

ВНУТРЕННИЙ АУДИТ ИСМ КАК ИНСТРУМЕНТ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА УСЛУГ

Нуразханова Ж.Ш.,

АО «Национальный научный медицинский центр», Астана, Казахстан

Интегрированная система менеджмента (далее – ИСМ, рисунок 1) функционирует в АО «Национальный научный медицинский центр» (далее – ННМЦ) восьмой год. Свой путь к совершенству ННМЦ начал с внедрения системы менеджмента качества и постепенно охватил все бизнес процессы требованиями серии ИСО 9000..., стандартами аккредитации, фундаментальными концепциями и критериями Модели Европейской организации менеджмента качества (далее–EFQM).

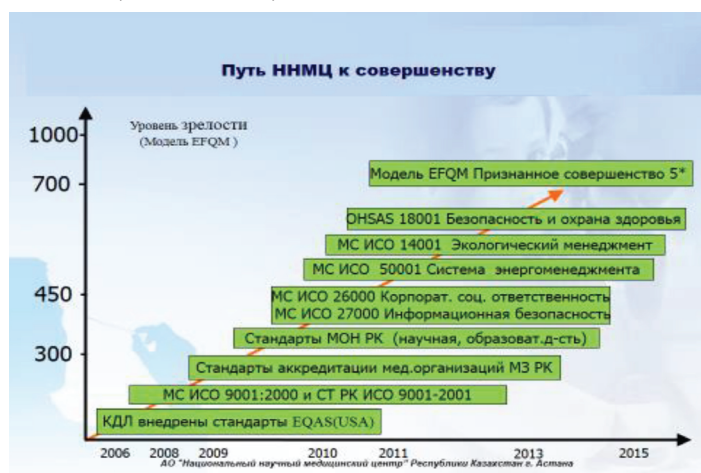


Рисунок 1 - Интегрированная система менеджмента ННМЦ

Бизнес процессы в ННМЦ ежегодно подвергаются самооценке по концептуальным подходам и критериям Модели EFQM. Кроме этого мы систематически проводим внутренние аудиты по требованиям международных стандартов серии ИСО 9000... и национальных стандартов аккредитации для медицинских организаций, научных и образовательных услуг. Результаты самооценки и внутренних аудитов являются входами в процесс SWOT-анализа со стороны руководства, которые определяют изменения в стратегии.

Аудит услуг основных и поддерживающих процессов проводится 1 раз в год обученными и сертифицированными аудиторами ИСМ. Для полноценного аудита, в программе аудита гармонизированы все требования ИСМ для каждого из четырнадцати бизнес процессов, это удобно для аудитора и для руководителей отделов.

Самооценка проводится – 1 раз в год сертифицированными валидаторами и ассессорами EFQM, по 1000 бальной системе оценки RADAR. Все внутренние аудиты, самооценки завершили внешней оценкой и подтверждением сертификатами соответствия на уровень Признанного совершенства 5* по Модели EFQM(2015г.);

по 3 стандартам серии ИСО и OHSAS 18001(2016г.) а также освидетельствованием на соответствие стандартам аккредитации медицинских (2015г.), научных, образовательных услуг (2016г.).

ННМЦ – многопрофильная клиника, 71,0% оказываемых центром клинических услуг кардиологического и кардиохирургического профиля. Клинический аудит проводится ежедневно командой квалифицированных врачей экспертов, которая включает в себя: 2 взрослых и 1 детского кардиологов, гинеколога, реаниматолога, терапевта, гематолога, эпидемиолога, клинического фармаколога. Наличие различных специалистов в команде аудиторов, квалификация и образованность аудиторов со знанием требований ИСМ является особенностью нашей аудиторской команды и позволяет решать многие экспертные вопросы без труда. Преимущество знания требований ИСМ расширяет возможности при выявлении причин несоответствий и способствует результативности аудита. К примеру, если клинической картина заболевания пациента не соответствует данным анализа крови и некоторые показатели не определены, аудит, начатый в клиническом отделе, может пройти через сестринский процесс (преаналитический этап); через клиничко-диагностический процесс (аналитический этап, постановка проб контроля качества) и может завершиться в отделе государственных закупок (по выбору реактивов, своевременности заявок и поставок реактивов). Если пациент недоволен качеством питания – аудит, начавшись в клиническом отделе, завершается в пищеблоке и т.д., пока не будут рассмотрены все звенья одного процесса. Такая цепочка аудита устанавливает коренные причины несоответствий и помогает реализации основательных предупреждающих мер во избежание повторения несоответствующих услуг.

Клинический аудит разделяется на текущий и ретроспективный аудит. Текущий аудит проводится ежедневно в лечебных и диагностических отделах, играет более значимую роль в поддержке пациента, чем ретроспективный аудит, так как проблемы, возникающие в ходе предоставления медицинских услуг, лечебного питания, сервисных услуг решаются на месте. Экспертами при текущем аудите активно выявляются осложнения, внутрибольничные инфекции и своевременно выносятся случаи на рассмотрение внутрибольничных комиссий, что также способствует принятию важных решений для пациента. Кроме этого, в ННМЦ с применением Модели EFQM для более глубокого понимания потребностей пациентов, независимым маркетологом ежедневно изучается обратная связь от пациентов с 50,0% охватом потребителей. Анкета опроса содержит 34 вопроса, пациент

оценивает качество услуг на всех этапах их получения по 10 балльной системе, а также учитываются предложения пациента по улучшению. Результаты обрабатываются сразу и передаются экспертам соответствующего отдела, которые при текущем аудите следующего дня обсуждают вопросы неудовлетворенности конкретного пациента с каждым врачом и руководителем данного отдела и решают его проблемы. Данный подход назван «Just in time» и призван способствовать достижению полной удовлетворенности нашего клиента. Результаты текущего аудита и изучения обратной связи еженедельно включаются в презентацию на врачебной конференции.

Ретроспективный аудит важен для принятия долгосрочных решений по улучшению качества услуг и достижения полной оплаты пролеченных случаев. Предпочтение ретроспективного аудита приводит к отсроченным решениям и каждый конкретный пациент не увидит усилий службы поддержки пациента, который помогает развить у пациента удовлетворенность и лояльность, повышающий имидж центра. Ретроспективному аудиту в ННМЦ отводится 60,0% времени, хотя при правильном подходе к выполнению приказа о службе внутреннего аудита большая часть несоответствий, подлежащих снятию с оплаты, могли бы выявляться при ежедневной первичной экспертизе руководителями отделов и сразу корректироваться. Благодаря систематическому аудиту и ежедневному мониторингу обратной связи от пациентов мы достигли следующих результатов за последние 4 года: количество несоответствий, выявленных внешней экспертизой уменьшилось в 2,5 раза. Количество случаев госпитализации без медицинских показаний Код 1.1. - сократилось на 80,0%; случаи некорректного ввода данных пациента в Регистр Код 1.2. - на 74,8%; случаи завышения уровня весового коэффициента КЗГ-Код 1.3 - на 85,5%; случаи необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения - Код 1.6 - на 44,1%; случаи предотвратимых летальных исходов - Код 2.3 на 25,0%. По удельному весу случаев, не подлежащих оплате на первом месте неоплаченные случаи по кодам 1.6 (отклонение от стандартов); 1,2 (некорректный ввод в регистр).

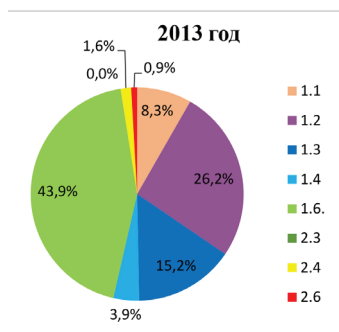


Рисунок 2 - Удельный вес случаев, не подлежащих оплате по кодам за 2013 год

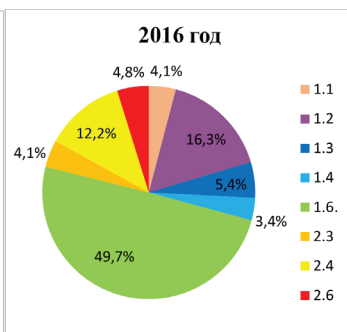


Рисунок 3 - Удельный вес случаев, не подлежащих оплате по кодам за 2016 год

В 2016 году увеличился удельный вес осложнений, но уменьшился удельный вес случаев предотвратимой летальности, случаев завышения весового коэффициента, а также случаев госпитализации без показаний. Областью для улучшений мы обозначили усиление мер по профилактике

послеоперационных осложнений (Код 2.4) и дальнейшее улучшение соблюдения стандартов диагностики и лечения. Удельный вес потерь, связанных с некачественно оказанными услугами по отношению к заработанным средствам сократился в 7,5 раза - со снижением с 3,0% в 2013 году до 0,4% в 2016 году (Рисунок 4). С 2013 года ежегодно регистрировалось от 7 до 9 внутрибольничных инфекций в виде сепсиса, инфекций мягких тканей, медиастинита, нагноения послеоперационной раны. В 2016 году зарегистрирован только 1 случай ВБИ - сепсис в результате нагноения послеоперационной раны. Внутрибольничные инфекции снизились благодаря реализации программы профилактики внутрибольничных инфекций: постоянному мониторингу процедуры инвазивных манипуляций, обработки рук медицинского персонала, микробиологического мониторинга.

Показатели удовлетворенности пациентов процедурой приема и госпитализации в целом по ННМЦ с 97,8% повысились до 99,6%; удовлетворенность процедурой информирования пациентов с 95,9% повысилась до 98,4%. Работой среднего медицинского персонала, питанием пациенты удовлетворены в 99,8% случаев; работой лечащего врача и руководителя отдела в 99,6% случаев и сервисными услугами 99,7%. Удельный вес обоснованных обращений на качество медицинских услуг за 4 года уменьшилось вдвое. Все случаи неполного удовлетворения пациентов рассматривались в структурных подразделениях и принимались корректирующие и предупреждающие меры для достижения максимальной удовлетворенности пациентов (Рисунок 5).

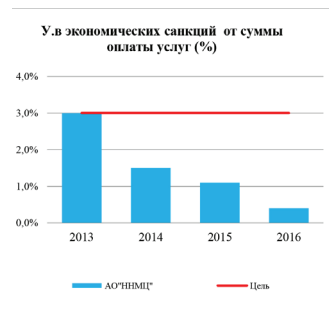


Рисунок 4 - Удельный вес экономических санкций от суммы оплаты услуг



Рисунок 5 - Удовлетворенность пациентов качеством по видам услуг

Большой раздел работы клинического эксперта занимает подготовка экспертной оценки для внутрибольничных комиссий, как: КИЛИ (Комиссия по изучению летальных исходов), ЛКК (лечебно-контрольная комиссия), ФТК (формулярно-терапевтическая комиссия), КИК (комиссия по инфекционному контролю) и комиссии по рассмотрению обращений потребителей. С развитием службы клинического аудита данный раздел работы полностью перешел в функциональные обязанности врача эксперта. Только в вопросах сложных операций, сочетанных осложнений председателями комиссий привлекаются научные сотрудники, высококвалифицированные специалисты соответствующего профиля. Ежегодно анализируем непосредственные причины летальных случаев для разработки профилактики и уменьшения осложнений, приводящих к нежелательным результатам.

Для анализа применяются экспертные оценки, решения КИЛИ и клинико-патологоанатомических конференции (КПАК) а также для сравнения- литературные данные.

Наибольший удельный вес в причине смертности занимает ДВС синдром 28,2%, как исход острых интра-послеоперационных кровопотерь с развитием полиорганной недостаточности, условно-патогенного сепсиса в кардиохирургической, хирургической практике (24,7%). Зачастую оперируемые пациенты пожилого возраста поступают неблагоприятными фоновыми заболеваниями как: мультифокальный атеросклероз, ОИМ с кардиогенным шоком, артериальная гипертония, сахарный диабет, хронические болезни почек и сосудов, хронические воспалительные заболевания. В детской практике - это дети, рожденные с множественными пороками и врожденной пневмонией, тяжелой легочной гипертонией, доставленные санитарной авиацией по жизненным показаниям для проведения коррекции пороков. Соответственно в структуре летальности второе место занимают сердечно-сосудистые осложнения: повторный инфаркт миокарда с кардиогенным шоком -16,4%; ТЭЛА - 8,2%; ОНМК, фибрилляция желудочков, отек головного мозга, острая аневризма ЛЖ, тампонада сердца, разрыв межжелудочковой перегородки - по 2,3%. Все остальные причины: печеночная кома, интоксикационный шок на фоне прогрессирующей пневмонии, онкопатологии, туберкулеза - составляют 10,3%.

Литература:

1. Модель совершенства EFQM, Брюссель, 2013 г.
2. СТ РК ИСО 9001-2008 Система менеджмента качества.
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 марта 2015г. № 173 «Об утверждении правил внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг».
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 10.03.2015 г. № 127 «Об утверждении стандартов аккредитации для медицинских организаций».

В результате постоянного анализа руководством владельцами лечебного процесса организованы мастер-классы для кардиохирургов, реаниматологов, интервенционных кардиологов и аритмологов. Ежегодно врачи кардиологи вовлекаются в дополнительную учебу по острому коронарному синдрому (далее – ОКС), весь персонал по профилактике ВБИ. Разработаны внутренние стандарты по ведению пациентов с ДВС синдромом, сепсисом, по которым молодые специалисты обучаются ведению кардиохирургических пациентов в послеоперационном периоде. Создана группа сердца, которая принимает незамедлительные решения консилиумом от тактики ведения при госпитализации пациентов с ОКС. Введенные в 2016 году медицинская информационная (МИС) и лабораторная информационная системы (ЛИС) будут улучшать экспертную деятельность по мониторингу качества услуг в on-line режиме, практически заменив текущий аудит.

Таким образом, слаженная командная работа экспертов – аудиторов с персоналом, последовательное управление менеджерами несоответствующими услугами, своевременное проведение корректирующих и предупреждающих действий после внутреннего аудита поддерживают функционирование ИСМ, имидж центра и способствует постоянному улучшению качества оказываемых услуг.