

Система управління якістю в охороні здоров'я

Презентація до теми №6

Питання для обговорення

- Чи задоволені ми якістю медичної допомоги?
- Сучасні моделі управління якістю
- Методологія управління і параметри якості медичної допомоги
- Роль і мета контролю в сучасних моделях управління якістю
- Побудова системи управління якістю в сучасних умовах України



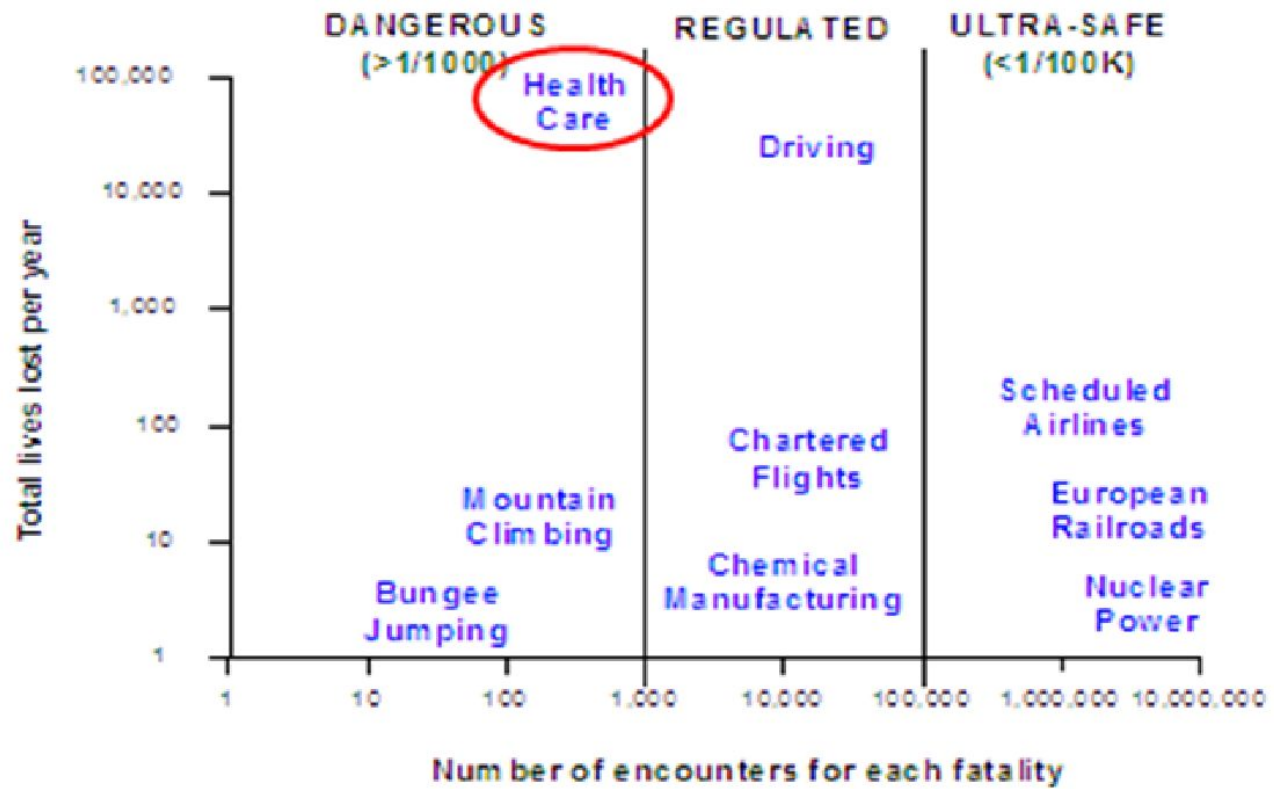
Чому в більшості країн зростає стурбованість забезпеченням якості медичної допомоги?

- Потреби населення
- Документально підтверджена низька якість
- Нові підходи до управління якістю (доказова медицина, індустриальні методи управління якістю)
- Потреби в підвищенні ефективності і кращих наслідках медичних втручань



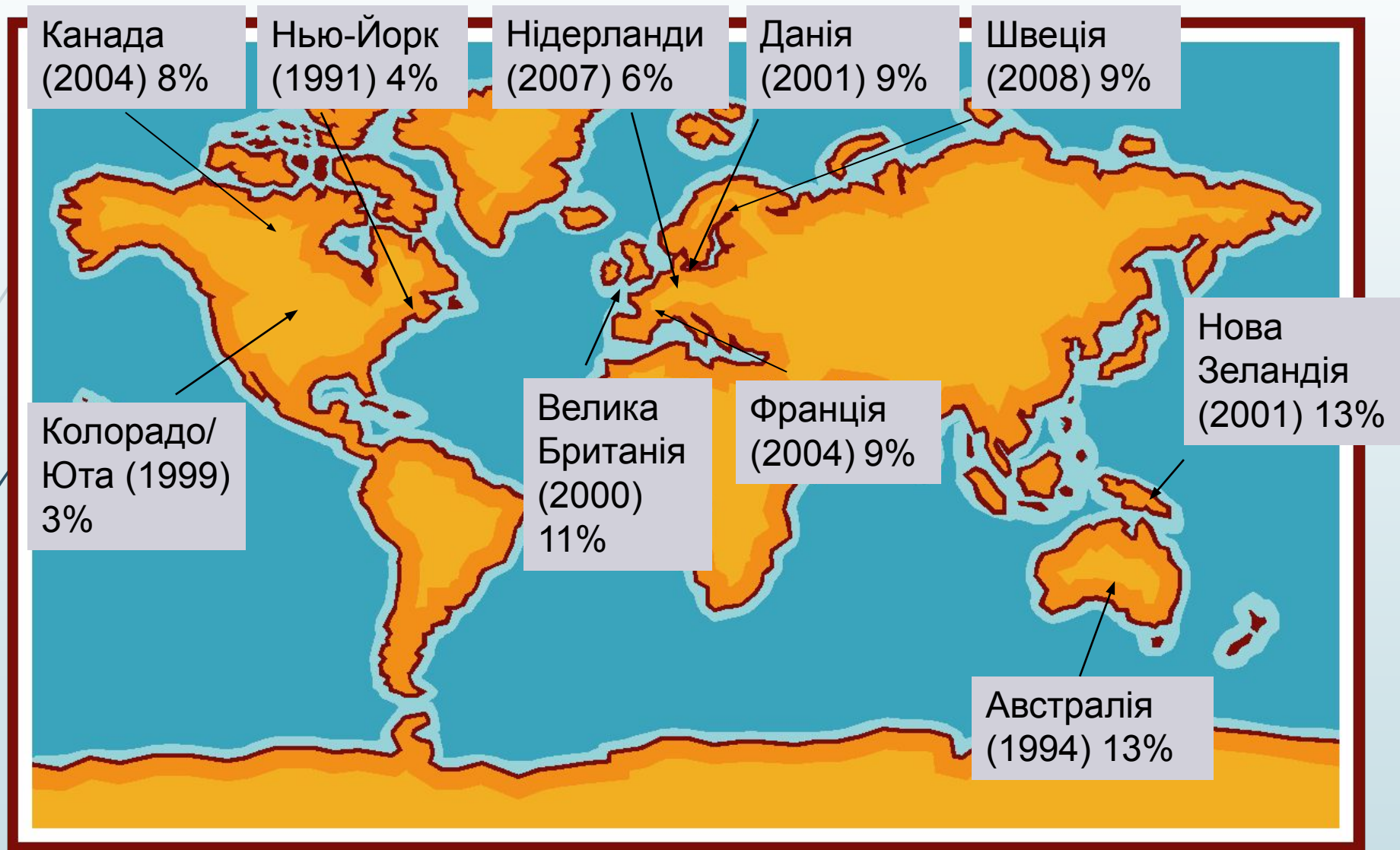
Чи задоволене українське суспільство якістю медичної допомоги?

Наскільки небезпечним є система охорони здоров'я?



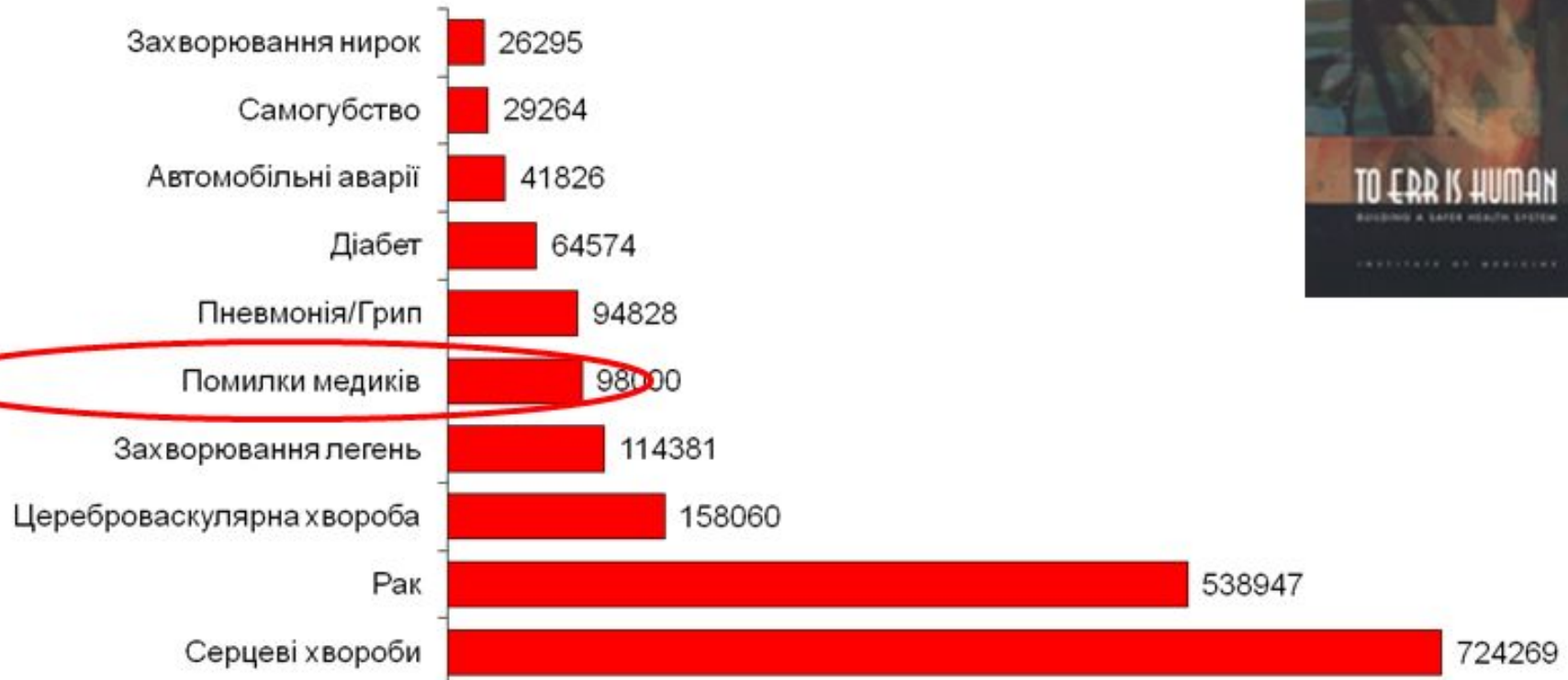
Source: Lease LL, MD

Як часто ми помиляємось?



Розгляд якості у сфері охорони здоров'я

10 головних причин смерті в США – 1998р



Джерело: *To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine, 1999.*

Дані від Ради експертів з економіки Німеччини (17 млн пацієнтів стаціонару)

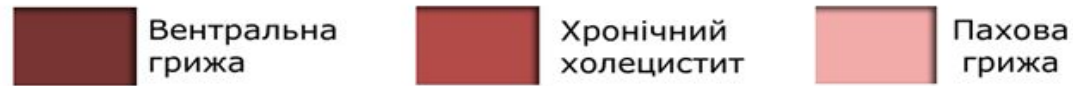
- Від 850 тис. до 1,7 млн несприятливих випадків (НВ) щороку.
- Від 340 тис. до 720 тис. НВ, яким можна було запобігти.
- 70 тис. медичних помилок.
- 7 тис. НВ, що призвели до смерті.

*Джерело: Sachverständigenrat zur Begutachtung
der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten, 2007.*

Залежність якості від моделі управління

ЧАСТОТА ДЕФЕКТІВ ЛІКУВАННЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ СПОСОБІВ ІНТЕНСИФІКАЦІЇ ОСНОВНИХ РЕСУРСІВ ЛІКАРЕНЬ

(% від загальної кількості досліджених хворих)



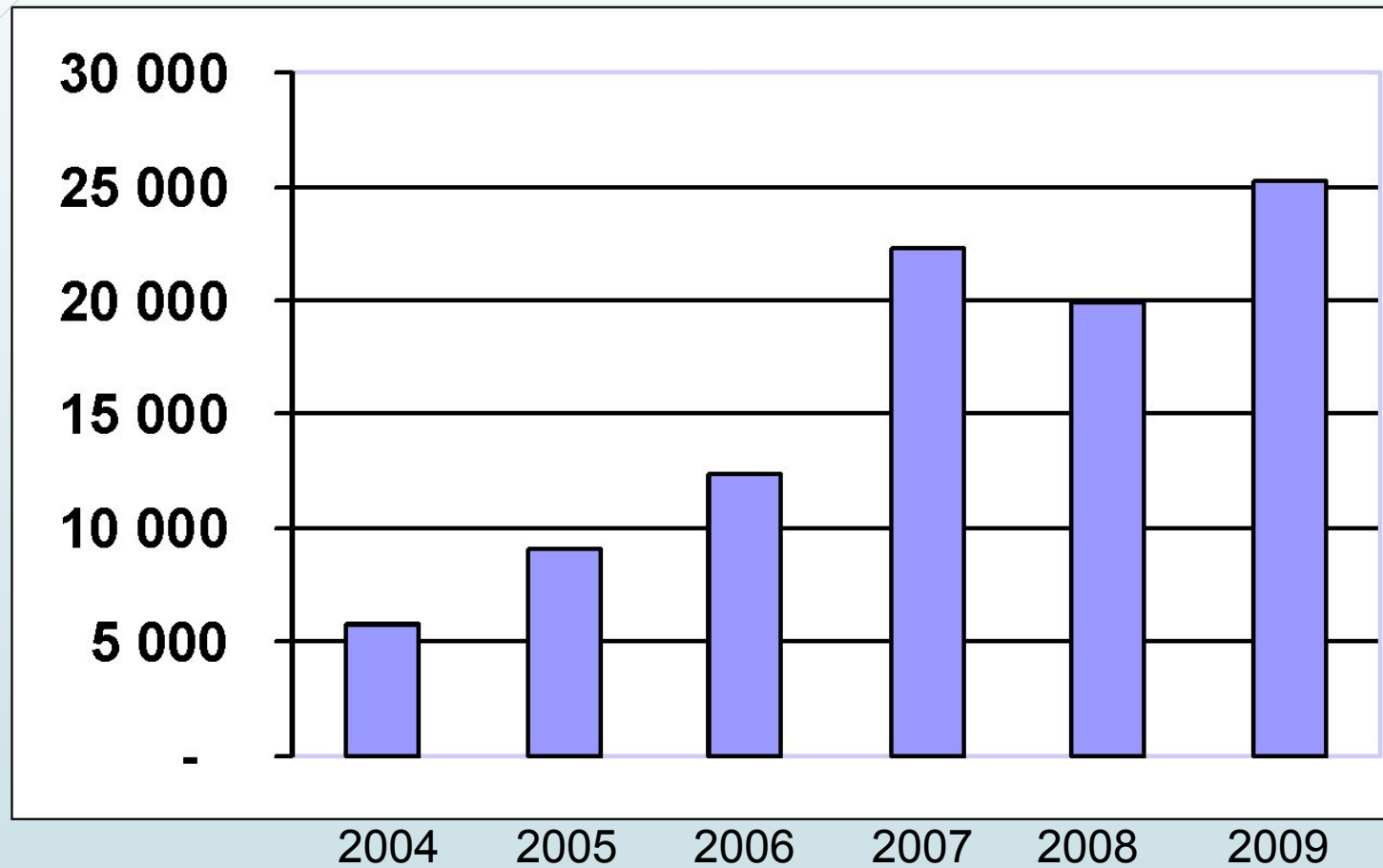
Джерело: Комплекс способів підвищення якості та ефективності стаціонарної медичної допомоги. Методичні рекомендації МОЗ України (65.15/128.15). Київ, 2015.

Якість медичної допомоги на початку XXI століття

- Загальні результати 4-х досліджень показали, що як мінімум 210 000 смертей на рік пов'язані з запобігаємою шкодою у лікарнях.
- Очевидно, серйозна шкода в 10-20 разів частіша, ніж смертельна шкода.

Джерело: J. T. James. A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. Journal of Patient Safety. 2013. V. 9. Issue 3. P. 122–128.

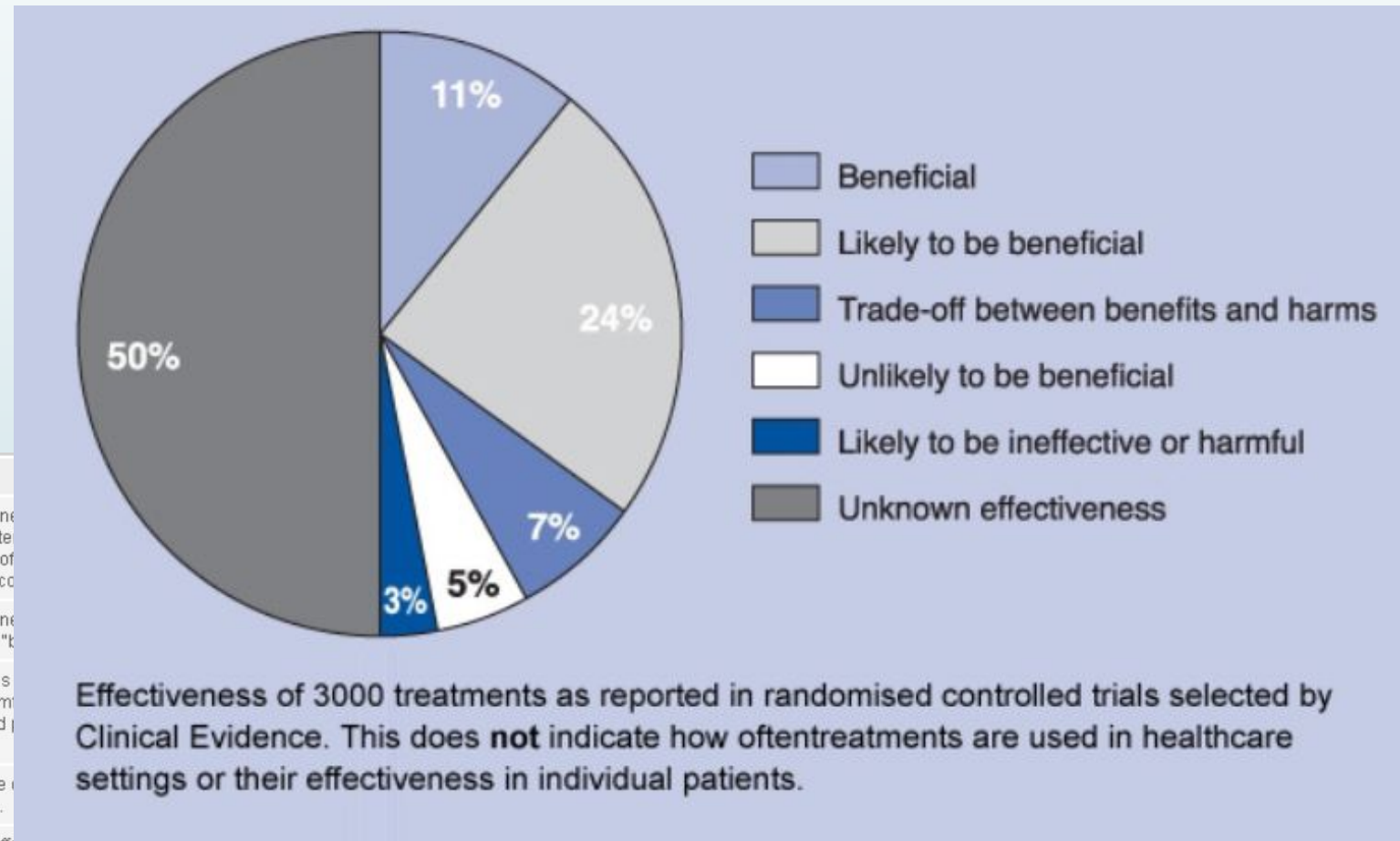
Кількість повідомлень про несприятливі випадки



Джерело: Dansk Patientsikkerheds Database Annual reports, 2004–2009.

Яка ж реальна ситуація з доказами?

(Ефективність лікування за даними систематичних оглядів, наведених у *Clinical Evidence Issue 10*)



Intervention	Icon	Description
Beneficial	🟢🟢	For which effectiveness is well established by high quality evidence from systematic reviews or other alternative source of evidence and the magnitude of benefits or harms is small compared with the magnitude of the alternative.
Likely to be beneficial	🟢?	For which effectiveness is well established by high quality evidence from randomised controlled trials or other alternative source of evidence and the magnitude of benefits or harms is small compared with the magnitude of the alternative.
Trade off between benefits and harms	🟢🔴	For which clinicians need to weigh up the benefits and harms for their patients in the clinical circumstances and the magnitude of benefits or harms is small compared with the magnitude of the alternative.
Unknown effectiveness	??	For which there is no clear evidence of effectiveness or harm, or the quality of the evidence is inadequate.
Unlikely to be beneficial	?🔴	For which lack of effectiveness is less well established than for those listed under "likely to be ineffective or harmful".
Likely to be ineffective or harmful	🔴🔴	For which ineffectiveness or associated harm has been demonstrated by clear evidence.

Проблема якості медичної допомоги


- Тривалість перетворення нової ефективної технології лікування хвороб на повсякденну практику використання для кожного пацієнта становить 17 років.
- Близько 18 тис. осіб помирають щороку від серцевого нападу через невикористання рекомендованого їм профілактичного лікування.
- Понад 50% хворих на діабет, гіпертензію, гіперліпідемію, серцеву недостатність, миготливу аритмію, бронхіальну астму тощо, отримують неадекватне лікування.

Інститут медицини, США, 2003



Стан проблеми в Україні

Існує потреба замінити адміністративно-командний підхід до забезпечення якості медичної допомоги підходом, що базується на принципі **управління процесом.**



Управління якістю в державній системі охорони здоров'я

- Вертикальна централізована система управління
 - Командно-адміністративний стиль управління
 - Охорона здоров'я розвивається на основі єдиних нормативів планування, фінансування медичної допомоги та жорсткої бюджетної дисципліни
- **Основний метод контролю якості – медична експертиза, що проводиться на відомчому рівні.**
- Головна мета експертизи – ретроспективна оцінка медичної допомоги пацієнтові, її результатів, дефектів, причин дефектів із застосуванням санкцій до винних.

Історія питання забезпечення якості медичної допомоги

Проблема забезпечення якості медичної допомоги (ЗЯМД) в Україні має свій історичний розвиток.

Можна виділити три етапи розвитку ЗЯМД в Україні:

1. За радянських часів при державній (бюджетній) системі охорони здоров'я (до 80-х рр. ХХ ст.).
2. В умовах запровадження нового господарчого механізму (НГМ), друга половина 80-х рр. ХХ ст.
3. В умовах незалежної країни з появою ринкових механізмів господарювання (початок 90-х рр. ХХ ст.).

Якість медичної допомоги (визначення)

- Ступінь, до якого медичне обслуговування для окремих осіб і населення загалом збільшує можливість бажаного результату стосовно здоров'я та є узгодженим із сучасним професійним знанням.

(USAID 1999)

<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Q>

- Надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.

Наказ МОЗ від 28.09.2012 № 752

«Про порядок контролю якості медичної допомоги» (зареєстровано в Міністерстві юстиції України 28 листопада 2012 р. за № 1996/22308)

Шість вимірів якості

Центральна роль пацієнта	Надання медичної допомоги кожному пацієнту відповідно до його індивідуальних потреб та цінностей, а також забезпечення того, щоб цінності пацієнта спрямовували всі політичні рішення.
Безпечність	Убезпечення пацієнтів від шкоди під час отримання ним медичних послуг.
Ефективність	Забезпечення послуг, що базуються на наукових знаннях.
Раціональність	Уникання зайвих витрат, у тому числі витрат оснащення та всіх видів ресурсів.
Справедливість	Забезпечення допомоги, яка не відрізняється за якістю для різних хворих за такими особистими характеристиками, як вік, етнічна належність, географічне положення чи соціально-економічне становище.
Своєчасність	Скорочення черг, а іноді й небезпечних затримок для тих, хто послуги отримує, і тих, хто їх надає.

Моделі управління якістю МД (Р. Бомер, 1996)

Характеристики	Професійна	Бюрократична	Індустріальна
Мета	<ul style="list-style-type: none"> • Поліпшення клінічного стану пацієнта 	<ul style="list-style-type: none"> • Поліпшення показників здоров'я населення (контингенту) • Дотримання нормативів 	<ul style="list-style-type: none"> • Задоволення потреб пацієнтів, персоналу та інтересів держави (суспільства)
Об'єкт	<ul style="list-style-type: none"> • Процес • Результат 	<ul style="list-style-type: none"> • Процес • Структура 	<ul style="list-style-type: none"> • Процес • Структура • Результат
Періодичність	<ul style="list-style-type: none"> • Епізодично 	<ul style="list-style-type: none"> • Епізодично 	<ul style="list-style-type: none"> • Постійно
Механізми управлінської дії	<ul style="list-style-type: none"> • Облік та аналіз клінічних випадків з несприятливим результатом • Консилиум 	<ul style="list-style-type: none"> • Контроль, • Статистичний облік та звіти • Стандартизація, сертифікація, ліцензування, акредитація 	<ul style="list-style-type: none"> • Програма безперервного поліпшення якості • Самооцінка організації • Система освіти • Клінічний аудит
Відповідальність за результат	<ul style="list-style-type: none"> • Медичний персонал 	<ul style="list-style-type: none"> • Медичний персонал • Адміністрація 	<ul style="list-style-type: none"> • Весь персонал закладу • Адміністрація • Держава • Пацієнт
Мотивація персоналу	<ul style="list-style-type: none"> • Визнання професіоналізму пацієнтами і колегами 	<ul style="list-style-type: none"> • Покарання • Декваліфікація • Зниження рівня акредитації • Позбавлення ліцензії 	<ul style="list-style-type: none"> • Професійне самоствердження • Відмова від покарань

Компоненти якості

- Якість структури
- Якість процесу
- Якість результату

$$S + P = O$$

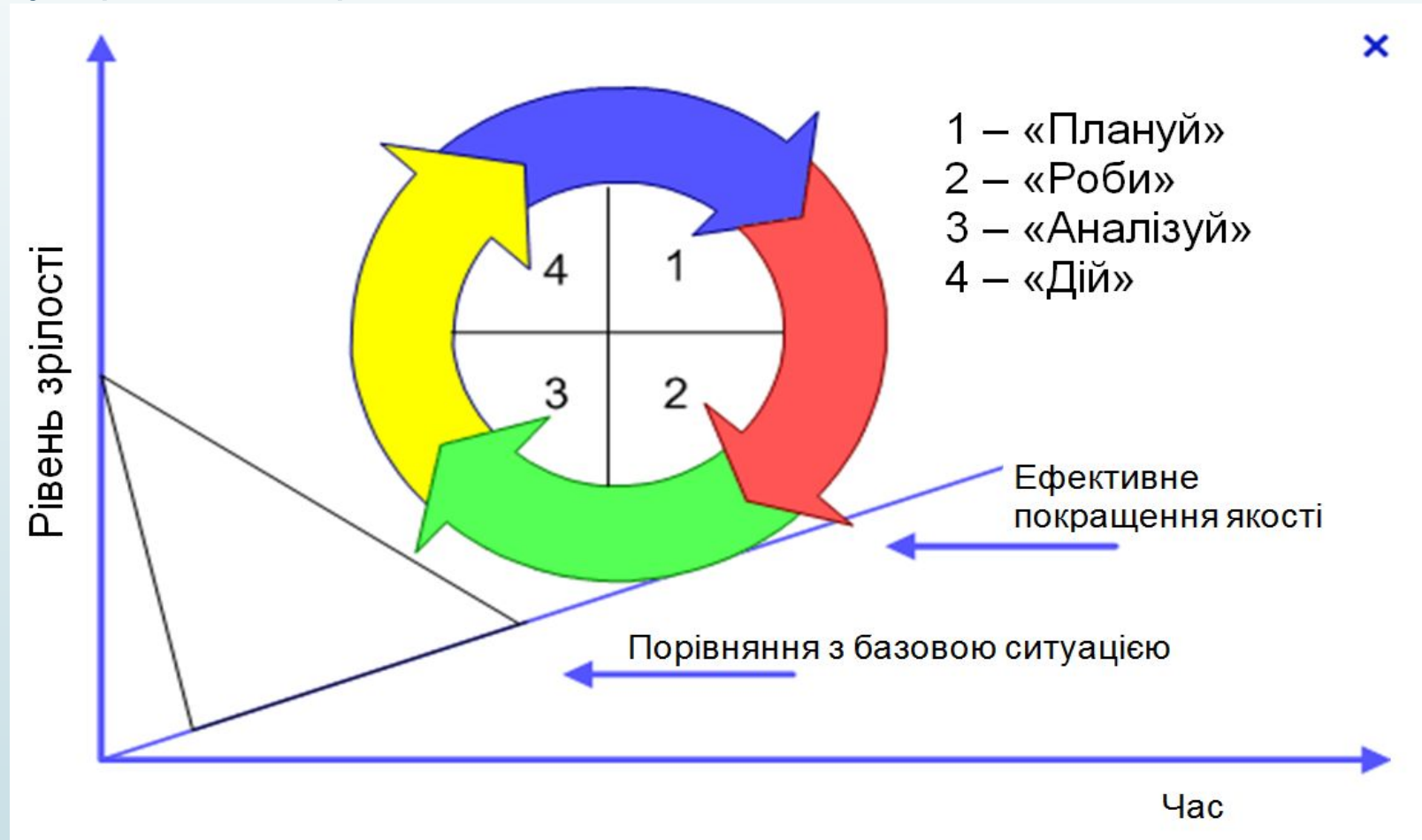


Аведіс Донабедіан

*Donabedian, A. Explorations In Quality Assessment And Monitoring.
Volume I: The Definition Of Quality And Approaches to its Assessment.
Ann Arbor, MI, Health Administration Press, 1980*

Цикл управління якістю ПРАД (PDSA) Едварда Демінга (1994 рік)

Цикл У. Шухарта, 1939 рік



ДОЗВОЛЯЄ ТЕСТУВАТИ ТА АДАПТУВАТИ ЗМІНИ ДО КОНТЕКСТУ (СИТУАЦІЇ)

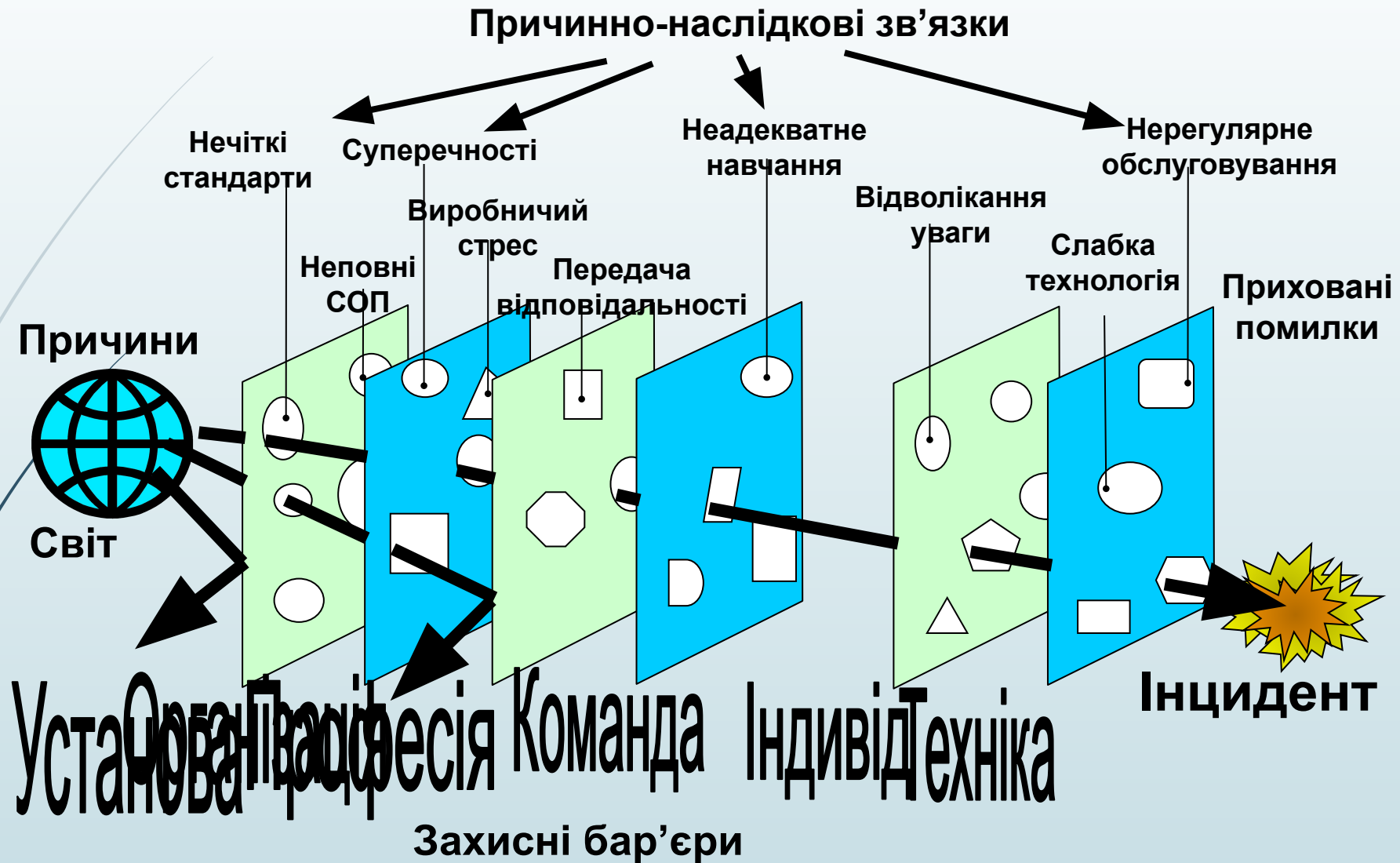
«Дорожня карта» поліпшення якості

1. Універсальна послідовність Д. Юрана з поліпшення якості
2. Шість-сигма DFSS (Motorola)
3. Шість-сигма DMAIC
4. Семи-ступінчаста модель вирішення проблем (наприклад, Toyota)
5. Фокус-PDCA
6. Модель 8-D (дисциплін)
7. Японський підхід до якості матеріалу
8. Заощадливий менеджмент (Lean management - від Toyota)
9. Модель поліпшення (PDSA)

Системи управління якістю

1. Європейський фонд управління якістю (EFQM)
2. Міжнародне товариство якості охорони здоров'я (ISQua)
3. Спільна комісія з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO).
4. Міжнародна організація зі стандартизації (ISO 9001)

Модель «швейцарського сиру»





Основні механізми управління якістю

- **Ліцензування**
- **Акредитація**
- **Стандартизація**
- **Сертифікація**
- *Атестація (безперервний професійний розвиток)*

Інструменти

- Клінічні настанови
- Уніфіковані та локальні протоколи
- Клінічний аудит
- Сертифікація системи управління якістю (ISO, JCI, ISQua та ін.)
- Табелі оснащення
- Державний та локальний формуляр лікарських засобів
- Реєстр індикаторів якості
- Експертна оцінка



Основні технології контролю

- Ретроспективний аналіз документації
- Спостереження
- Опитування
- Інформаційно-аналітичні системи



Низька ефективність методу експертних оцінок


- Ретроспективна, одноразова оцінка
- Відсутність кваліфікованих експертів
- Відсутність реального впливу виконаних експертиз на якість медичної допомоги

Медичні працівники не зацікавлені в об'єктивній оцінці їхньої діяльності, оскільки для них експертиза якості носить «каральний» характер.

Контроль структури

- Наявність системи управлінського та бухгалтерського обліку
- Наявність паспортів кабінетів/бригад
- Наявність метрологічних сертифікатів
- Штатний розклад і відповідність кваліфікації лікарів
- Наявність достатньої кількості обладнання і матеріалів
- Достатність фінансування


**Основні виконавці контролю – заступники
головного лікаря.**



Контроль процесів управління та розвитку персоналу

- Проведення навчальних заходів (плани, протоколи)
- Звіти про медичну діяльність
- Дослідницько-аналітична робота
- Ефективність використання приміщень, обладнання і робочого часу
- Збори трудових колективів (протоколи)
- Протоколи нарад

Основні виконавці контролю – керівники підрозділів.



Контроль процесів надання медичної допомоги за участю лікарів

- Амбулаторна консультація
- Випадок стаціонарного лікування
- Випадок надання невідкладної допомоги

Основні виконавці контролю – завідувачі відділень.

Індикатор якості медичної допомоги


Кількісний або якісний показник, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги; визначається ретроспективно.

*Наказ МОЗ від 28.09.2012 № 752
«Про порядок контролю якості медичної допомоги»
(zareєстровано в Міністерстві юстиції України
28 листопада 2012 р. за № 1996/22308)*

- **Джерела ІЯ:** клінічні рекомендації, систематичні огляди, результати найкращого досвіду, думка експертів.
- **Не є підставою** для однозначного висновку про якість надання медичної допомоги.
- **Цінність** – у трактуванні результату та виявленні потенційно небезпечної ділянки, де найчастіше трапляються порушення технології ведення хворого.

Приклад індикатора: частота внутрішньолікарняної смертності від інсульту

Чому використовується індикатор?	Інсульт – одна з найчастіших причин смертності й найчастіша причина інвалідності в Україні. Комплексне лікування пацієнтів, які перенесли інсульт (наприклад, у спеціалізованих відділеннях), допомагає знизити рівень смертності. Загальний коефіцієнт смертності – один з індикаторів якості медичної допомоги, яка надається хворим, які перенесли інсульт .
Питання	Яким є відсоток пацієнтів, що померли після госпіталізації з діагнозом інсульту (коефіцієнт внутрішньолікарняної смертності), незалежно від конкретної причини смерті?
Чисельник	Кількість пацієнтів, які померли з основним діагнозом інсульту в період з 1 січня по 31 грудня.
Знаменник	Загальна кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом інсульту в період з 1 січня по 31 грудня.
Тип індикатора	Специфічний для цього захворювання кінцевий індикатор.
Збір фактичних даних	- Медичні картки (на підставі інформаційної системи лікарні). - Лікарняна статистика епізодів за звітний період.
Особа, відповідальна за збір даних	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Винятки	Пацієнти з транзиторною ішемічною атакою або субарахноїдальним крововиливом, яких переведено до іншого лікарняного закладу.
Складання звітів	<ul style="list-style-type: none"> • В електронному вигляді (таблиці Excel відповідно до стандартних шаблонів). • Чисельник: кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом інсульту: _____ осіб. • Знаменник: кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом інсульту: _____ осіб. • Коефіцієнт внутрішньолікарняної смертності: _____ %.
Звітний період	Щокварталу.



Індикатори якості роботи молодших медичних спеціалістів

- Своєчасність виконання призначень
- Дотримання стандарту процедури (технології)
- Відсутність ускладнень
- Показники бактеріального забруднення
- Показники догляду за лежачими хворими
- Якість документації
- Наявність скарг і зауважень професійного та етичного характеру

ОСНОВНІ ВИСНОВКИ

- Зміна парадигми з ретроспективної оцінки (контролю) якості на безперервне (проспективне) поліпшення якості.
- Національна стратегія розвитку ОЗ повинна бути орієнтована на управління якістю медичної допомоги та безпеку пацієнтів.
- Національне агентство з якості та акредитації повинно бути незалежним від Міністерства охорони здоров'я.
- Розробити новий комплект процедур, стандартів та процесу оцінки, які відповідатимуть структурі національної політики і стратегії.
- Збільшити акредитаційний цикл до 5 років.
- Мати обмежену кількість чітких, продуманих і заснованих на доказах стандартів оцінки (міжнародного зразка).
- Одними з перших стандартів мають стати стандарти основ управління та управління ризиками.
- Використовувати модель поліпшення якості на рівні закладів ОЗ.
- Неможливо покращити якість без інформаційної системи та моніторингу даних, що нею підтримується.
- Підготувати кадри з управління якістю для функціонування нової системи акредитації.