хронических заболеваний





Пирамида Kaiser Permanente - соответствие уровня управления хроническими заболеваниями и самопомощи

- Управление хроническими заболеваниями: управление населением



Национальная скрининговая программа в Казахстане

- | | |
|---|--|
| 1. Скрининг на раннее выявление АГ, ИБС | Продолжающиеся с 2009 года |
| 2. Скрининг на рак молочной железы | |
| 3. Скрининг женщин на раннее выявление рака шейки матки с использованием PАП-теста. | |
| 4. Скрининг на раннее выявление сахарного диабета | Вновь введенные с 2011 года |
| 5. Скрининг детей раннего возраста на выявление врожденной и наследственной патологии слуха | |
| 6. Скрининг на раннее выявление глаукомы | Внедрены в пилотных регионах с 2013 года |
| 7. Скрининг целевых групп риска на гепатит В и С у детей и взрослых | |
| 8. Скрининг на раннее выявление колоректального рака | |
| 9. Скрининг на раннее выявление рака предстательной железы | |
| 10. Скрининг на раннее выявление рака пищевода и желудка | |
| 11. Скрининг на раннее выявление рака почки | |

Цели солидарной ответственности

1. Четкое распределение финансовой и нефинансовой ответственности за здоровье между государством, работодателем и гражданином

2. Изменение поведения и отношения к собственному здоровью у граждан

3. Достижение всеобщего охвата населения медицинской помощью

4. Рационализация потребления ресурсов и медицинской помощи с акцентом на ПМСП

5. Воздействие на повышение качества предоставления медицинских услуг

6. Воздействие на постепенное повышение эффективности использования бюджетных ресурсов, в том числе за счет:

- развития профилактических мер
- предупреждения будущих болезней среди молодого населения



Программы управления заболеваниями

Health Services in Myanmar

Disease Control Programme

Myanmar, after gaining independence, established campaigns to fight against major infectious diseases. Since 1976, integration of health services was carried out where the campaign of vertical programmes were all integrated into Basic Health Services using Primary Health Care approach.

Since then the basic health staff have been reoriented and trained to provide services for Malaria Control, implement Multi Drug Therapy Programme in leprosy, case finding and treatment of TB cases, immunization of children against 6 major childhood diseases, control of diarrhoeal diseases and surveillance activities etc. Under the Disease Control Division and with the support of Central Epidemiological Unit, supervision, monitoring and technical support is provided by disease control teams at Central level and State and Division levels.

Malaria

Malaria is one of the priority diseases in Myanmar. It is a re-emerging public health problem due to climatic changes, uncontrolled population migration, ecological changes, existence of multi-drug resistant *P.falciparum* parasite, appearance of insecticide resistant vector and change in behavior of vector. Long-term trend shows decreasing malaria morbidity and mortality in Myanmar.



Disease Control Priorities in Developing Countries

SECOND EDITION

Editors

Dean T. Jamison
 Joel G. Breman
 Anthony R. Measham
 George Alleyne
 Mariam Claeson
 David B. Evans
 Prabhat Jha
 Anne Mills
 Philip Musgrove

Heart&Stroke Hypertension Management Program: Enabling Chronic Disease Management in Primary Care and Communities

Integrating Family Health Team and Community-Centred Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: Sharing Practical Experiences with the CHAP

Margaret Moy Lum-Kwong
October 2008



Finding

ISSUE BRIEF



Center on an Aging Society
ROCHESTER UNIVERSITY

Disease Management Programs

Improving health while reducing costs?

People with chronic conditions generally use more health care services, including physician visits, hospital care, and prescription drugs.¹ Increases in the number of people living longer with chronic conditions coupled with rising health care expenditures have spurred health plans, employers, and the government to look for ways to reduce health care use and costs. Disease management is one approach that aims to provide better care while reducing the costs of caring for the chronically ill. Disease management programs are designed to improve the health of persons with specific chronic conditions and to reduce health care service use and costs associated with avoidable complications, such as emergency room visits and hospitalizations.²

Substantial reductions in health care service use and expenditures have occurred for many individuals enrolled in disease management programs. Disease management is still relatively new, however, and programs are still evolving. Therefore, the long-term impact of this approach is not known.

People with Chronic Conditions Account for the Majority of Health Care Expenditures

FIGURE 1
Proportion of the Population with One or More Chronic Condition and Their Share of Health Care Expenditures, by Health Insurance



NATIONAL DISEASE CONTROL PROGRAMMES (NDCP)

CHALLENGES FOR THE 21ST CENTURY: CHRONIC AND DISABLING CONDITIONS



Мировой опыт внедрения Программ управления заболеваниями

Финляндия. Самый высокий в мире показатель смертности от ИБС (1971г.). 1972-1977 г. – пилотное внедрение ПУЗ, затем – вся территория Финляндии.

Голландия. 2000 г. – сахарный диабет.

Германия. 2001 г. – пилотное внедрение программ по сахарному диабету 2 типа, раку лёгких и ИБС.
2003 г. – программа по раку молочной железы.

Канада. 2003 г. – ХСН, ХОБЛ, сахарный диабет.

и т.д.

Программы управления заболеваниями (Disease management programs)

Программы управления заболеваниями разрабатываются и внедряются для улучшения состояния людей с хроническими заболеваниями, снижения частоты развития осложнений и расходов системы здравоохранения, связанных с госпитализацией этих пациентов. (Bodenheimer, T. (1999). "Disease Management — Promise and Pitfalls," *The New England Journal of Medicine*, 240(15): 1202-1205).

В зависимости от места внедрения и тематики, могут иметь вид, как государственных программ с вовлечением различных министерств и служб, так и вид локальных программ.

Управление хроническими заболеваниями

Это система скоординированных и интегрированных медицинских вмешательств и коммуникаций для определенных групп пациентов с хроническими заболеваниями, где важный компонент – улучшение самопомощи/самоменеджмента



- Программа по ведению распространенных заболеваний нацелена на следующие состояния:
 - **Ишемическая болезнь сердца**, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), почечная недостаточность, **гипертензия**, сердечная недостаточность, ожирение, **сахарный диабет**, астма, рак, артрит, клиническая депрессия, синдром обструктивного апноэ сна, остеопороз

Ключевые элементы программы по управлению заболеваниями

•Определение приоритетных хронических неинфекционных заболеваний

Комплексная медицинская помощь (уход)

Интегрированная медицинская помощь (уход)

Преемственность медицинской помощи (непрерывность ухода)

Мультидисциплинарная

Экстренная

Реабилитация

Профилактика

**Управление
заболеванием**

Координация различных компонентов

Работа с населением
(определяемая конкретным заболеванием)

Активные инструменты для ведения пациента:

- Наличие клинических руководств, основанных на ДМ
- Просвещение в области здоровья
- Самопомощь
- КР, КП, основанные на доказательствах
- Информационные технологии
- Непрерывное повышение качества
- Оплата по результату

Оплата по
результату:
инструмент
высвобождаю-
щий средства
из фонда
скорой
помощи

Схема поощрения для
стимуляции социальных
услуг, с целью
предотвращения
задержки медицинских
услуг

Програмное обеспечение для
Регистрации, Повторного
звонка и Просмотра .
Пациент, находящийся в группе
риска может быть определен
количеством препаратов или
госпитализацией

Новые GMS и PMS:
Призы в виде хороших CDM
PMS+ и улучшение услуг для повышения
потенциала для новых услуг при
хронических заболеваниях

Набор инструментов
в каждой системе
здравоохранения и
социальной
помощи/защиты для
поддержки людей с
ХЗ

Рамки для
национальных
услуг: диабет, ИБС,
люди в возрасте,
психологическое
здоровье, дети,
заболевания почек,
хронические
неврологические
заболевания

Программа по
пациенту-
эксперту,
NHS Direct,
Digital TV

Для пациентов
для лучшего
управления
самоуходом

Фазы управления заболеваниями

Фаза III

Фаза II

Фаза I

Планирование

Внедрение

Оценка

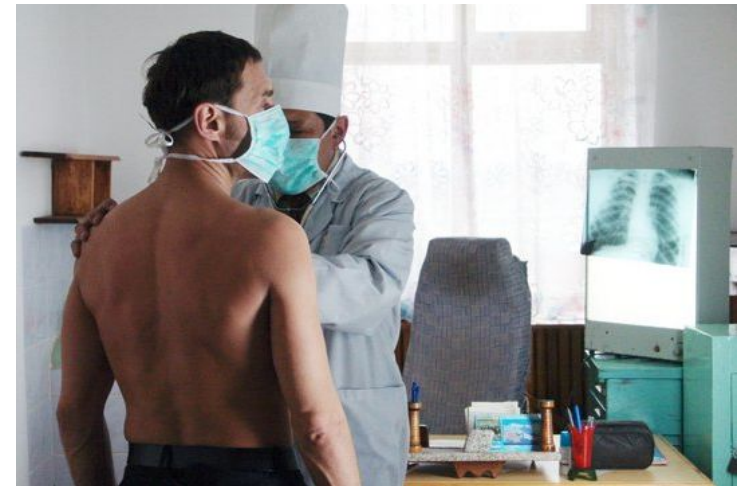
- Определение целевого заболевания
 - критерии отбора
- Определение уровня медицинских организаций/пилотные области
- Определение количества случаев

- Наличие адаптированного клинического руководства, основанного на ДМ
- Разработка программы обучения для врачей/медсестер/пациентов/общества
- Разработка механизмов стимулирования оплаты
- Разработка индикаторов проекта

- Непрерывный мониторинг изменений в практике в результате использования КР
- Непрерывная оценка изменений поведения пациентов
- Непрерывная оценка влияния программ профилактики для общества

Ведение ПУЗ направлено на:

- Улучшение здоровья пациентов
- Применение самопомощи/
самоменеджмента
- Увеличение использование
эффективных лекарственных
препаратов
- Снижение числа обострений и
осложнений
- Снижение потребности в
стационарной и скорой
медицинской помощи



Стратегия внедрения ПУЗ

Национальный

1. Финансирование и мотивация
2. Человеческие ресурсы
3. Разработка формата поддерживающих стандартов
4. Результаты и структура индикаторов
5. Информационные технологии
6. Система улучшения качества
7. Поддержка самоменеджмента
8. Пациенты как партнеры

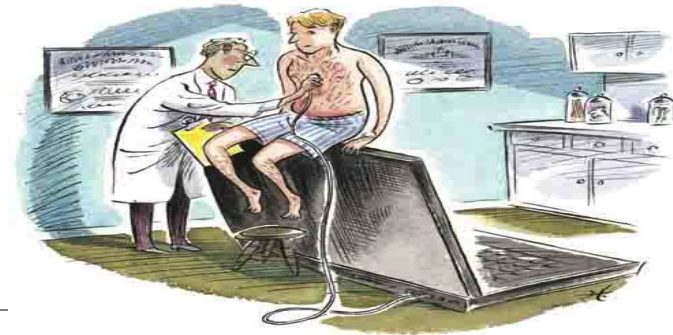
Областной

1. Фокус на улучшении качества
2. Разработка системы оказания медпомощи
3. Мультидисциплинарное взаимодействие
4. Эффективность работы поликлиник

Поликлинический

1. Внедрение улучшение качества медпомощи
2. Определение нужд поликлиники
3. Система предоставления медицинской помощи
4. Поддержка самопомощи
5. Разработка системы подходов, интеграции и использования инструментов, ИТ

Пилотное внедрение ПУЗ



● Пилотные области:

- Павлодарская
- Северо-Казахстанская

● Уровень оказания медицинской помощи:

- ПМСП

● Определены заболевания и контингент:

- Артериальная гипертензия
- Сахарный диабет
- Хроническая сердечная недостаточность

● Адаптация клинических руководств и разработка инструментов внедрения

Пилотное внедрение ПУЗ

- ***Создание мультидисциплинарных команд***
 - Врач-терапевт/ВОП
 - Врач-кардиолог
 - Врач-реабилитолог
 - Врач-офтальмолог
 - Врач-диетолог или обученный средний медперсонал
 - Специалист службы ЗОЖ
 - Медсестра по консультированию и обучению пациентов
 - Медперсонал для телефонных консультаций
 - Социальный работник
 - Психолог
- ***Назначение местных координаторов по внедрению ПУЗ в пилотных регионах***



Материалы

Для медицинских работников:

Концепция Программы управления хроническими неинфекционными заболеваниями (Приложение 1 к приказу МЗ РК от 01.04.13 г. №211)

Инструкция о пилотном внедрении Программы управления хроническими заболеваниями на уровне первичной медико-санитарной помощи (Приложение 2 к приказу МЗ РК от 01.04.13 г. №211)

Методические рекомендации «Внедрение программ управления заболеваниями в практическое здравоохранение» (РЦРЗ)

Для пациентов:

Алгоритмы, дневники самоконтроля, буклеты для пациентов, анкета для пациентов, соглашение об участии в ПУЗ, программы школ пациентов.



МАРШРУТ пациента, участвующего в ПУЗ



Самоменеджмент/самопомощь

- Ключевая особенность ПУЗ
- Ведущая роль информированного активного пациента и продуктивное взаимодействие между врачом и пациентом
- Обучение пациентов самопомощи
- Совместный план медицинской помощи



Симптомы гипогликемии



дрожь



потливость



состояние патологического страха



головокружение



чувство голода



сердцебиение



ослабление зрения



слабость утомляемость



головная боль



раздражительность



Самоменеджмент/самопомощь

План действий при хронической сердечной недостаточности

Дата рождения: _____

ЗЕЛЕНАЯ ЗОНА: Все в норме

Ваша сердечная недостаточность под хорошим контролем, если:

- Нет одышки
- Нет отеков
- Нет увеличения веса
- Нет грудной боли
- Нет снижения вашей способности поддерживать вам уровень активности

Зеленая зона означает:

- Ваши симптомы под контролем
- Продолжайте принимать лекарства по рецепту
- Продолжайте суточный привес
- Продолжайте следовать диете с ограничением соли 2-3 грамм
- Продолжайте все приемы врача

ЖЕЛТАЯ ЗОНА: Осторожно

Контроль над вашей сердечной недостаточностью снижается, если:

- УУвеличение веса на 900 гр и более за ночь
- УУвеличение кашля
- УУвеличение отечности ног и/или живота
- УУвеличение одышки при активности
- УСнижение способности дышать, когда ровно лежите
- УУвеличение количества подушек, необходимых для поднятия головы, когда лежите
- УСнижение вашей способности сохранять уровень активности

Желтая зона означает:

- УВаши симптомы могут указывать на то, что вам необходимо отрегулировать лекарства
- УПримите диуретические лекарства в соответствии с предписанием:

- УЕсли ваши симптомы или вес не нормализуются с дополнительными диуретиками ПОЗОВИТЕ одного из специалистов:
Врач: _____
Медсестра: _____
Общественная медсестра: _____

КРАСНАЯ ЗОНА: Экстренные вызов

- Стойкая одышка и/или одышка в состоянии покоя
- Стойкая боль в груди
- Свистящее дыхание или сдавленность в груди в состоянии покоя
- Необходимо сидеть на стуле для того, чтобы спать
- Увеличение веса более 900 гр за ночь или более 2200 гр за одну неделю
- Спутанность сознания

Красная зона означает:

- Вам срочно нужно пройти осмотр врача
- Идите в ближайшее отделение скорой помощи ИЛИ
- Позвоните 103
- Позвоните вашему врачу немедленно, если вы входите в красную зону

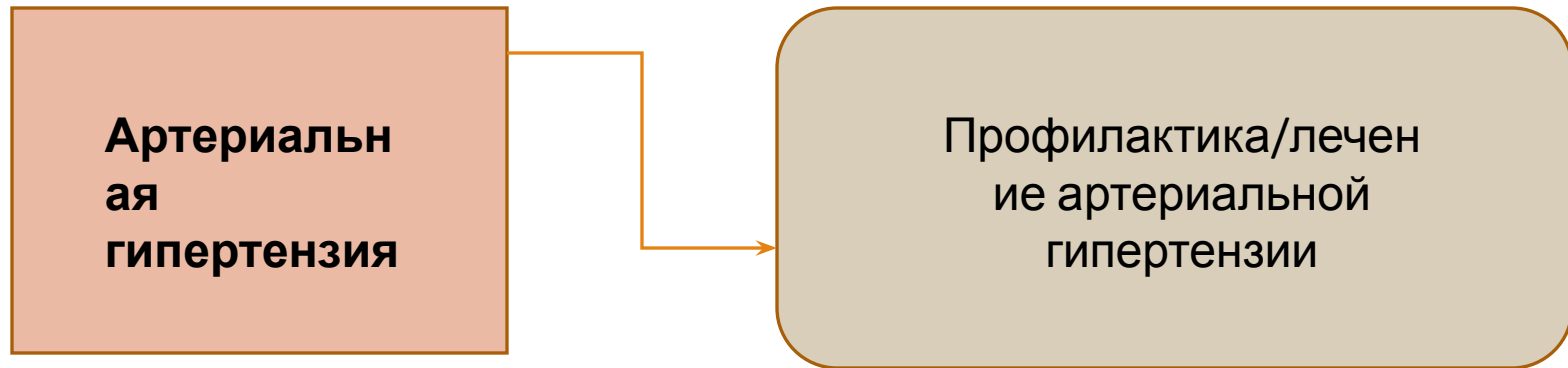


Таким образом

ПУЗ направлена на обеспечение лично-ориентированной медпомощи, в которой каждая мед.услуга согласована друг с другом и с пациентом (и/или его опекуном), имеющим хроническое заболевание, для обеспечения координации, преемственности и непрерывности оказания помощи пациентам на протяжении времени и на различных стадиях его состояния.

Процесс управления заболеваниями

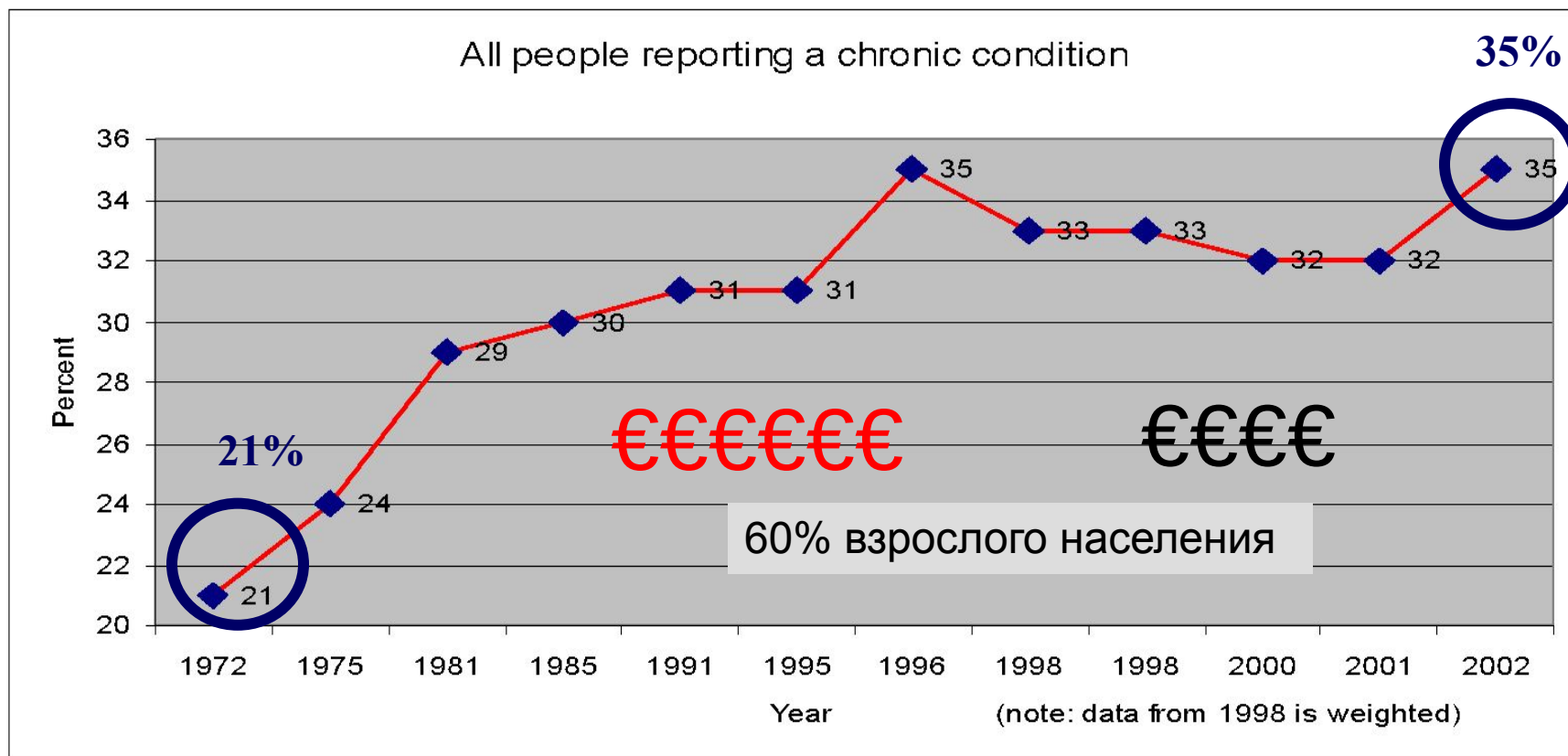
Планирование



Критерии отбора для участия в проекте

Население трудоспособного возраста (30-65 лет), состоящие на диспансерном учете по АГ и наличие добровольного информированного согласия на участие в проекте

Статистические данные по Казахстану (число больных с впервые установленной АГ)



Процесс управления заболеваниями

Планирование

- Определить количество случаев
- Разработать цели и задачи процесса управления заболеваниями
- Определить уровень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь
 - ПМСП
 - Стационар
 - Экстренная помощь
 - Реабилитация

Управление пациентами

ITS MY HEALTHFILE™ Sign Out Wednesday December 15, 2004
10: 18 PM

SEND INFORMATION

Message Board
Send Info
Chart Review
Trends
Meds
Labs
Messages
Education

Date of the Measurements Month: December Day: 15 Year: 2004

Your Weight 162

Your Systolic Pressure 127

Your Diastolic Pressure 79

Time of the Measurements Hour: 10 Minute: 00 AM/PM: PM

Your Pulse 67

Steps per Day 0

Have you noticed any changes in:

Exercise Tolerance

Breathing Comfort

Nighttime Breathing

Swelling of Feet

Palpitations

Include a message:

[Add Info](#)

Information Sent During this Login Session

Date	Time	Weight	Pulse	Blood Pressure	Steps per Day	Symptoms	Message	
12/15/2004	10:00 PM	162	67	127/79	0	0	no	Edit

На рисунке показан экран системы связи Интернет, используемый при управлении гипертонией

Вмешательства пациентов

Метод администрирования

Использование телефона

- Телефонный контакт показал эффективность в изменении поведения пациента (*Am J Hypertens* 1996, *Am J Prev Med* 2002)
- Позволяет увеличить доступность пациентов
- Считается, что телефон более приемлем и удобен в сравнении с человеческими вмешательствами.
- Большинство домов в США имеют телефоны(>97%) – полезный инструмент для оказания вмешательства (U.S. Bureau of Census, 2003)
- Может увеличить затратность вмешательств за счет снижения затрат на вмешательства и посещений врача.

Вмешательства пациентов

Адаптированная для поставки посредством телефона

1. Знания по гипертензии
 - Диабетики
 - Анамнез
2. Образованность
3. Память
4. Отношения пациентов с поставщиками услуг на первичном уровне
5. Социальная помощь
6. Побочные эффекты
7. Факторы стиля жизни (курение, алкоголь, упражнения, диета, стресс)
8. Пропущенные возможности
9. Прием препаратов

- Краткие вмешательства по телефону улучшают контроль АД на ___ % на протяжении ___ месяцев
 - Улучшение на ___% в сравнении с другой не вовлеченной группой
- Нет повышения в затратах в клинике
- Эффективно – затратно
- Помощь в решениях, основанных на базе компьютера не улучшает контроль показателя АД в течение ___ месяцев

Обучение медработников

- Для эффективного внедрения ПУЗ необходимо постоянно проводить обучение медработников ПМСП и других уровней
- Активно вовлекать средний медработников в работу с пациентами
- Разработать план работы и программу обучения по каждой тематике
- Увеличить масштабы профилактической работы с пациентами (межсекторальные программы)
- Обеспечить помещением для проведения занятий и консультирования с пациентами

Телекоммуникации

Основное средство коммуникации – мобильная связь (городской телефон)

Цель – консультирование по вопросам коррекции лечения или мониторинга

Возможности телекоммуникации:

- Предоставить качественное обслуживание большему числу пациентов
- Снизить число осложнений или ухудшения состояния пациентов
- Получать медицинские услуги, не посещая медицинскую организацию

Система телемедицины

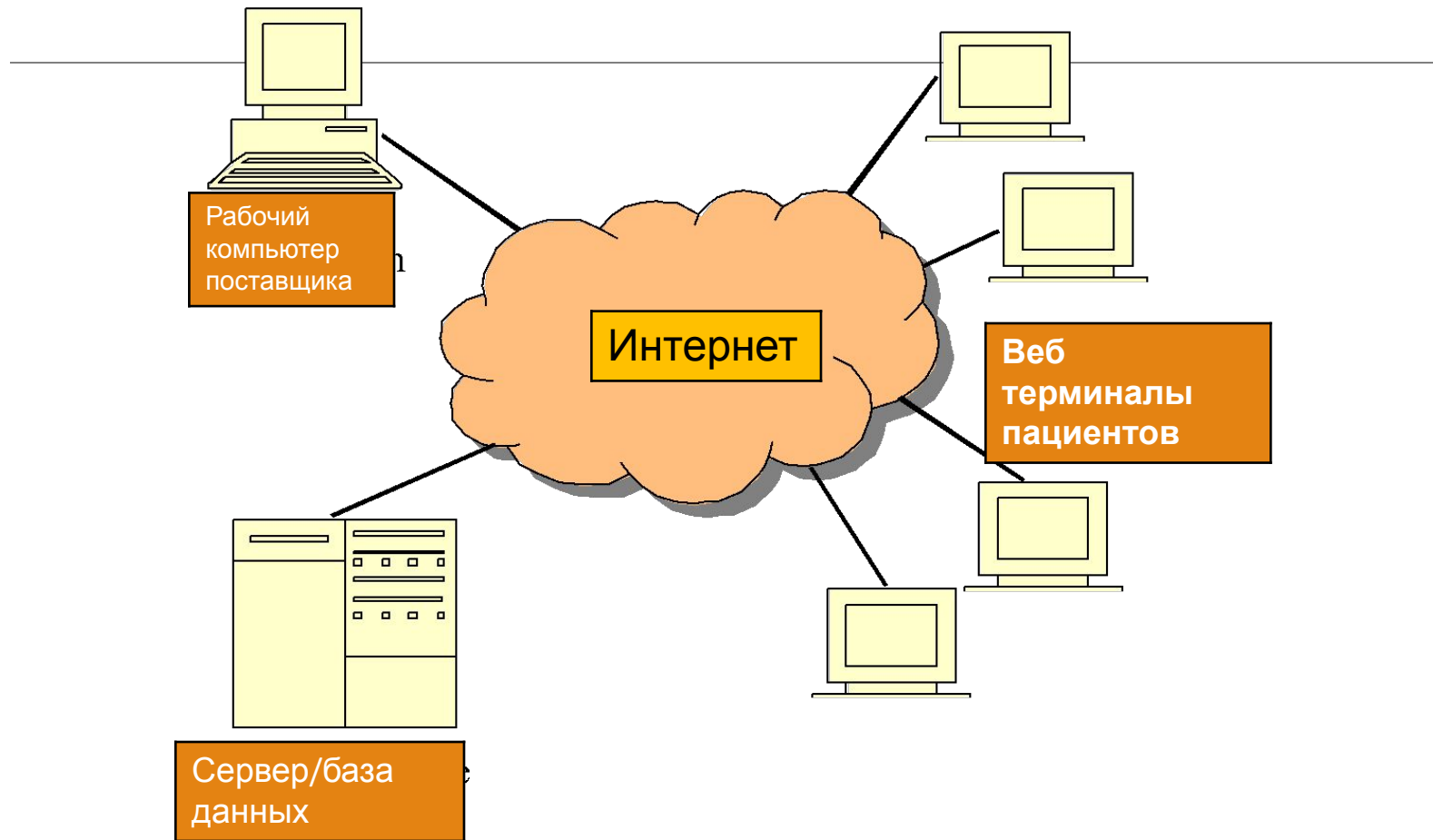


Диаграмма показывает, что регулярное наблюдение по телефону может снизить число госпитализаций больных с осложнениями гипертонической болезни

Стимулы для медицинского персонала, участвующего в проекте

- Бонусная оплата врачам за ведение пациентов согласно клиническому руководству
- Бонусная оплата среднему медицинскому персоналу за обучение пациентов принципам оказания самопомощи
- Непрерывное медицинское образование (повышение квалификации)
- Для обеспечения прозрачности реализации проекта – публикация и диссеминирование данных о полученных бонусах среди медицинских организаций
- Мораторий на выездные проверки



Стимулы для пациентов, участвующих в проекте

- Бесплатное обеспечение препаратами
- Возможность телефонной связи с медицинским персоналом для мониторинга и консультирования на постоянной основе
- Внеочередное обслуживание пациентов
- Обучение пациентов принципам оказания самопомощи
- Обеспечение информационными материалами по самообразованию и здоровому образу жизни

Индикаторы проекта

Для пациента

- Ведение дневника самонаблюдения (все, что ниже можно включить в дневник)
- Снижение веса
- Стабилизация АГ
- Отсутствие кризов
- Снижение вызовов СМП по АГ
- Улучшение основных лабораторных показателей (холестерин, сахар крови)
- Соблюдение диеты (уменьшенное употребление соли, кофеинсодержащих напитков)
- Снижение курения, употребление алкоголя
- Приверженность к гипотензивной терапии, согласно КР

Для медработников

- Снижение госпитализации с АГ
- Снижение количества осложнений от АГ
- Уменьшение вызовов СМП
- Количество консультаций по телефону

Риски

- Низкий доступ к Интернету не позволит вовлечь сельское население пилотных областей (18% по Казахстану по данным МТК имеют доступ к интернету)
- Следовательно, считаем возможным участие в проекте преимущественно городского трудоспособного населения
- Технические перебои работы сотовых операторов могут снизить уровень консультативных услуг по обслуживанию пациентов

Ожидаемые результаты

- Переход от патернализма («старой медицины») к «новой» пациент ориентированной модели
- Увеличение использования эффективных лекарственных препаратов на основе доказательной медицины
- Снижение числа обострений и осложнений
- Снижение потребности в стационарной и скорой медицинской помощи



Ожидаемые результаты

- Применение самопомощи/самоменеджмента
-

Развитие информационной и коммуникационной связи между медицинским персоналом и пациентами

Повышение потенциала здоровья пациентов

Повышение солидарной ответственности пациентов



Спасибо за внимание !

