



Рафал Низанковский MD, PhD

Председатель

Совета по аккредитации, Польша

Роль аккредитации в улучшении качества здравоохранения и удовлетворенности пациентов

**Международная конференция
Астана – 16 ноября 2017 года**

**Попытки обеспечить хорошее
качество здравоохранения не новые!**



**1792-1750 гг.
Хаммурапи**

Как мы оцениваем качество?

Как мы оцениваем качество теннисистов?



1 метод

Как мы оцениваем качество теннисистов?

The screenshot shows a mobile application interface for a tennis scorekeeper. At the top, it displays 'Tennis Score Keeper' and 'Current Match >'. The main area shows a match between Federer and Nadal. Federer's score is 6-7-6³-0 with 15 points. Nadal's score is 4-5-7⁷-1 with 40 points. The app also shows '2 Break Points' and a timer at '3:04'. The bottom navigation bar contains icons for pause, back, and forward.

2 Break Points					3:04
Federer	6	7	6 ³	0	15
Nadal	4	5	7 ⁷	1	40

2 метод

Первый современный подход к оценке качества в здравоохранении

Доктор Эрнест А. Кодман

Главная больница Массачусетса



Клинический Конгресс Хирургов
Северной Америки
1912

The Minimum Standard

1. That physicians and surgeons privileged to practice in the hospital be organized as a definite group or staff. Such organization has nothing to do with the question as to whether the hospital is "open" or "closed," nor need it affect the various existing types of staff organization. The word STAFF is here defined as the group of doctors who practice in the hospital inclusive of all groups such as the "regular staff," "the visiting staff," and the "associate staff."

2. That membership upon the staff be restricted to physicians and surgeons who are (a) full graduates of medicine in good standing and legally licensed to practice in their respective states or provinces; (b) competent in their respective fields and (c) worthy in character and in matters of professional ethics; that in this latter connection the practice of the division of fees, under any guise whatever, be prohibited.

3. That the staff initiate and, with the approval of the governing board of the hospital, adopt rules, regulations, and policies governing the professional work of the hospital; that these rules, regulations, and policies specifically provide:

(a) That staff meetings be held at least once each month. (In large hospitals the departments may choose to meet separately.)

(b) That the staff review and analyze at regular intervals their clinical experience in the various departments of the hospital, such as medicine, surgery, obstetrics, and the other specialties; the clinical records of patients, free and pay, to be the basis for such review and analyses.

4. That accurate and complete records be written for all patients and filed in an accessible manner in the hospital—a complete case record being one which includes identification data; complaint; personal and family history; history of present illness; physical examination; special examinations, such as consultations, clinical laboratory, X-ray and other examinations; provisional or working diagnosis; medical or surgical treatment; gross and microscopic pathological findings; progress notes; final diagnosis; condition on discharge; follow-up and, in case of death, autopsy findings.

5. That diagnostic and therapeutic facilities under competent supervision be available for the study, diagnosis, and treatment of patients, these to include, at least (a) a clinical laboratory providing chemical, bacteriological, serological, and pathological services; (b) an X-ray department providing radiographic and fluoroscopic services.

**Каково качество
здравоохранения, решение
прошлых проблем?**

Актуальные проблемы качества здравоохранения

- 30-40% пациентов не получают медицинской помощи на основе доказательной медицины
- 20-25% хирургических операций, назначенные диагностические исследования и назначенные лекарственные средства бесполезны и потенциально вредны

Schuster M, McGlynn E, Brook R. Насколько хорошо качество здравоохранения в Соединенных Штатах? Milbank Q 1998; 76: 517-63; Grol R. Успехи и неудачи в реализации основанных на фактических данных руководящих принципов для клинической практики. Med Care 2001; 39: (suppl 2) 46-54

все же у нас есть проблемы с качеством здравоохранения

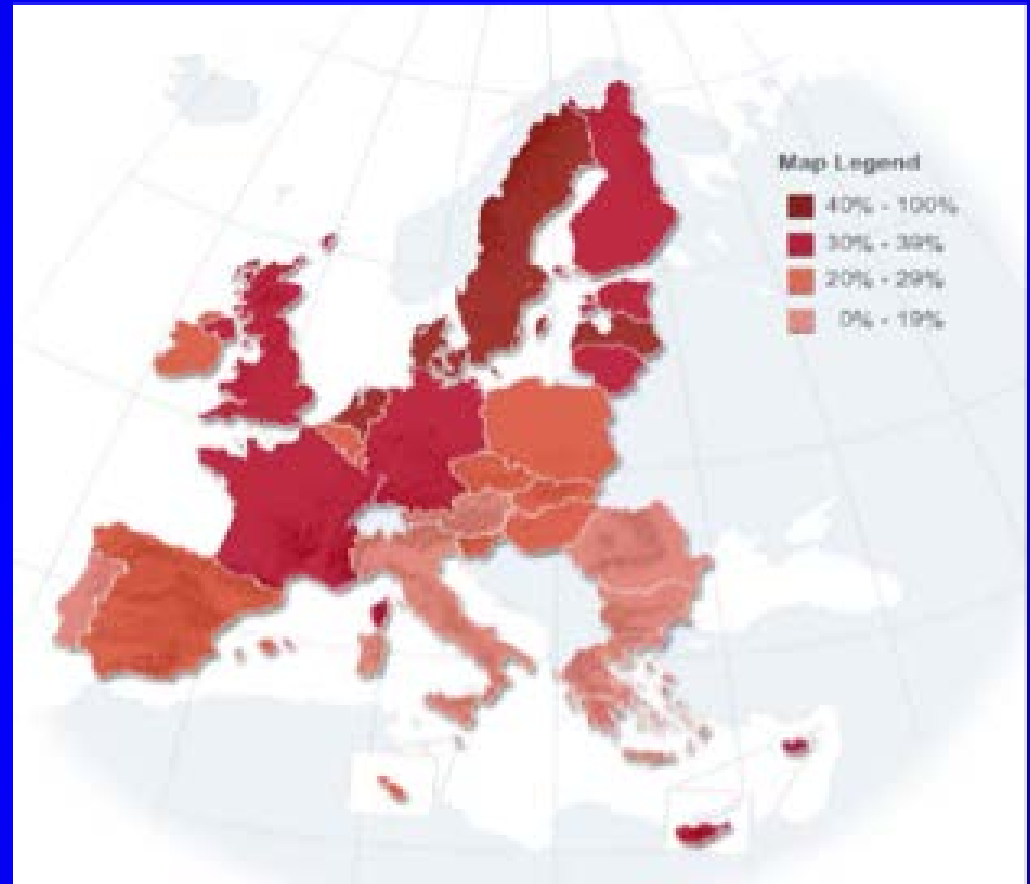
8-12% пациентов, госпитализированных в Европейский Союз, страдают от побочных явлений, таких как:

- Внутрибольничные инфекции, связанные по уходу за больными
- Ошибки фармакотерапии
- Неисправная хирургия
- Диагностические ошибки

[:http://ec.europa.eu/health/ph_systems/patient_safety_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/patient_safety_en.htm)

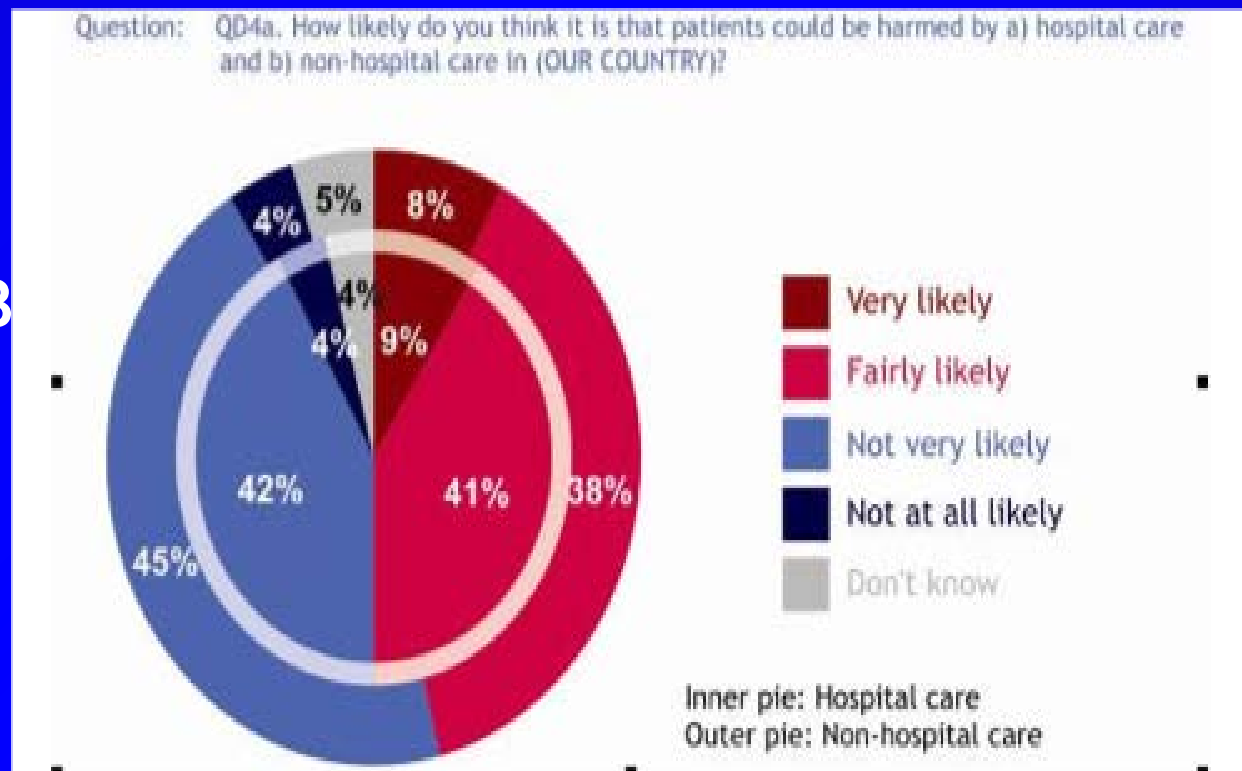
все же у нас есть проблемы с качеством здравоохранения

20% опрошенных поляков сообщают, что они испытали побочный эффект от полученной медицинской помощи



Насколько вероятно, что больному может быть причинен вред от стационарной помощи?

88% Греков
75% Литовцев
69% Поляков
31% Немцев
27% Финнов



сообщают, испытали побочный эффект от полученной медицинской помощи

**Как мы справляемся с
этой проблемой в
Польше?**

Шаги по оценке качества в Польше

- 1994 г. Министр здравоохранения создал подведомственное учреждение, посвященное проблемам качества здравоохранения - **Национальный центр оценки качества в здравоохранении (НЦОК)**



Столица - Варшава

NCQA в Кракове

Логотип НЦОК



Шаги по оценке качества в Польше

- 1995 г. Директор НЦОК во время конференции ISQuA в Сент-Джонсе принял решение о проведении аккредитации в Польше



Шаги по оценке качества в Польше

- 1997 г. аккредитованы первые три больницы в Польше



Логотип больницы, которая достигнута аккредитация

В настоящее время - 20 лет опыта

1997 – 2017

**Аккредитация медицинских
организаций в Польше**



**Что мы понимаем под
«Аккредитация в
Польше»?**

Принципы аккредитации в Польше

- статус аккредитации означает специальное признание высшего качества медицинской организации
 - Лучшие поставщики медицинских услуг
 - Принадлежность к элитной лиге
- добровольное участие
- оценка выполнения стандартов
- экспертная оценка на месте
- расчетная точка для стандартов

С 2008 года аккредитация, предоставленная Министром здравоохранения с сертификатом.



Другие средства подтверждения

- 1. Аккредитованной организации здравоохранения разрешено использовать логотип с номером сертификата.
- 2. Символ Аккредитации, идентичный символам ® и ™, используемый в конце названия организации.



4 уровня системы

Министр здравоохранения

Совет по аккредитации

НЦОК

Больница

Требования к различию

Аккредитация больниц

Стандарты

- 210 стандартов в
 - 15 глав
 - последняя редакция 2010
- подготовленный НЦОК
утвержденный Советом по
аккредитации,
принято и опубликовано
министром здравоохранения



Главы (1)

- **Непрерывность ухода**
- **Права пациентов**
- **Оценка состояния пациента**
- **Внутрибольничный ход за пациентом**
- **Инфекционный контроль**
- **Процедуры и анестезия**
- **Фармакотерапия**
- **Лаборатория**

Главы (2)

- **Получение изображения с помощью рентгенографии, томографии и иных исследований**
- **Питание**
- **Улучшение качества и безопасность пациентов**
- **Общее администрирование**
- **Управление человеческими ресурсами**
- **Управление информацией**
- **Окружающая среда ухода**

Процесс

1. Фаза подготовки

Объяснение требований стандартов ,
консультации

```
graph TD; A[Объяснение требований стандартов , консультации] --> B(Заявка на аккредитацию); B --> C[Фиксация даты проведения аккредитации];
```

Заявка на аккредитацию

Фиксация даты проведения аккредитации

2. Фаза опроса



```
graph TD; A[Состав группы экспертов] --> B[Сроки проведения опроса]; B --> C[Опрос от 1 до 3 дней на месте]; C --> D[Отчет];
```

The diagram illustrates the '2. Phase of the survey' (Фаза опроса) through a vertical flowchart. It begins with a red arrow pointing down from the title to a white box containing 'Состав группы экспертов' (Composition of the expert group). This is followed by another red arrow pointing down to a white box with 'Сроки проведения опроса' (Survey duration). A third red arrow points down to a light blue box with 'Опрос от 1 до 3 дней на месте' (Survey for 1 to 3 days on-site). Finally, a fourth red arrow points down to a white box with 'Отчет' (Report). A horizontal red line is positioned above the first box.

Состав группы экспертов

Сроки проведения опроса

Опрос от 1 до 3 дней на месте

Отчет

3. Фаза решения

Решение больницы на апелляцию или неразглашение

Рекомендация Совета по аккредитации

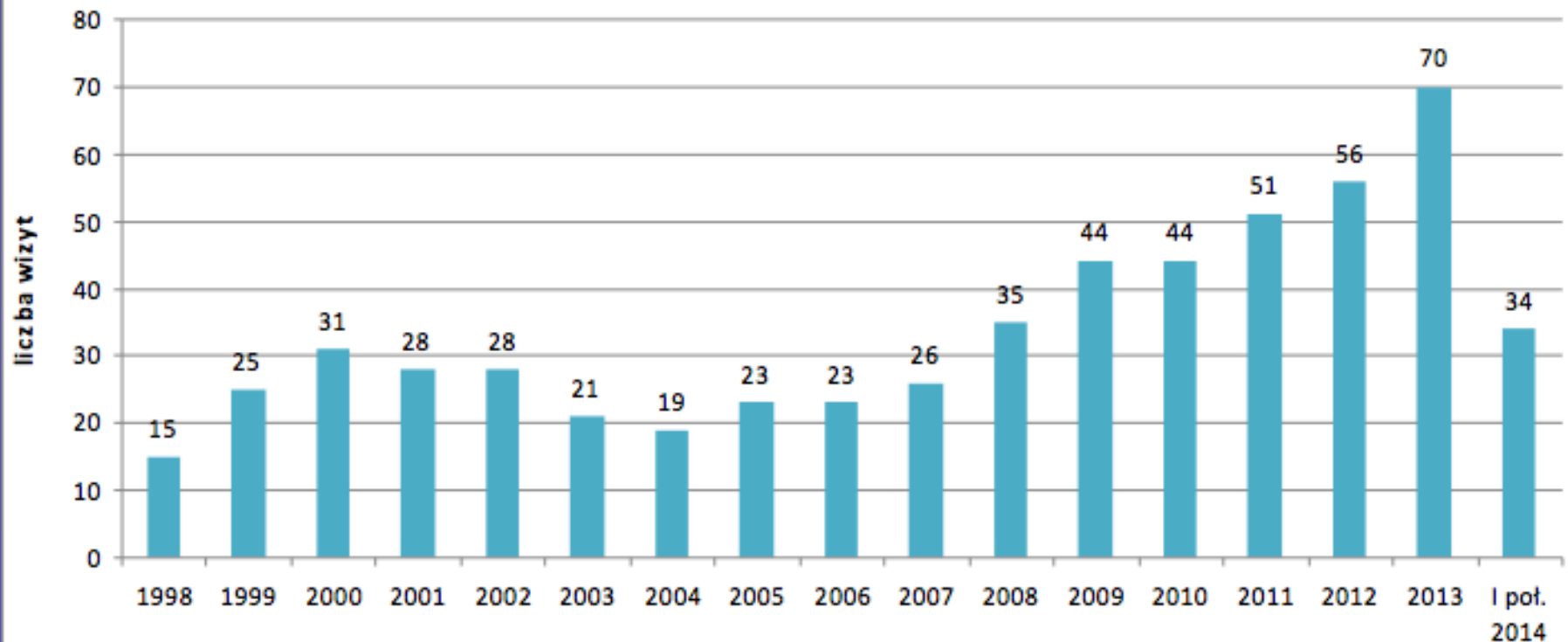
Решение Министра

Сертификат аккредитации
на 3 года

Результаты

Количество обследованных больниц с 1998 – первая половина 2014

Liczba wizyt akredytacyjnych w latach 1998 - I połowa 2014



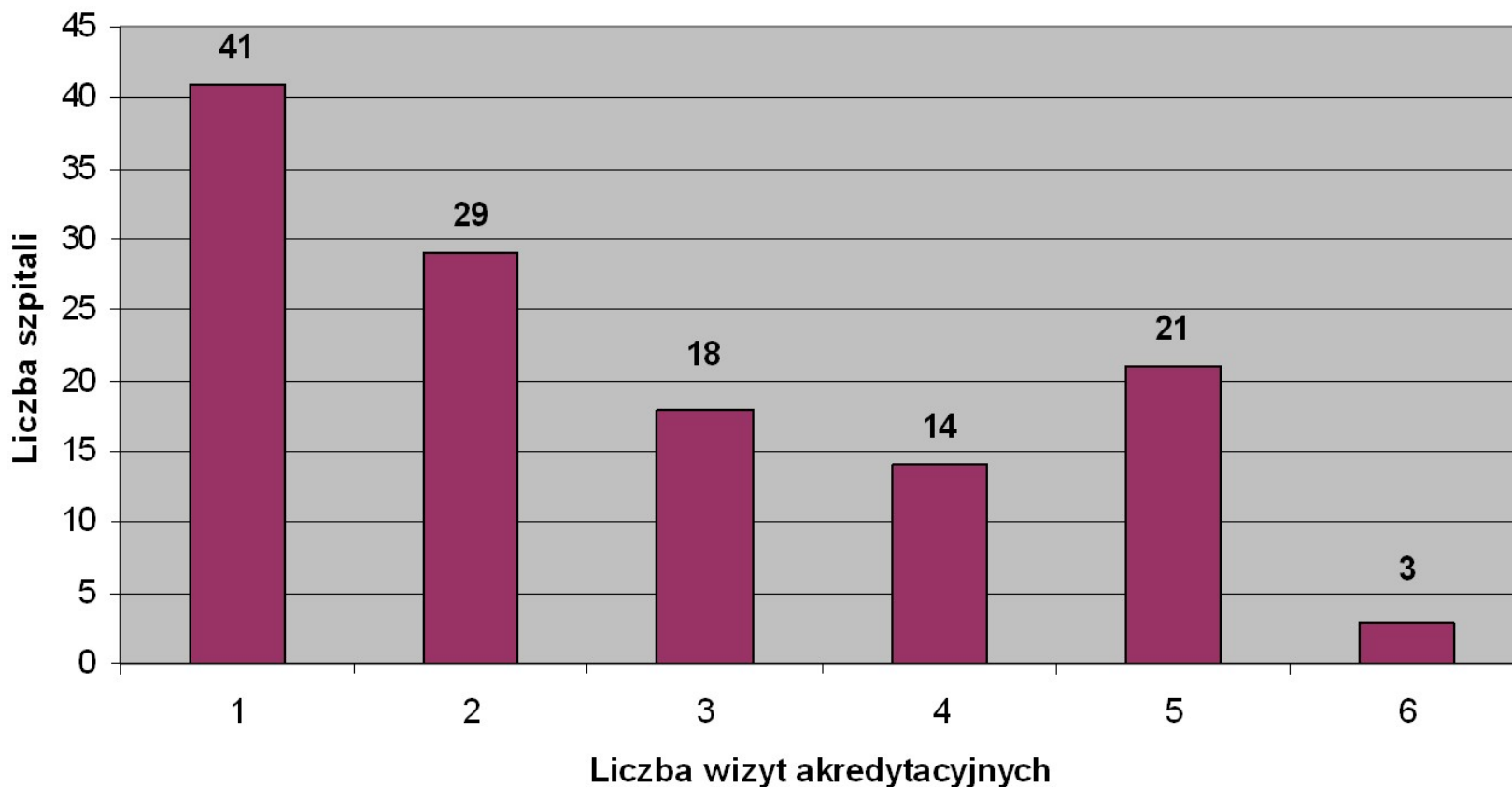
Аккредитованные больницы

- 200 больниц из
са. 800
- 25%
- Неравномерное
распределение



Сколько раз больницы получали статус аккредитации?

Krotność uzyskania akredytacji przez szpitale



В среднем : аккредитованные стационары = безопасность пациента

AKREDYTACJA SZPITALI
gazeta

30 PAŹDZIERNIKA 2013 • REDAKTOR PRzewodzący Jerzy Lewński • DODATEK DO GAZETY WYBORCZEJ

PARTNER DODATKU
Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

Bezpieczny pacjent

Uzyskanie przez szpital akredytacji oznacza, że włożono wiele wysiłku organizacyjnego, by każdego pacjenta otoczyć jak najlepszą opieką

Ada Chojnowska

Akredytacja organizacji opieki zdrowotnej to dojrzały, usystematyzowany proces oceny nakierowany na stymulowanie poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki, prowadzony przez niezależnych obserwatorów – tłumaczy Barbara Kutryba, główny specjalista w Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ), kierująca Oddziałem Współpracy z WHO w zakresie mówiąca o bezpieczeństwie i jakości w systemach ochrony zdrowia oraz przewodnicząca Grupy Roboczej UE ds. Bezpieczeństwa Pacjentów i Jakości Opieki. W Polsce jest to system oceny poświęcony szpitalom, jednostkom podstawowej opieki zdrowotnej, a od tego roku również Stacjonarnym Oddziałom Leczenia Uzależnień. Ocena akredytacyjna dokonywana jest zgodnie z wypracowanymi przez ekspertów standardami, przeglądkowi podlega pełne spektrum działalności klinicznej, zarządzania i administracji jednostki. Uzyskanie akredytacji oznacza, że włożono wiele wysiłku w to, by oświadać pacjentem była zgodna z tym, jak społecznie oczekiwania dotyczący opieki nad pacjentem i jego rodzinami oraz minimalizujący ryzyko w odniesieniu do diagnostyki i terapii tłumaczy Kutryba.

Wulose podstawa w pracowni systemu akredytacji byłoby doświadczenia systemu amerykańskiego. W 1985 r. Ernest Codman, chirurg bostońskiego szpitala Massachusetts General, w



Spierali prawie 800 polskich szpitali obecnie certyfikatem może się pochwalić ponad 130

druga sła jakość pracy i opieki nad pacjentem, wprowadził ten system rezultatów kosztowych. Inicjatywę tę przejęło Amerykańskie Stowarzyszenie Chirurgów, które w 1977 r. wprowadziło ten standard minimum, stanowiący kompromisum dobrej praktyki. Zapewniono tam różne wymagania, jak posiadanie przez wszystkich lekarzy i pielęgniarki prawa wykonywania zawodu czy prowadzenie oddzielnej historii choroby dla każdego pacjenta. - Były to wówczas bardzo nowatorskie założenia - podkreśla Kutryba. Na tej podstawie rozpoczęło ocenianie oddziałów chirurgicznych, o

później doprowadziło do funkcjonalnej oceny szpitali.

W 1981 r. utworzono Komisję Wspólną ds. Akredytacji Szpitali, współtworzoną przez liczne amerykańskie organizacje medyczne. W 1987 r. zmieniła ona nazwę na Komisję Wspólną ds. Akredytacji Organizacji Opieki Zdrowotnej (JCAHO), potwierdzając zarazem zakres działania. Dzięki temu poddanie się ocenie akredytacyjnej możliwe jest także przez jednostki podstawowej opieki zdrowotnej lub ośrodki terapii uzależnień.

W Polsce w 1994 r. zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki

Spółecznie utworzono CMJ. Inicjatywykierownikiem został prof. Rafał Niżankowski z Krakowa. Jednym z założeń statutowych CMJ było wprowadzenie systemu akredytacji w opiece zdrowotnej. - System dotyczył opiece szpitalnej, gdyż najlepszą radząci nie posiadających występują właśnie na tym poziomie - mówi Kutryba. - Założenia przybliżono nam w USA, gdzie mogliśmy poznać działanie systemu. Jako podstawa wymiar oceny jakości opieki szpitalnej uznaliśmy bezpieczeństwo pacjentów.

Copyright © 2013

Расширение программ

Были реализованы другие программы аккредитации

- 2003 год – аккредитация врачей общей практики и других врачей ПМСП



Поддержание усилий доктора Адама Виндака и его коллег по развитию высококачественной семейной медицины в Польше, как это сделала д-р Дамиля Нугманова в Казахстане

Были реализованы другие программы аккредитации

- **2010 год аккредитация центров лечения наркозависимости**
- **2016 год аккредитации центров дневного стационара и амбулаторной хирургии**

Выводы:

Влияние аккредитации

- мы заметили много свидетельств того, что аккредитация повышает безопасность лечения
- это положительно влияет на удовлетворенность пациентов после получения лечения в аккредитованной медицинской организации, но длительное время ожидания амбулаторного лечения и диагностических процедур создает сильное негативное впечатление

Перспектива

Планирование дополнения аккредитации ретроспективной оценкой результатов оказания медицинской помощи



Спасибо за внимание

Свободно пишите, спрашивайте

r.nizankowski@gmail.com