

**ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

**Аудит – как основа качества оказания
медицинской помощи**

**докладчик: Дьяченко Сергей Владимирович
доцент кафедры фармакологии и клинической
фармакологии**

Хабаровск, 2008

Качество оказания медицинской помощи

- **«Обеспечение качества - это деятельность, направленная на создание условий медицинской помощи населению, позволяющих выполнить заявленные государством (медицинским учреждением) гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества с учетом удовлетворенности населения в полученной медицинской помощи».**

академик РАМН А.И. Вялков

ОБЩИЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ СМЕРТНОСТИ (число умерших на 1000 человек населения)

	1990	1995	2000	2004	2005	2006	Место, занимаемое по РФ в 2006г.
Российская Федерация	11,2	15	15,3	16	16,1	15,2	
Дальневосточный федеральный округ	8,2	12,8	13,2	15	15,3	14	3
➤ КАО	9,1	15,8	14,9	19,2	19,8	16	57
➤ Еврейская автономная область	9,6	13,8	14,5	17	17,9	16	58
➤ Амурская область	8,6	12,5	14,6	17,2	16,9	15,5	51
➤ Сахалинская область	8,1	17,4	13,4	16,2	17,4	15	40
➤ Приморский край	9,1	13,1	13,9	15,7	16,2	14,9	39
➤ <i>Хабаровский край</i>	9,2	13,3	14,1	16	16,3	14,9	38
➤ Магаданская область	5,6	11,5	11,8	13,4	13,6	13,2	21
➤ ЧАО	3,7	9,1	9,6	12,2	11,8	11,6	13
➤ Камчатская область	6,2	11,2	11	12,2	12,6	11,3	11
➤ Республика Саха (Якутия)	6,7	9,8	9,7	10,2	10,2	9,7	8

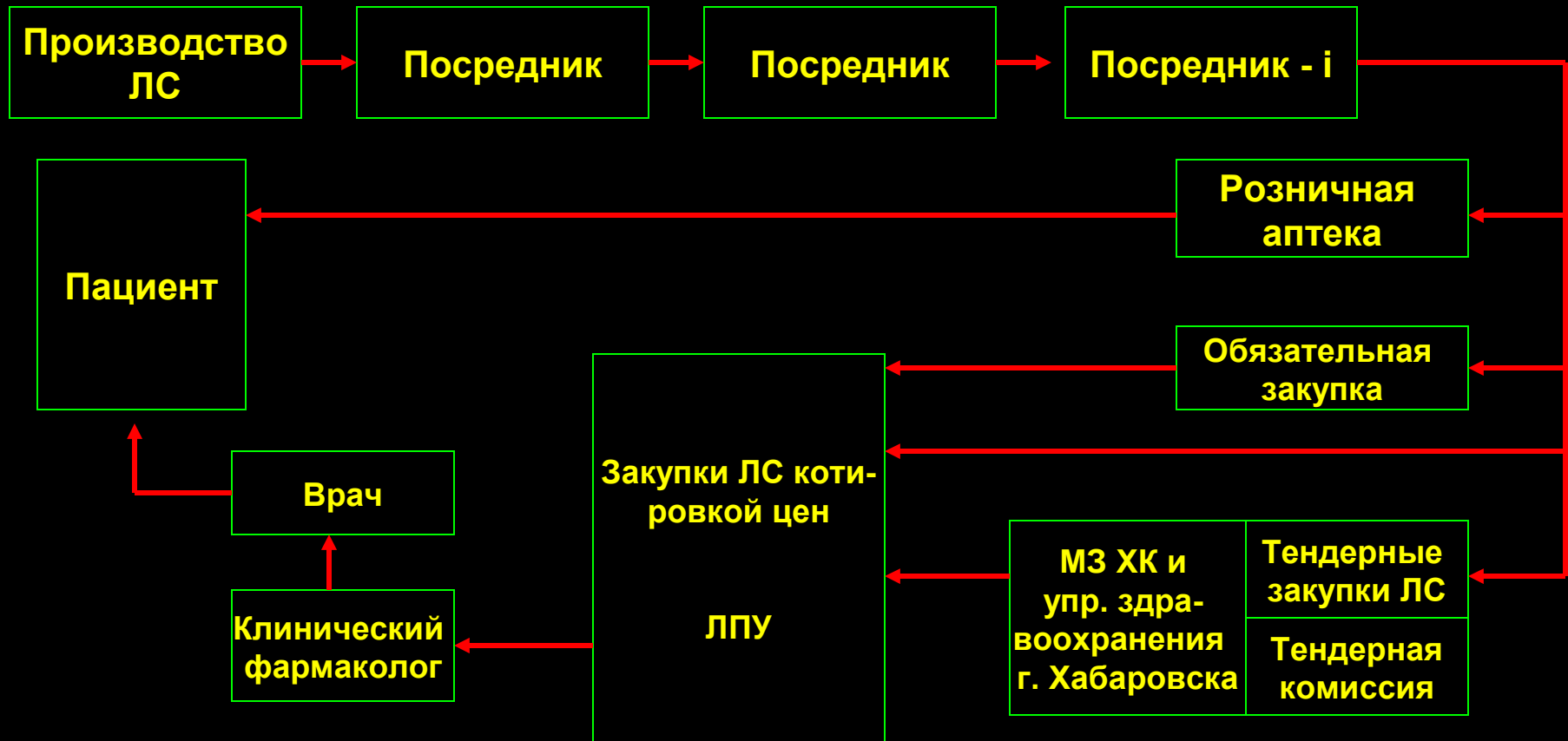
Население в трудоспособном возрасте (оценка на конец года; в процентах от общей численности населения)

	1990	1995	2000	2004	2005	2006
<i>Российская Федерация</i>	56,7	57	60,2	62,9	63,3	63,4
Центральный федеральный округ	56,2	56,5	59,9	62,4	62,7	62,7
Северо-Западный федеральный округ	58,3	58,5	61,6	63,9	64,1	64,1
Южный федеральный округ	54,9	54,9	58	61,1	61,6	62
Приволжский федеральный округ	56	56,3	59,3	62,4	62,9	63,1
Уральский федеральный округ	57,6	58,4	61,8	64,6	65	65
Сибирский федеральный округ	56,9	57,6	61,1	63,9	64,3	64,4
Дальневосточный федеральный округ	61,5	61,8	64,2	65,9	66	65,9
➤ Республика Саха (Якутия)	60,8	60,5	62,6	64,9	65,2	65,4
➤ Приморский край	61,1	61,5	63,8	65,1	65,3	65,2
➤ Хабаровский край	61	61,6	64,4	66,1	66,2	66,1
➤ Амурская область	58,7	59,6	62,8	65	65,2	65,3
➤ Камчатская область	66,8	67,3	68,8	69,4	69,4	69
➤ КАО	62,5	63,3	65,3	65,9	65,9	65,5
➤ Магаданская область	66,8	67,6	69,6	70,2	69,9	69,4
➤ Сахалинская область	62,7	63,5	66	67,4	67,4	67
➤ Еврейская автономная область	57	58,6	62,3	64,9	65,1	65,1
➤ Чукотский автономный округ	67,7	68,4	69,5	70,9	70,8	70,4

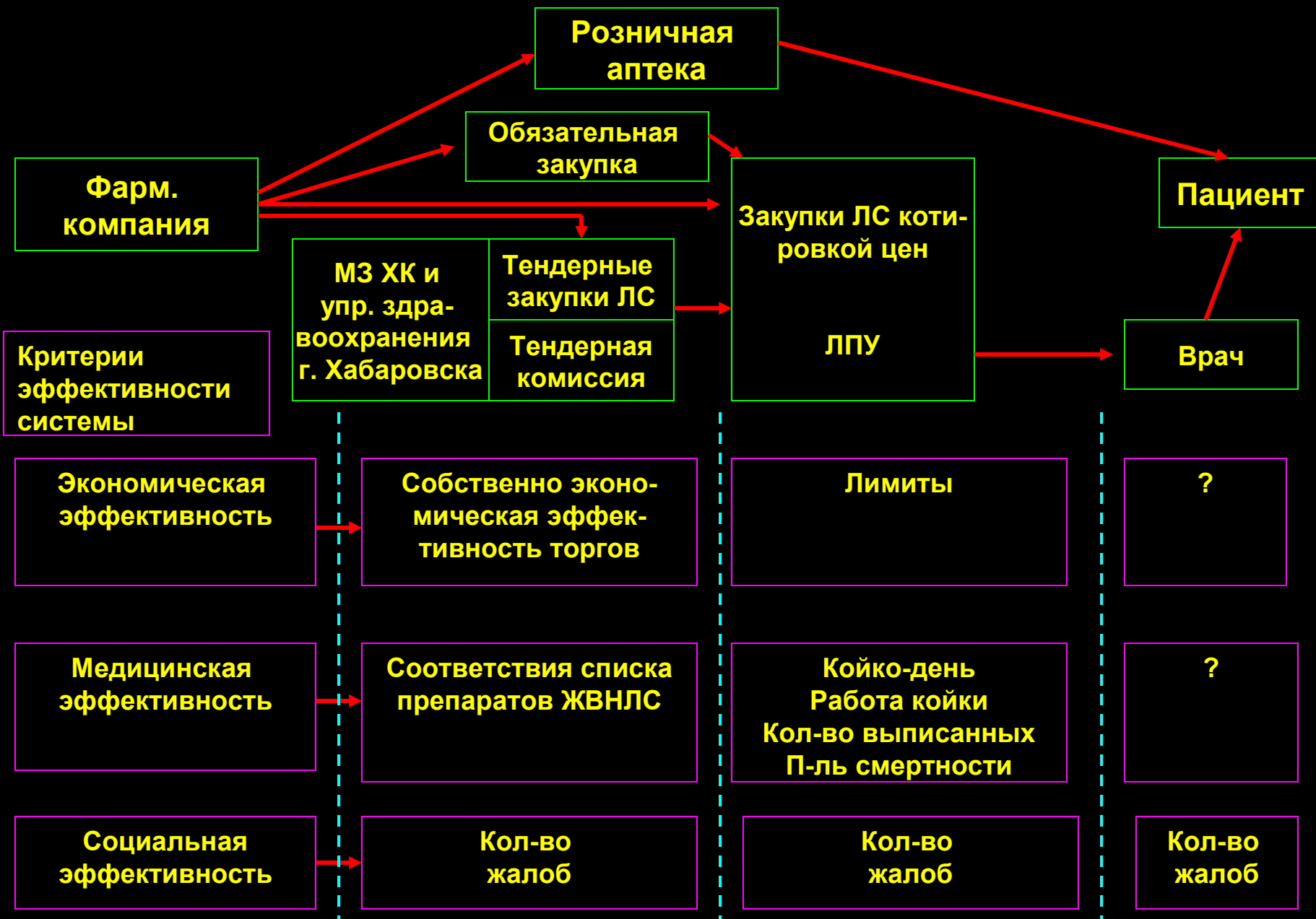
ЧИСЛЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ НА 10 000 ЧЕЛОВЕК НАСЕЛЕНИЯ (на конец года; человек)

	1990	1995	2000	2004	2005	2006	Место, в РФ
<i>Российская Федерация</i>	45	44,4	46,8	48,4	48,8	49,4	
Дальневосточный федеральный округ	48,9	49,9	52,2	53,5	53,6	54,6	6
➤ Чукотский автономный округ	44,3	59,8	58,7	79,5	81,7	81,6	87
➤ Амурская область	52,2	51,2	56,9	59,2	59,4	60,2	81
➤ КАО	53,1	69,3	61,2	60,4	60,8	59,8	80
➤ Хабаровский край	51,7	55,2	57,8	58,2	58,9	59	79
➤ Магаданская область	49,4	51	53,8	56,2	54,8	56,2	75
➤ Республика Саха (Якутия)	43,8	42,9	46,1	49,5	49,6	54	70
➤ Приморский край	48,9	51,2	53,1	53	53,1	52,9	66
➤ Камчатская область	56,4	52	49,6	52,1	51,3	52,5	65
➤ Сахалинская область	46,1	43,4	42,8	44,9	43,6	45,8	42
➤ Еврейская автономная область	31,9	36,7	35,8	35,2	36,1	36,4	14

Обращение лекарственных препаратов



Система управления лекарственным обращением



Компромисс



A	B	C	D	E	F	G	H
		Средства для дезинфекции					
Дезинфицирующее средство	2548	«Ника -2» - дезинфицирующее средство			81		
Дезинфицирующее средство	2537	Абсолютид окси 1 кг (активированный)			700		
Азопирам - С (со стабилизатором)	480	Азопирам - С (со стабилизатором)	набор		92		
Гипохлорит натрия	108	Белодез 3% - 100 мл	фл.		79,18		
Бриллиант	481	Бриллиант 5 л	фл.		2415		
Дезинфицирующее средство	1345	Велтолен 1 литр	фл.		897,55		
Дезинфицирующее средство	2169	Гигея-дез с дезэффектом,1л	фл.		105		
Дезиконт	1368	Дезиконт - лизафин № 100	уп.		518		
Дезиконт	770	Дезиконт ЛФ (Лизоформин) № 100	уп.		518		
Дезиконт	766	Дезиконт Б (Бриллиант) № 100	уп.		518		
Дезиконт	1369	Дезиконт Велтолен № 100	уп.		518		
Дезиконт	2397	Дезиконт Диабак-тест упак. 50 тестов	уп.		518		
Дезиконт	769	Дезиконт ДХИ (д/опр.конц-ции активного хлора) № 100	уп.		518		
Дезиконт	768	Дезиконт НДФ (Новодез-Форте) № 100	уп.		518		
Дезиконт	771	Дезиконт ПВ-01-П-100 (Перикись водорода) № 100	уп.		518		
Дезиконт	772	Дезиконт СБ (Септабик) № 100	уп.		518		
Дезиконт	767	Дезиконт Септодор-Форте № 100	уп.		518		
Дезиконт	1370	Дезиконт СМ (Самаровка) № 100	уп.		518		
Дезиконт	773	Дезиконт Х (Хлорамин) № 100	уп.		518		
Дезинфицирующее средство	2174	Деконекс 50 ФФ, 5 л	канистра		2560		
Растворы для дезинфекции	477	Диабак 1 л	уп.		255,2		
Растворы для дезинфекции	478	Диасептик 1 л	уп.		165,3		
Дезинфицирующее средство	475	Жавелеон № 300 таб.	уп.		564		

Стоимость в рознице 1200-1300руб.

Сравнительная оценка стоимости лекарственных препаратов закупаемых для нужд ЛПУ

Наименование лекарственного средства или изделия медицинского назначения	Ст-ть ЛС в заявке на конкурсные закупки для муниципальных ЛПУ на 2 полугодие 2008г. (руб.)	Стоимость ЛС в аптеке расположенной на "красной линии" г. Хабаровска на 14 апреля 2008г. (руб.)	% превышения цены в заявке для муниципальных учреждений по сравнению с розницей
Гентамицина сульфат 0,3% 1,3 мл № 2 туб/кап. гл. капли	57,12	13,93	310,05
Натрия хлорид пор. для инъекц.	63,00	25	152,00
Левомецетин 0,25% 5 мл гл.капли	6,57	2,67	146,07
Пропанорм 150 мг № 50 табл. п/о	233,55	103,06	126,62
Олазол аэр80гр	236,28	115,34	104,86
Уголь активированный 0,25 № 10 табл.	9,66	4,81	100,83
Цитрамон П	3,00	1,51	98,44
Септолете №30	95,17	48,97	94,35
Липоевая кислота 0,012 № 50	49,58	28,22	75,69
Кальция хлорид амп. 10% 10мл №10	56,25	32,19	74,73
Реополиглюкин 35-400,0	124,82	71,91	73,58

Причины формирования проблем неэффективного управления обращения лекарственных средств

- Отсутствие стратегического планирования лекарственного обеспечения населения Хабаровского края (ведется только в лучшем случае тактическое планирование 2-3 года, а в худшем ситуационное планирование в пределах полугодия «латания дыр»);
- Организация работ по обеспечению системы здравоохранения качественными и безопасными лекарственными средствами находится на низком уровне, так как нет координации субъектов обращения лекарственных средств, а лица ответственные за лекарственное обеспечение населения всех уровней не готовы и не имеют должной подготовки, поэтому в системе доминирующую роль имеют фармацевтические компании;
- Контролирующие государственные органы свою функцию сузили только до экспертиз, которые осуществляются формально и не проводят оценку итоговых результатов по медицинским, экономическим и социальным показателям.

Качество оказания медицинской помощи

- Вопросы качества занимают важное место в Европейской политике здоровья Всемирной организации здравоохранения. Среди сформулированных Европейским бюро ВОЗ задач по достижению здоровья для всех (редакция от сентября 1991 года) задача № 31 «Качество обслуживания и соответствующая технология» указывает следующее:
- *«К 2000 году все государства - члены должны иметь соответствующие структуры и механизмы для обеспечения непрерывного повышения качества медико-санитарной помощи и совершенствования соответствующего развития и использования технологии здравоохранения».*

Модели управления качеством в здравоохранении

В настоящее время известны три модели управления качеством в здравоохранении:

- **Профессиональная;**
- **Бюрократическая;**
- **Индустриальная.**

Гройсман В.А., 2004, Назаренко Г.И. с соавт., 2003 , Caroselli M., Edison L., 1997.

Модели управления качеством в здравоохранении

- Профессиональная модель одно время была основой управления качеством в медицине и широко использовалась в СССР.
- При этом качество медицинской помощи всецело зависело от квалификации врача профессионала, в то время как администрация больницы не несла ответственности за последствия лечения и была призвана лишь, создавать необходимые условия для работы.

Назаренко Г.И. с соавт. 2003, Graham N.O., 1995

Модели управления качеством в здравоохранении

- В основе современной бюрократической модели управления качеством лежит стандартизация объема и характера медицинских услуг с последующей экспертизой конечного результата.

*Вардосанидзе С.Л., 2003, Гончаренко В.Л., 1998,
Сабанов В.И. с соавт., 1997 и др.*

Модели управления качеством в здравоохранении

- **Индустриальная модель управления качеством медицинской помощи представляют собой адаптированную к здравоохранению модель непрерывного повышения качества.**

W. E. Deming (1986)

Качество оказания лекарственной помощи населению

- Система менеджмента качества - это построение системы управления, ориентированной на качество ИСО 9000-2000.
- Инструментом внедрения системы предлагается-сертификация по стандартам ИСО 9001-2001.
- ИСО (ISO) International Organization for Standardization - международные организации, проводящие сертификацию, аудит 3-й стороны, на соответствие менеджмента организации разработанным и принятым стандартам качества.

**Стандарты ИСО 9001:2001 устанавливают
минимальные требования к объему документации
СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

6 документированных процедур:

- **Управление документацией;**
- **Управление записями по качеству;**
- **Внутренний аудит;**
- **Управление несоответствующей продукцией;**
- **Корректирующие действия;**
- **Предупреждающие действия.**

Модели конечных результатов

- **Медицинские;**
 - **Социальные;**
 - **Экономические.**
-
- **Ведущим в условиях рынка является социальная удовлетворенность потребителя ЛС.**

Медицинские модели конечных результатов

- В первую очередь – это жесткие конечные точки: это показатели смертности в регионе, продолжительности жизни и инвалидизация населения.

Социальные модели конечных результатов

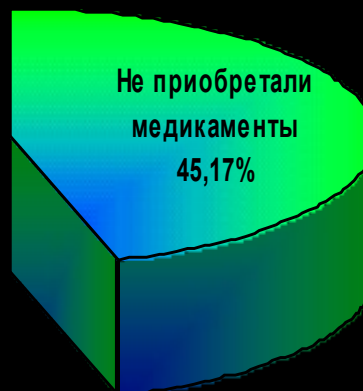
- **Удовлетворенность населения существующей моделью обращения лекарственных препаратов.**

Определение социальной удовлетворенности населения лекарственной помощью

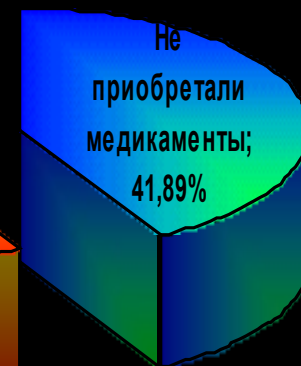
- В ходе исследования было подвергнуто интервьюированию 1098 респондентов, средний возраст которых составлял $35,26 \pm 0,47$ лет, среди которых было $76,59 \pm 1,28\%$ женщин и соответственно $23,41 \pm 1,28\%$ мужчин.
- Преобладали лица со средне специальным образованием $47,68 \pm 1,87\%$, незаконченное высшее образование имели $17,58 \pm 1,43\%$ и высшее $34,74 \pm 1,79\%$.

Определение социальной удовлетворенности населения лекарственной помощью

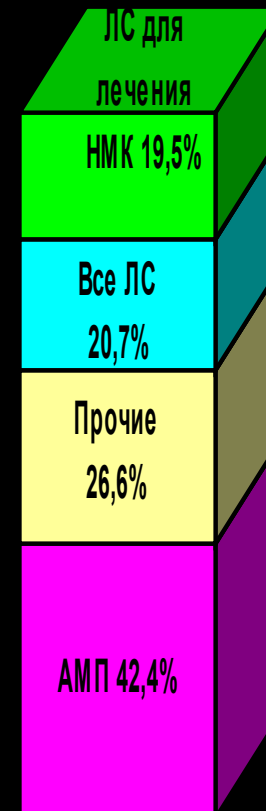
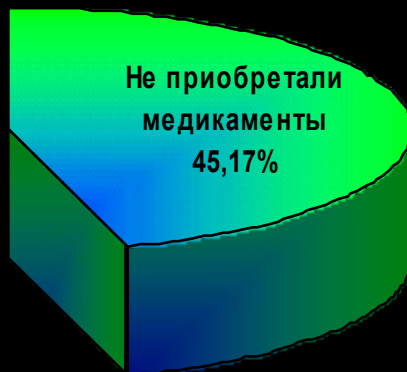
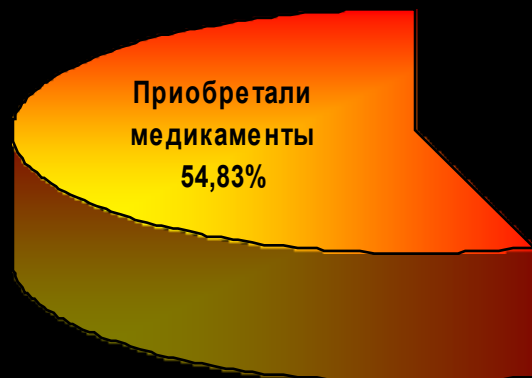
Стационарное лечение



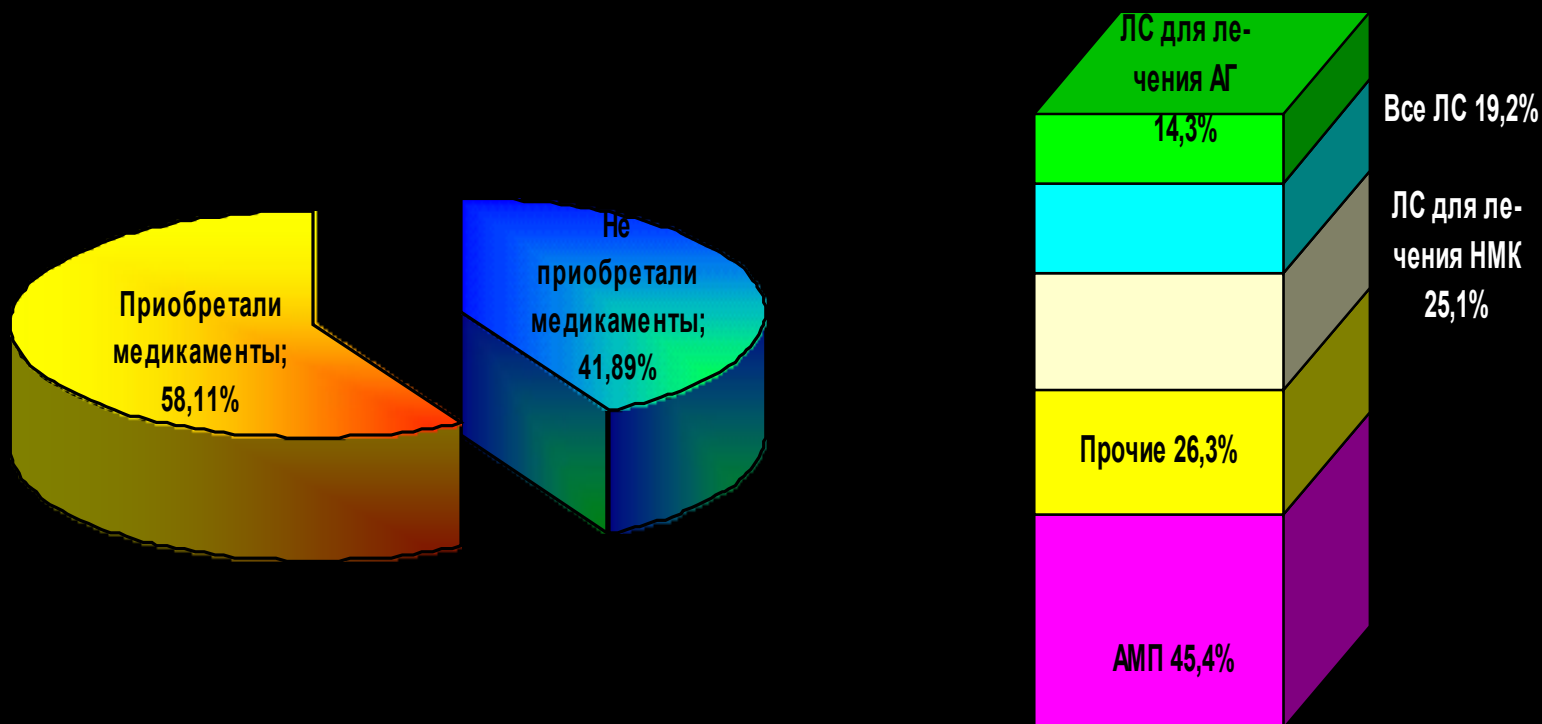
Дневной стационар



Дефицит в ЛС в учреждениях стационарного профиля



Дефицит в ЛС в стационарах дневного пребывания амбулаторно-поликлинического звена

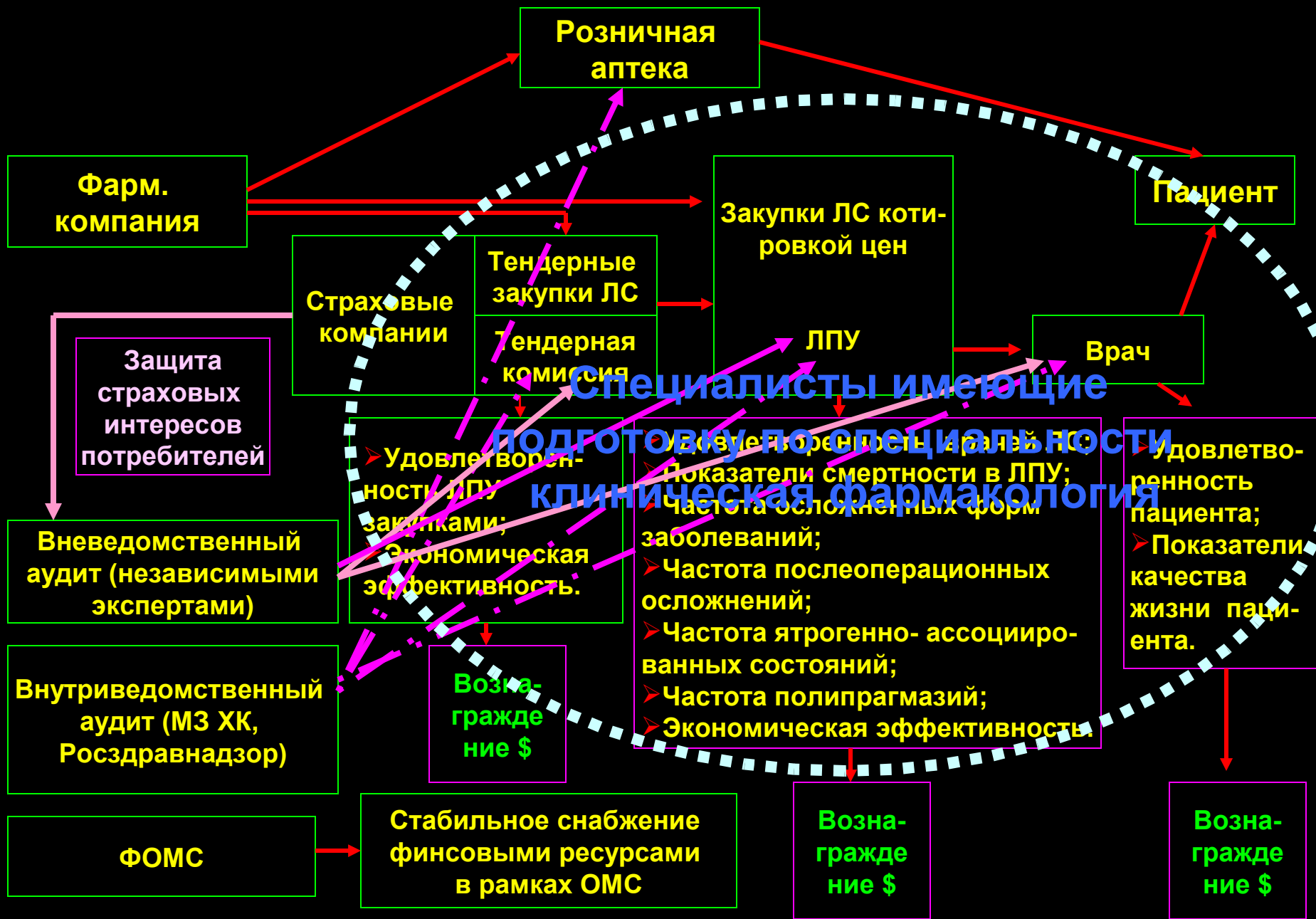


Экономические модели конечных результатов

Экономическая эффективность структуры обращения лекарственных препаратов:

- **Экономическая эффективность тендерных закупок ЛС;**
- **Экономическая эффективность закупок ЛС - котировкой цен;**
- **Экономическая эффективность в целом оказания медицинской помощи.**

Предлагаемая система управления лекарственным обращением



Вывод:

- **Создание системы управления лекарственного обращения включающая показатели медицинской, социальной и экономической эффективности, а также подготовку кадров по специальности клиническая фармакология позволит повысить качество оказания медицинской помощи населению.**

Медицинский аудит –

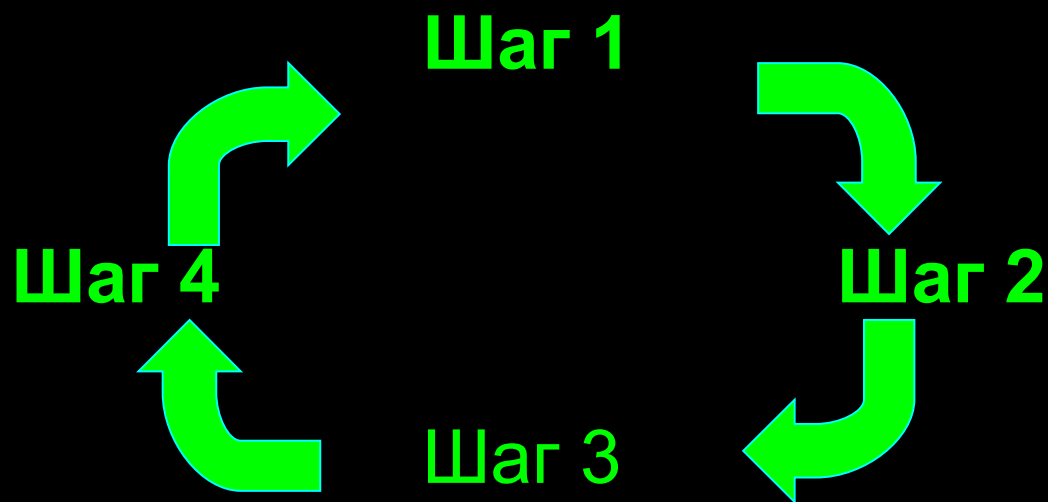
- **Это проведение систематического, критического анализа качества медицинской помощи включая процедуры, которые применяются для установления диагноза и лечения, использования ресурсов, что в результате определяет качество жизненного результата для пациента.**

Механизм оценки модели конечных результатов

- **Аудит** обращения лекарственных средств – это проведение систематического, критического анализа качества закупки и использования лекарственных средств при оказании медицинской помощи населению, что в результате определяет качество жизненного результата для потребителя (пациента) и затраты понесенные системой при выполнении данного объема услуг.

В основу были положены стандартные подходы к формированию этапов проведения общего аудита с естественной трансформацией под обращение лекарственных средств

Цикл аудита



- Шаг 1 – разработка стандартов
- Шаг 2 – анализ материала
- Шаг 3 – сравнение со стандартами
- Шаг 4 – реализация замечаний

Главной целью аудита организации лекарственного обеспечения и проводимой фармакотерапии является :

- **Поиск возможных путей оптимизации обращения лекарственных средств в субъекте федерации, при сохранении или улучшения качества оказания медицинской помощи населению.**

Разработка алгоритма проведения аудита лекарственного обеспечения и фармакотерапии можно разделить на следующие условные блоки

- Аудит централизованных закупок лекарственных средств и изделий медицинского назначения для нужд ЛПУ территории;**
- Аудит закупки и использования медикаментов внутри лечебно-профилактического учреждения стационарного профиля;**
- Аудит лекарственного обеспечения и фармакотерапии отдельных категорий граждан;**