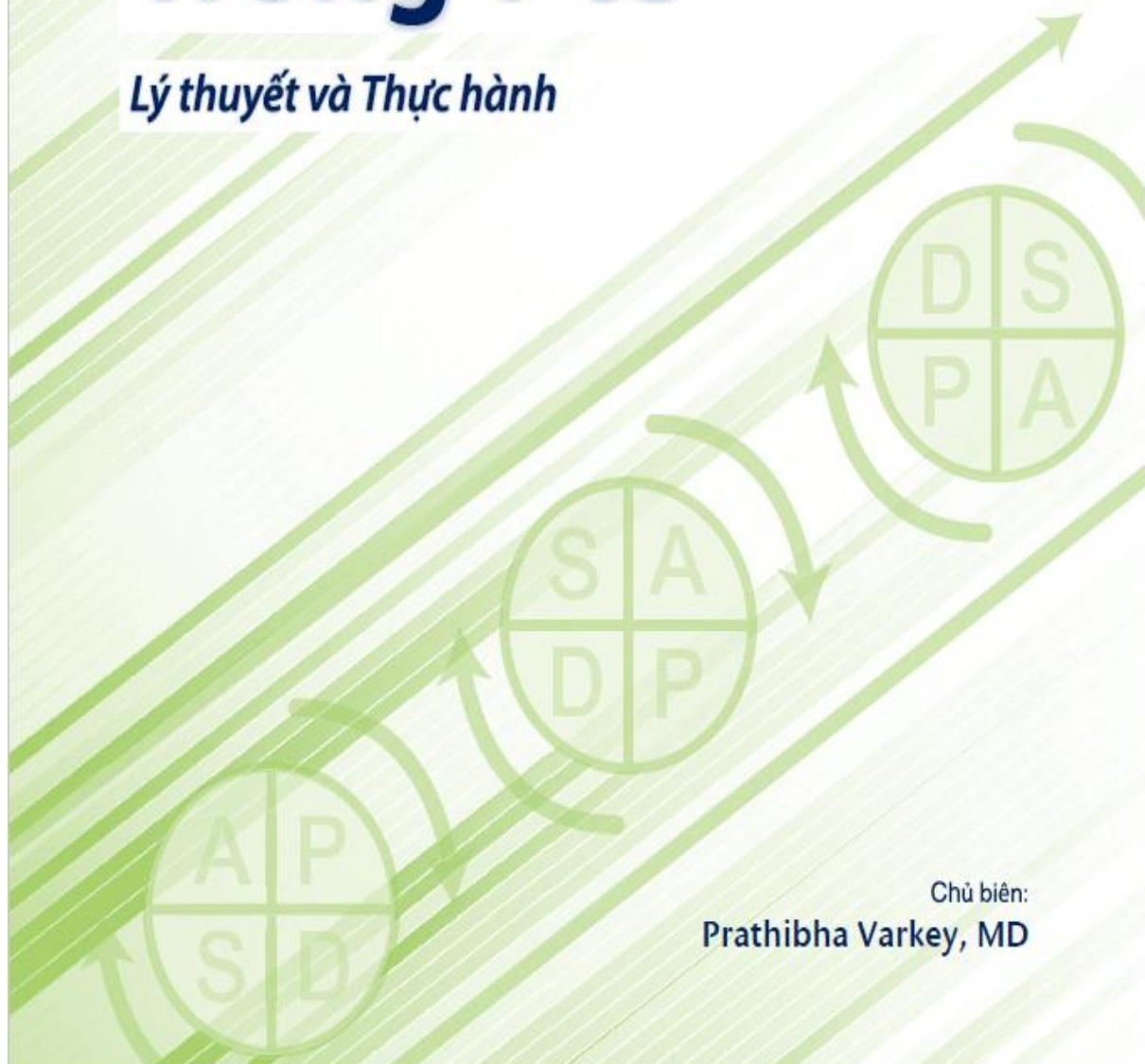


American College of Medical Quality



Quản lý Chất lượng Trong Y tế

Lý thuyết và Thực hành



Chủ biên:
Prathibha Varkey, MD

Nội dung

LỜI NÓI ĐẦU.....	6
Giới thiệu.....	8
Những người tham gia đóng góp.....	12
Chương 1. Cơ bản về cải tiến chất lượng	15
Tổng quan.....	15
Lịch sử của phong trào quản lý chất lượng chăm sóc y tế: Từ quá khứ đến hiện tại	15
Mục đích và nguyên lý của quản lý chất lượng.....	19
Nghiên cứu một trường hợp	20
Các công cụ để cải tiến chất lượng.....	22
Những phương pháp để cải tiến chất lượng.....	32
Những chiến lược cải tiến chất lượng thường dùng	37
Nghiên cứu cải tiến chất lượng.....	39
Những thách thức để cải thiện chất lượng thành công	40
Xu hướng tương lai	41
Chương 2. Đo lường chất lượng.....	45
Tóm tắt	45
Lịch sử.....	45
Các loại đo lường chất lượng	46
Xây dựng phép đo	48
Đặc tính mong muốn của các đo lường chất lượng.....	53
Nhận định kết quả đo lường chất lượng	53
Đánh giá chương trình.....	55
Xu hướng phát triển trong tương lai.....	56
Chương 3. An toàn của bệnh nhân	59
Tóm tắt nội dung chính	59
Lịch sử.....	61
Sai sót – Một vấn đề hệ thống	62
Yếu tố con người dẫn đến sai sót	66
Các rủi ro thường gặp đối với an toàn của bệnh nhân.....	72
Các công cụ đảm bảo vấn đề an toàn cho bệnh nhân	75
Công cụ phân tích.....	78
Thừa nhận sai sót.....	82
Ngăn ngừa sai sót	82
Làm việc nhóm và quản lý nhóm	85
Các tổ chức tín nhiệm cao (High-Reliability Organizations - HROs).....	86

Xu hướng tương lai	87
Chương 4: Thiết kế và quản lý tổ chức	93
Tóm tắt	93
Lịch sử.....	94
Tư duy và lý thuyết về hệ thống tổ chức	94
Các trách nhiệm của một nhà lãnh đạo trong cải tiến chất lượng.....	98
Các đội làm việc hiệu suất cao (high-performacen teams).....	100
Các tổ chức không ngừng học hỏi (learning organizations).....	102
Các xu hướng tương lai	103
Chương 5. Thông tin học trong y khoa	107
Tóm tắt nội dung	107
Lịch sử: Sự phát triển của TTHYK ở Mỹ.....	108
Những thành phần thiết yếu của cơ sở hạ tầng thông tin y tế.....	109
Bệnh án điện tử (Electronic Medical Record-EMR)	117
Hệ thống ra y lệnh điện tử (Computerized Physician Order Entry-CPOE).....	117
Hồ sơ Sức khỏe Cá nhân (Personal Health Record-PHR).....	122
Đánh giá một Cơ sở hạ tầng thông tin.....	122
Các rào cản trong việc phát triển một cơ sở hạ tầng thông tin sức khỏe	123
Thông tin y khoa và Tỷ lệ hoàn vốn.....	125
Các xu hướng tương lai	125
Chương 6. Kinh tế và Tài chính trong quản lý chất lượng y khoa	128
Tóm tắt	128
Lịch sử.....	129
Các khái niệm cơ bản của kinh doanh và kinh tế	130
Tạo ra các kế hoạch kinh doanh	141
Thực hành một trường hợpkinh doanh để quản lý chất lượng	143
Chi trả dựa trên khả năng thực hiện (Pay-For-Performance : P4P) và chất lượng	150
Xu hướng tương lai	154
Chương 7. Quản lý sử dụng.....	159
Tóm tắt	159
Lịch sử.....	159
Các thành phần quan trọng của hệ thống QLSD	160
Quy trình quản lý sử dụng	161
Chín nhiệm vụ chính để quản lý sử dụng hiệu quả	161
Quy trình, thủ tục, và thời gian quản lý sử dụng	162

Quản lý rủi ro và an toàn	165
Thiết kế tổ chức về quản lý sử dụng.....	166
Quản lý bệnh	166
Quản lý trường hợp bệnh.....	167
Kế hoạch chăm sóc.....	168
Quản lý nhu cầu.....	169
Xem xét ngang hàng (Peer Review).....	170
Thẩm định	171
Hồ sơ cá nhân của bác sĩ	172
Công nhận và giám sát quản lý sử dụng.....	172
Mô hình chăm sóc	173
Xu hướng tương lai	176
Chương 8. Cải tiến chất lượng bên ngoài: công nhận, giáo dục cải tiến chất lượng và chứng nhận... 179	
Tóm tắt	179
Lịch sử.....	180
Kiểm định (Accreditation).....	182
Tạo hồ sơ cá nhân (profiling)	187
Dữ liệu và chuỗi thông tin về hiệu quả chăm sóc sức khỏe (HEDIS)	189
Baldrige	189
Báo cáo công cộng	198
Chứng nhận, Cấp giấy Phép, Kiểm định	199
Cải thiện chất lượng giảng dạy.....	201
Xu hướng tương lai	207
Chương 9. Những điểm chung giữa cải tiến chất lượng, luật pháp và y đức	211
Tóm tắt về hành pháp	211
Lịch sử.....	212
Vai trò của Chính phủ	213
Quy chế, quy định, quy tắc và đạo luật	214
Quy chế và Luật Công đảm bảo chất lượng	214
Luật Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Sức khỏe và bảo vệ đánh giá ngang hàng	216
Ngân hàng Dữ liệu Quốc gia Hành nghề y (The National Practitioner Data Bank-NPDB).....	218
Sự cố y tế (sai lầm y tế) và minh bạch.....	222
Khái niệm cơ bản sai sót trong thực hành y khoa.....	224
Vấn đề quản lý tổ chức rủi ro và cơ sở vật chất	226
Chống độc quyền trong Y tế.....	227

Giải quyết tranh chấp thay thế: Trọng tài-Hòa giải	229
Y đức	231
Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học (IRB).....	235
Xu hướng tương lai	237
CHÚ GIẢI	241

LỜI NÓI ĐẦU

Carolyn M. Clancy, MD

Giám đốc của Cơ quan chất lượng và nghiên cứu y tế (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ)

Dịch: ThS. Chu Đức Hải

Hiệu đính: TS.DS. Võ Thị Hà

Giáo dục là thứ vũ khí mạnh nhất bạn có thể sử dụng để thay đổi thế giới.

— Nelson Mandela

Người ta nói thời gian thay đổi sự vật, nhưng thực ra là bạn phải tự mình thay đổi nó.

— Andy Warhol

Mới chỉ bốn năm trôi qua kể từ khi cuốn sách *Thời khóa biểu cốt lõi của chương trình quản lý chất lượng y tế (Core Curriculum for Medical Quality Management)* được xuất bản năm 2005. Kể từ đó, lĩnh vực cải tiến chất lượng (CTCL) đã chứng kiến những tiến bộ đáng kể về tác động của những nghiên cứu, ứng dụng công nghệ để thúc đẩy vấn đề an toàn và nâng cao chất lượng, phổ biến các nghiên cứu trường hợp về lâm sàng và tổ chức bộ máy.

Với tình hình hiện nay, Trường Đại học về Chất Lượng Y Tế Mỹ (American College of Medical Quality-ACMQ) đã quyết định xuất bản ấn phẩm chỉnh sửa này. Trên cương vị là một bác sĩ và một giám đốc của cơ quan nghiên cứu sức khỏe Liên Bang, tôi rất lấy làm hài lòng được chứng kiến tốc độ tiến triển nhanh chóng ngày càng nhanh trong vấn đề CTCL và cuốn sách sẽ giúp giáo dục các nhà chuyên môn trẻ cũng như những người đã có kinh nghiệm. Cho dù bạn đã làm việc trong lĩnh vực quản lý chất lượng 20 năm hay 20 ngày đi chăng nữa, tôi vẫn khuyến khích bạn luôn nỗ lực hết sức tự đào tạo bản thân về vấn đề an toàn bệnh nhân như đã được đề cập trong một chương trọng điểm trong cuốn sách. Khi sự hợp tác giữa khu vực công tư tiến triển, danh tiếng, trình độ lâm sàng, và những thành công tài chính của tổ chức của bạn sẽ phụ thuộc to lớn vào hiệu quả của việc cải tiến vấn đề an toàn cho bệnh nhân.

Một chương cập nhật nhất về vấn đề công nghệ thông tin trong y tế là một nguồn tham khảo dễ hiểu trình bày các tiêu chuẩn, số liệu, tình trạng và các hệ thống thông tin quốc gia, các bộ dữ liệu và các hệ thống mã hóa, và các nghiên cứu điển hình. Các dự án nghiên cứu về công nghệ thông tin y tế được tài trợ bởi cơ quan AHRQ của chúng tôi tiếp tục nhấn mạnh các thách thức trong vấn đề triển khai cũng như các cơ hội to lớn để cải thiện an toàn và chất lượng.

Các chủ đề hàng ngày của quản lý chất lượng y tế (gồm đo lường, quản lý chất lượng, quản lý sử dụng, cấp phép, giáo dục và cấp chứng nhận) sẽ được đánh giá lại rất kỹ trong ấn bản này. Các chủ đề này cũng được bổ sung bởi các nghiên cứu điển hình mới, cung cấp một yếu tố giá trị về “thế giới thực” và một tầm nhìn cho những xu hướng tương lai. Trường ACMQ tiếp tục là nhà lãnh đạo trong cộng đồng y khoa về cả lý thuyết và thực hành của vấn đề quản lý chất lượng y tế. Ấn bản mới của cuốn sách này nhấn mạnh cam kết của trường về những quan

điểm được chúng tôi chia sẻ về một hệ thống y tế an toàn hơn và cung cấp nhiều nguồn thông tin cho người đọc để hướng dẫn thực hiện trong suốt hành trình của chúng ta.

Giới thiệu

Bác sĩ Alex R. Rodriguez

Quản lý chất lượng y tế (Medical quality management) là một thuật ngữ vẫn đang tìm cách trở thành một điều cốt yếu góp phần định nghĩa về chăm sóc y tế. Tuy nhiên, nó đại diện cho một lĩnh vực liên quan hàng ngày đến hầu hết những bác sĩ lâm sàng cũng như các hoạt động chuyên môn của gần 16.000 bác sĩ tại Mỹ và một con số chưa rõ nhưng đang tăng cao các bác sĩ trên toàn thế giới. Quản lý chất lượng y tế (QLCLYT) là vấn đề cốt yếu của các dịch vụ y tế đã được ghi nhận là một lĩnh vực chuyên sâu y khoa bởi Hiệp hội y khoa Mỹ từ 20 năm nay, nhưng nhận thức của cộng đồng về lĩnh vực này cần một sự bùng nổ mạnh mẽ hơn nữa.

Trong khi nhiều nhà chuyên môn trong y khoa đã tham gia vào các hoạt động QLCLYT trong các khóa học trong quá trình làm việc lâm sàng, thì một số ít người nhận được những khóa đào tạo chính thức hoặc các định hướng về lĩnh vực này trong các khóa đào tạo đại học và sau đại học.

Trong các khóa học của họ, những sinh viên y khoa và điều dưỡng và thực tập sinh nội trú có thể đã biết rằng một số nhà chuyên môn tham gia vào việc đánh giá sử dụng, CTCL, và các hoạt động quản lý rủi ro; tuy nhiên, ít người biết được về cơ sở giàu tính khoa học và tập quán y tế đặt khuôn khổ cho lĩnh vực này.

Tiến sĩ Avedis Donabedian ban đầu đã gọi tên lĩnh vực thực hành chuyên môn này là *quản lý kết quả lâm sàng (clinical outcomes Management)*, thuật ngữ sau này được phổ biến hóa bởi bài giảng Shattuck 1998 được đăng trên tạp chí *New England Journal of Medicine* bởi tiến sĩ Paul Ellwood. Kể từ đó, chỉ có hai tài liệu cung cấp những tổng hợp về các thành phần không thể thiếu của QLCLYT đó là: quản lý chất lượng y tế cho thế kỷ 21 (*Health Care Quality Management for the 21st Century*), biên tập bởi bác sĩ James Couch và *Chương trình giảng dạy cốt lõi cho quản lý chất lượng y tế (Core Curriculum for Medical Quality Management)* được xuất bản bởi Trường ACMQ cung cấp những tóm tắt mới nhất về những hiểu biết cơ bản cốt yếu trong lĩnh vực QLCLYT.

Cuốn *QLCLYT: Lý thuyết và thực hành* này được viết và biên tập như một sách giáo khoa căn bản để miêu tả các thành phần chủ đạo của QLCLYT. Do đó, cuốn sách được áp dụng cho những người mới nhập môn, sinh viên chuyên ngành, và những bác sĩ lâu năm trong lĩnh vực. Mỗi chương được thiết kế để tổng quan giới thiệu về những thông tin lịch sử thiết yếu, những huấn lệnh và những thực hành mẫu trong lĩnh vực được đánh giá. Một hình thức chung cũng được áp dụng khi trình bày của các chương bao gồm các mục tiêu học tập hữu ích, những trường hợp điển hình, các tham khảo chéo giữa các chương và các nguồn tài liệu tham khảo phong phú. Mỗi chương đơn lẻ không thể cung cấp một tổng hợp chuyên sâu hoặc đầy đủ về lĩnh vực tương ứng, mỗi chương trong cuốn sách chỉ mô tả một cách đáng tin cậy các

thành tố cốt yếu cho phép người đọc có thể hiểu một cách dễ dàng. Các tác giả là những chuyên gia được công nhận trong các lĩnh vực chuyên môn và đã đóng gói những kiến thức tương ứng cũng như kinh nghiệm của mình thành những tổng hợp rõ ràng đúng đắn. Mỗi chương riêng biệt lại tập trung vào những yếu tố cốt lõi của chương trình.

Varkey ở chương 1 đặt nền tảng cho cuốn sách bằng cách làm nổi bật những nhà tiên phong trong lĩnh vực đảm bảo chất lượng y tế và CTCL bằng cách xem xét lại những giả thuyết chính và những ứng dụng phổ biến của các phương pháp và chiến lược CTCL và bằng cách vạch ra những thách thức và cơ hội trong lĩnh vực QLCLYT đang thay đổi nhanh chóng này. Chương sách này mở ra cánh cửa dẫn đến một lĩnh vực đôi khi rất phức tạp của các hệ thống và phương pháp đo lường chất lượng, những quá trình hoạt động và các chiến lược.

Ở Chương 2, Harrington và Pigman đã chú trọng vào lịch sử, các loại, các đặc điểm, các quá trình và các diễn giải của việc đánh giá chất lượng. Họ cung cấp một khuôn khổ để hiểu các thành phần cơ bản của phép đánh giá chất lượng trong việc chăm sóc bệnh nhân trực tiếp và trong những cơ chế chính sách, làm rõ bởi những minh họa bằng các nghiên cứu trường hợp điển hình. Hai ông đã kết nối hiệu quả sự giao thoa trọng điểm của các chiến lược và phương pháp đánh giá chất lượng với các lĩnh vực được nhấn mạnh ở trong các chương khác đặc biệt là thông tin y tế, quản lý chất lượng và sử dụng, an toàn bệnh nhân, và phát triển chính sách y tế.

Trong Chương 3, Fracica, Wilson, và Chelluri cung cấp cái nhìn tổng quan một cách chi tiết về những lý thuyết chính về an toàn bệnh nhân, phân loại sai sót y khoa và các yếu tố mang tính nguyên nhân, những công nghệ và công cụ để cải thiện an toàn bệnh nhân một cách hệ thống (PSE) và các xu hướng tương lai. Đề cập đặc biệt đến các vấn đề phòng ngừa các vấn đề về kê đơn sai, các thủ thuật xâm lấn, và các tình huống nguy hiểm thường gặp. Hai người cũng nhấn mạnh các đặc điểm của các tổ chức có uy tín và các biện pháp hoạt động can thiệp hoạt động để cải thiện an toàn bệnh nhân một cách hệ thống. Khung hướng của quốc gia là giành những khoản đầu tư trọng điểm để theo dõi và đảm bảo an toàn bệnh nhân, và các hệ thống đào tạo. Khung hướng này cho thấy một xu hướng to lớn hiện hữu trong lĩnh vực y tế và là một lĩnh vực trọng điểm trong QLCLYT.

Ziegenfuss và Biancaniello tập trung vào quy hoạch tổ chức và lãnh đạo thực hiện trình bày trong Chương 4. Hầu hết những ấn bản trong lĩnh vực này đều mang tính mô tả và lý thuyết hơn là trình bày một cách hệ thống bằng các con số và các sự kiện thực tế vốn hầu hết những nhà chuyên môn đã thấy quen thuộc. Những thảo luận về vấn đề lãnh đạo, điều phối và lên kế hoạch và chiến lược thực hiện, phân tích số liệu, và phản hồi trong quản lý chất lượng tất cả đều được trình bày một cách rõ ràng – với những tham khảo thực tế phong phú.

Diamond và Lawles trong Chương 5 đã giới thiệu những tiến bộ và thách thức trong lĩnh vực thông tin y tế - thành phần trung tâm của QLCLYT - đang đóng vai trò ngày một quan trọng trong y tế. Các tác giả tổng kết một cách cụ thể những tiến bộ của hạ tầng công nghệ thông tin y tế bao gồm các hệ thống hỗ trợ ra quyết định lâm sàng và các công cụ và hệ thống mã hóa,

truyền dẫn – trao đổi thông tin, kiểm soát chất lượng, lưu trữ và phân tích số liệu. Trong khi nhiều người có thể coi nhẹ tình trạng hiện tại của thông tin y tế tại Mỹ, nó vẫn phản ánh đang ở giai đoạn thử nghiệm và tiến triển mạnh mẽ trong môi trường có kiểm soát và có tính đa dạng thương mại cao.

Bước chuyển dịch cuối cùng hướng đến hình thành một hệ thống y tế Mỹ thống nhất vận hành trong một thị trường được kiểm soát. Điều này sẽ đòi hỏi một hệ thống thông tin y tế phức tạp để xây dựng một hệ thống quốc gia để quản lý kết quả khám chữa theo như giả thuyết của tiến sỹ Ellwood.

Trong Chương 6, Fetterolf và Shah trình bày chủ đề về tính kinh tế và tài chính trong QLCLYT với một cách tiếp cận chi tiết. Họ phân tích chi tiết những nguyên tắc kinh tế và kinh doanh chính liên quan đến những thực hành tương lai của QLCLYT bao gồm cả những nguyên tắc liên quan đến tài chính kế toán, kế hoạch tổ chức và tâm lý, quản lý dự án, phát triển kế hoạch kinh doanh và những báo cáo tài chính, và những phân tích độ nhạy. Những nhà chuyên môn QLCLYT sẽ cần xây dựng một trường hợp kinh doanh cho những dịch vụ lâm sàng với những mục tiêu đảm bảo chất lượng và đo lường về kết quả điều trị. Các tác giả đã khéo léo lồng ghép những bài học vào trong chương này bao gồm một vài ca lâm sàng điển hình mang tính xây dựng.

Đối chiếu với lịch sử của quản lý ACMQ, Pelberg giới thiệu quá khứ, hiện tại và tương lai của *quản lý sử dụng trong y tế - QLSD (utilization management)* trong Chương 7. Chương này miêu tả các quá trình, tác vụ quan trọng và những hệ thống QLSD thường thấy, tập trung vào đánh giá các dạng thức sử dụng ủy quyền trước, các dạng xem xét sử dụng song hành hay hồi quy để thiết lập “những điều cần thiết của chăm sóc y tế”. Những tiêu chí, qui trình về những điều cần thiết trong chăm sóc y tế để xác định tính hiệu quả và giá trị của các thủ tục QLSD (ví dụ như những dấu hiệu của việc sử dụng chưa hết hoặc lạm dụng), các cơ cấu tổ chức thường thấy, và các tiêu chuẩn và chương trình cấp phép đều được chi tiết hóa. Những mục mới trong chương này gồm thảo luận về vai trò của QLSD trong quản lý bệnh, các chương trình, trả theo thành tích và các mô hình điều trị. Mục này đặc biệt quan trọng do trọng điểm hiện nay là vấn đề điều phối các mô hình điều trị để tạo ra những biến chuyển trong chi phí và chất lượng.

Trong Chương 8, Kfuri và Davis tập trung vào những hoạt động CTCL bên ngoài bao gồm cấp phép, đào tạo và chứng nhận nghề nghiệp. Các tác giả làm nổi bật những tiêu chuẩn y khoa và các tổ chức cấp chứng nhận chủ yếu như Ủy ban đảm bảo chất lượng Quốc Gia (NCQA), Ủy ban cấp phép đánh giá sử dụng (URAC) và Ủy ban liên hợp (TJC). Những tổ chức này thúc đẩy các phương pháp CTCL liên tục và đem đến cho các khách hàng, người mua sắm, những người giám sát, các nhà cung cấp và các đơn vị chăm sóc sức khỏe những bộ thống nhất về các tiêu chuẩn quản lý chất lượng cho những bộ phận chức năng về quản lý chất lượng y tế. Qua đó, chúng đóng vai trò tích hợp một số lượng đa dạng những hoạt động quản lý sử dụng, quản lý chất lượng và quản lý rủi ro - đã đặt khuôn khổ cho những hệ thống chăm

sức sức khỏe lâm sàng. Chương này bao hàm cả tầm quan trọng của việc đào tạo CTCL cho những sinh viên y khoa và các bác sĩ thực hành.

Cuối cùng, Zale và Selvan đã đánh giá lại những lý thuyết cơ bản, những tổ chức xã hội, những yêu cầu pháp lý và những giá trị thịnh hành có ảnh hưởng đến chất lượng ở trong Chương 9. Những tác giả đã ôn lại thông tin của vài chương và đưa ra những nhận xét sâu sắc về những xu hướng đang gia tăng nhằm mục đích CTCL các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và sinh đẻ. Những trào lưu đáng chú ý đang phát triển bao hàm việc học cách xin lỗi khi sai sót y khoa xảy ra, những hoạt động an toàn bệnh nhân và những sáng kiến trả theo năng lực.

Những chương riêng biệt nhưng thống nhất này sẽ cung cấp nền tảng mà dựa trên đó, chuyên ngành QLCLYT đang được thực hành. Khi John William viết những tài liệu hướng dẫn đầu tiên về vấn đề đảm bảo chất lượng vào năm 1982, ông đã không biết được rằng lĩnh vực mà ông đã miêu tả đó đã thay đổi nhiều như thế nào trong những năm về sau.⁵ Rõ ràng chất lượng sẽ là một kết quả được hướng đến và là một xu hướng thịnh hành trên thị trường trong tương lai và việc đào tạo những lớp lãnh đạo chuyên môn qua những lớp huấn luyện đặc biệt, đào tạo cấp phép và những kinh nghiệm trong lĩnh vực QLCLYT là cần thiết.

Cuốn sách này cung cấp một cánh cửa đến một thế giới mới mẻ thách thức, một thế giới sẽ luôn tìm kiếm những nhà chuyên môn QLCLYT để dẫn đường và lãnh đạo. Đó là một thế giới sẽ yêu cầu sự hợp tác giữa các nhà chuyên môn từ những lĩnh vực đa dạng của khoa học lâm sàng, luật y tế, quy định pháp luật, sức khỏe cộng đồng, công nghệ thông tin, kinh doanh và bảo vệ người tiêu dùng để đảm bảo tốt nhất rằng chất lượng như đã được định nghĩa ở bên trên đạt được một cách tin cậy nhất.

Khi đọc hết cuốn sách này, bạn sẽ được chào đón tham gia vào lĩnh vực này giống như những sinh viên và những bác sĩ của chuyên ngành QLCLYT. Theo suốt cuộc hành trình khám phá này, ACMQ nhiệt thành mong mỗi bạn sẽ trở thành những lãnh đạo tích cực tạo dấu ấn trên những hệ thống đã được khai sáng – để cải thiện tuổi thọ và chất lượng cuộc sống của những người phải cậy nhờ đến các dịch vụ y tế.

Tham khảo

1. Donabedian A. *A Position Paper on the Future of ACURP*. Ann Arbor: Ấn bản đại học Michigan ;1986.
2. Ellwood PM. Quản lý kết quả điều trị: một kỹ nghệ về trải nghiệm của bệnh nhân. *NEJM*. 1988;318:1549–1556.
3. Couch JB. *Hệ thống quản lý quản lý chất lượng của thế 21st*. Tampa, FL: American College of Physician Executives; 1991.
4. Trường cao đẳng chất lượng y khoa Hoa Kỳ. *Chương trình cốt lõi về QLCLYT*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2005.
5. Williamson JW. *Giảng dạy về đảm bảo chất lượng và quản lý chi phí y tế*. Jossey-Bass; 1982.

Những người tham gia đóng góp

Chủ biên dự án và tác giả

Prathibha Varkey, MD, MPH, MHPE, Phó giáo sư y học dự phòng, nội khoa và giáo dục y khoa tại Bệnh viện Mayo, Minnesota, và phó chủ tịch của khoa Y học. Bà cũng là Giám đốc chương trình cho chương trình Nghiên cứu sinh về y học dự phòng tại Mayo và là Giám đốc chất lượng tại Phân khoa về y học dự phòng và hướng nghiệp tại Mayo Clinic. Đến tận gần đây, bà vẫn giữ chức Giám đốc chất lượng tại Viện cao học y khoa Mayo và Viện giáo dục y khoa liên tục Mayo.

Các tác giả

Thomas Biancaniello, MD, FACC Giáo sư nhi khoa tại Trường y khoa thuộc đại học Stony Brook và Trưởng phân khoa tim mạch nhi. Ông cũng là Phó hiệu trưởng Phụ trách các vấn đề lâm sàng của Trường Y khoa và là CMO của bệnh viện đại học Stony Brook.

Laskmi P. Chelluri, MD, MPH, CMQ, Giáo sư thuộc Khoa y học về chăm sóc tích cực, Trường y đại học Pittsburgh, Đồng giám đốc y khoa cho phân nhánh Chăm sóc hô hấp và chăm sóc tích cực UPMC Presbyterian, Pittsburgh, Pennsylvania. Tiến sỹ Chelluri điều phối một thời khóa biểu về các hoạt động cải thiện chất lượng và an toàn bệnh nhân cho những giáo viên hướng dẫn chăm sóc tích cực cho người lớn.

Nancy L. Davis, PhD, Giám đốc Viện quốc gia về giáo dục và cải tiến chất lượng. Bà hiện đang công tác tại vị trí Trưởng CME của Trường cao đẳng chất lượng y khoa Hoa Kỳ, là chủ tịch cũ của Hội hàn lâm CME, là cựu chủ tịch của Hội đồng hội chuyên gia y tế.

Louis H. Diamond, MB, ChB, FACP, Phó chủ tịch và giám đốc chuyên môn của Thomson Reuters. Ông đang giữ chức chủ tịch trường cao đẳng chất lượng y tế Hoa Kỳ, Chủ tịch của ủy ban tư vấn và kế hoạch của Liên đoàn Thầy thuốc chuyên về cải thiện chất lượng hoạt động, Chủ tịch của Mạng lưới số 5 bệnh thận giai đoạn cuối, và chủ tịch hội đồng cải tiến, nghiên cứu và đánh giá chất lượng cho diễn đàn quản lý chất lượng quốc gia. Ông cũng là Trưởng khu vực khoa George town của bệnh viện đa khoa D.C và là giáo sư y khoa và phó hiệu trưởng phụ trách chuyên môn tại trường y khoa Georgetown

Donald Fetterolf, MD, MBA, FACP, Phó chủ tịch điều hành Tri thức y khoa thuộc Công ty Matria Healthcare, Inc., một tổ chức quản lý bệnh dịch có trụ sở tại Atlanta và hoạt động trên toàn lãnh thổ Hoa Kỳ. Ông cũng tham gia biên tập một số tạp chí bao gồm Quản lý dịch bệnh và Tạp chí chất lượng y tế Hoa Kỳ.

Philip J. Fracica, MD, MBA, FACP, Giám đốc chuyên môn của trung tâm y tế khu vực Heartland tại St. Joseph, Missouri. Ông giữ chức giám đốc chuyên môn quản lý ca bệnh và chủ tịch ban Quản lý chất lượng. Ông cũng giữ chức Giám đốc chuyên môn khu vực Tây Bắc Missouri cho chương trình Trung tâm giáo dục sức khỏe khu vực Missouri và là Cựu Giám đốc chuyên môn cho Donor Network of Arizona.

Linda Harrington, PhD, RN, CNS, CPHQ, Phó chủ tịch chương trình Hộ lý cao cấp tại Baylor Health Care System, phụ trách nghiên cứu và chất lượng hộ lý. Tiến sỹ Harrington cũng là trợ lý giáo sư tại Đại học Christian Texas nơi cô giảng dạy môn thống kê dân số và thống kê quá trình trong cải tiến chất lượng.

Toni E. Kfuri, MD, MPH, CMQ, FACOG, Nhà khoa học nghiên cứu tại Trường sức khỏe cộng đồng Johns Hopkins, khoa quản lý chính sách, y tế với trọng điểm là nghiên cứu các chỉ dấu thực thi lâm sàng trong tin học y tế. Ông là thành viên kỳ cựu và là người dẫn đầu cho Hội chất lượng Hoa Kỳ và là một nhà khảo thí quốc gia về chăm sóc y tế cho chương trình khen thưởng chất lượng quốc gia Malcolm Baldrige.

Stephen T. Lawless, MD, MBA, Phó chủ tịch Chất lượng và An toàn cho Nemours, với trách nhiệm điều phối tổng thể chất lượng và an toàn. Ông là giáo sư nhi khoa tại đại học Thomas Jefferson và là Bác sỹ hồi sức cấp cứu tại khoa gây mê hồi sức Bệnh viện nhi Alfred I. duPont tại Wilmington, Delaware.

Arthur L. Pelberg, MD, MPA, Chủ tịch hội Pelberg Group, một hội tư vấn y tế về chất lượng, sử dụng và tư vấn bác sỹ. Tiến sĩ Pelberg giữ vai trò cố vấn cho INSPIRUS of Arizona, một công ty quản lý y tế tập trung cho lĩnh vực cải thiện chăm sóc cho đối tượng bệnh nhân già yếu. Ông là cựu chủ tịch và Giám đốc chuyên mô của công ty Schaller Anderson, Inc. Tại Phoenix, Arizona, một công ty quản lý và tư vấn y tế với các hoạt động trên toàn Hoa Kỳ.

Harry Pigman, MD, MSPH, Giám đốc lâm sàng của trung tâm dữ liệu về mạng lưới chăm sóc y tế cho cựu chiến binh phía trung nam. Ông hiện đang bao quát việc sử dụng kho dữ liệu các quá trình và kết quả theo dõi trong một mạng lưới 10 trung tâm y tế quản lý cựu chiến binh. Ông đứng đầu cả ủy ban thông tin và ủy ban chất lượng cho mạng lưới của mình cũng như một vài những nỗ lực trong hệ thống quản lý cựu chiến binh, bao gồm cả việc thiết kế lại hệ thống thông tin cấp cứu và thực hiện các đánh giá lâm sàng.

Alex R. Rodriguez, MD, Giám đốc lâm sàng và y khoa của Harmony Behavioral Health (WellCare Health Plans). Ông cũng đã từng giữ chức Giám đốc chuyên môn của ba tổ chức chăm sóc sức khỏe (Consortium Health Plans, Magellan Health Services, Preferred Health Care) tại CHAMPUS (Cục biên phòng). Trước khi giữ những chức vụ này, ông là Trợ lý đặc biệt của hai đời tổng thư ký Cục dịch vụ con người và sức khỏe Hoa Kỳ và là một thực tập sinh Nhà Trắng.

Mano S. Selvan, PhD, Nhà nghiên cứu y tế và thống kê học tại trung tâm thông tin bệnh viện Memorial Hermann Hospital, Houston, Texas. Cô là thạc sỹ tâm lý học xã hội tại đại học Bharathiar University Ấn Độ và Thạc sỹ thống kê sinh học Đại học y tế công cộng Texas.

Rahul K. Shah, MD, FAAP, trợ lý giáo sư Tai Mũi Họng và Nhi khoa tại trung tâm y tế trẻ em quốc gia và trung tâm y tế đại học George Washington, Washington, DC. Tiên sĩ Shah là một nghiên cứu sinh tích cực đã nhận được nhiều giải thưởng và được ghi nhận là người dẫn đầu trong vấn đề cải tiến chất lượng và an toàn bệnh nhân trong lĩnh vực TMH.

Sharon Wilson, RN, BS, PMP, Giám đốc tổ chức Idaho Medicare Operations tại Qualis Health, tổ chức cải tiến chất lượng Idaho và Washington. Chuyên môn của bà bao gồm công việc giám đốc điều hành và các công việc quản lý cấp cao trong các bệnh viện và các tổ chức chăm sóc y tế. Bà có bằng cử nhân quản lý y tế. Bà Ms. Wilson có chứng nhận Chuyên gia quản lý dự án

Jeffrey M. Zale, MD, MPH, CMQ, Giám đốc y khoa của quỹ Delmarva Foundation, tổ chức cải tiến chất lượng với trách nhiệm bao gồm đảm bảo chất lượng, cải thiện chất lượng, đánh giá ngang hàng, và đánh giá chất lượng bên ngoài cho các tổ chức chăm sóc sức khỏe.

James T. Ziegenfuss, Jr., PhD, Giáo sư của bộ môn Các hệ thống chăm sóc sức khỏe và quản lý quản lý, chương trình sau địa học tại khoa quản lý công, viện quản lý công, đại học bang Pennsylvania. Ông là điều hành viên sáng lập của chương trình sau đại học về quản lý y tế và giảng dạy các khóa học quản lý quản lý chiến lược, hệ thống y tế, quản lý chất lượng, hành vi tổ chức, tư vấn quản lý tổ chức

Chương 1. Cơ bản về cải tiến chất lượng

Prathibha Varkey, MD, MPH, MHPE

Dịch: Chu Đức Hải, Dương Ngọc Công Khanh, Võ Thị Hà

Tổng quan

Cải thiện kết quả điều trị của bệnh nhân đã và đang là mục tiêu chính của các nhà quản lý chất lượng từ ấn bản của Codman từ gần 100 năm trước đây¹. Trong dòng chảy này, Viện y học Mỹ (Institute of Medicine-IOM) định nghĩa *chất lượng chăm sóc (quality of care)* là mức độ các dịch vụ y tế tiệm cận đạt được những kết quả y tế mong muốn theo đúng như các kiến thức chuyên môn hiện tại. Cơ quan chất lượng và nghiên cứu y tế (AHRQ) miêu tả cải tiến chất lượng (CTCL) là “làm đúng việc và đúng thời điểm cho đúng người để đạt được những kết quả tốt nhất có thể”². Với trọng tâm nhấn mạnh ngày càng lớn về các sai sót y tế, chi phí-hiệu quả điều trị, minh bạch báo cáo, và chi trả theo hiệu quả, các thầy thuốc, những người thanh toán và các bệnh nhân đã lựa chọn CTCL là một chiến lược và nằm trong mối quan tâm của hệ thống chăm sóc y tế hiện hành. Crosby gợi ý rằng chất lượng kém không chỉ ảnh hưởng tiêu cực đến bệnh nhân mà còn phí phạm các nguồn lực đáng ra có thể sử dụng để điều trị cho các bệnh nhân khác.³ CTCL nội tại là vấn đề thiết yếu đối với khả năng của tổ chức y tế hoặc một phòng khám có thể lấp đầy mối quan hệ mang tính ủy thác giữa thầy thuốc và người bệnh; cải thiện chăm sóc y tế; đơn giản hóa và làm thông suốt các thủ tục; tiết giảm chi phí; tăng cường sự hài lòng của bệnh nhân và nhân viên y tế; cải thiện tinh thần làm việc và năng suất. CTCL bên ngoài là rất quan trọng đối với việc giáo dục và cấp phép hành nghề, cho điểm - đánh giá bác sĩ và hoạch định các chính sách y tế.

Chương này giới thiệu những lý thuyết về quản lý chất lượng đã xuất hiện trong suốt 25 năm qua và nhấn mạnh một vài trường phái đã tạo dấu ấn trong sự phát triển của lĩnh vực này. Chương này cũng sẽ trình bày những luận điểm của các lý thuyết và thực hành đã hình thành nên lĩnh vực CTCL của ngày hôm nay.

Các mục tiêu học tập

Sau khi hoàn thành chương này, người đọc có thể:

- Miêu tả lịch sử của CTCL trong lĩnh vực y tế
- Miêu tả mục đích và triết lý của CTCL
- Miêu tả các công cụ, các phương pháp và chiến lược để có một CTCL thành công trong y tế và
- Liệt kê được những ý tưởng chính được đề xuất để CTCL dựa trên bằng chứng ảnh hưởng đến kết quả điều trị của bệnh nhân.

Lịch sử của phong trào quản lý chất lượng chăm sóc y tế: Từ quá khứ đến hiện tại

Năm 1914, một bác sĩ phẫu thuật tên Ernest Codman đã phát triển một trong những khởi xướng đầu tiên về quản lý chất lượng y tế (QLCLYT) và đã yêu cầu các bệnh viện và các bác

sĩ phải chịu trách nhiệm về kết quả điều trị của các bệnh nhân của họ.¹ Ông kêu gọi một sự giải thích và phân tích các kết quả phẫu thuật. Ông lưu giữ các dữ liệu thích hợp (số lượng ca bệnh, các chẩn đoán trước phẫu thuật, số lượng thành viên ekip mổ, các thủ thuật và các kết quả) trên một thẻ nhỏ bỏ túi, được ông sau đó sử dụng để nghiên cứu kết quả điều trị.

Tiếp theo những nỗ lực ban đầu của Codman, 6 đến 7 thập kỷ tiếp theo tập trung vào đánh giá những kết quả tồi và những sai lệch khỏi các tiêu chuẩn, thường được gọi là *Đảm bảo chất lượng (quality assurance)* hay *Kiểm soát chất lượng (quality control)*. Phương pháp này tập trung vào xác định những bác sĩ kém và yêu cầu “cải thiện” (vd: những bác sĩ có động cơ tiêu cực, bảo thủ, từ chối thay đổi). Hướng tiếp cận hẹp này không ghi nhận đóng góp của các đặc tính của tổ chức đối với CTCL, chẳng hạn như khả năng lãnh đạo, các nguồn lực, các hệ thống thông tin, hình thức trao đổi trong nhóm hoặc nhận thức của bệnh nhân về chất lượng.

Những năm 1960, Avedis Donabedian đã đề xuất mô hình đánh giá chất lượng trong điều trị y tế dựa vào cấu trúc (structure), quá trình (process) và kết quả (outcome), điều này⁴ đã tạo những ảnh hưởng sâu rộng đến mức ông luôn được coi là nhà lãnh đạo và sáng lập hiện đại của lĩnh vực quản lý chất lượng. Những công trình của ông ảnh hưởng đến cách những bác sĩ xác định các phương cách khác nhau để cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân. Các phương pháp này bao hàm một lĩnh vực rộng lớn từ những thay đổi mang tính tổ chức, chính sách và cấu trúc cho đến những thay đổi các quy trình và cân nhắc ý kiến của bệnh nhân. Công trình của ông cũng đã giúp tạo ra những hướng tiếp cận có tính hệ thống đối với vấn đề QLCLYT và những nghiên cứu của nó.

Chất lượng là điều bắt buộc trong kinh doanh và nó được phát triển trong các nhà máy khi có quá trình chuyên môn hóa, sản xuất khối lượng lớn và tự động hóa trong công nghiệp. Trong cuốn *Kiểm Soát Chất Lượng Sản Phẩm*, Shewhart chỉ ra rằng mục tiêu đặt ra không chỉ là vấn đề kiểm tra và các đặc tính sản phẩm mà là tối thiểu hóa những sai lệch trong các quy trình và tập trung vào nhu cầu của khách hàng.⁵ Ảnh hưởng bởi công trình của Shewhart, Deming nhận ra rằng chất lượng là dẫn hướng chủ đạo cho hoạt động kinh doanh và đã trao đổi những phương pháp này với những giám đốc và kỹ sư Nhật Bản, điều này đã dẫn đến sự thành công to lớn của Nhật Bản trong những năm 1950 và những năm sau đó. Có lẽ những đóng góp lớn nhất của Deming đối với ngành công nghiệp Mỹ là bộ những nguyên tắc quản lý (Bảng 1-1) ứng dụng được tại những tổ chức quy mô nhỏ và lớn tại bất kỳ lĩnh vực nào.⁶ 14 luận điểm của Deming đã tạo nên một mô hình khái niệm thứ hai để đánh giá chất lượng, nó kế thừa và phát huy mô hình của Donabedian. Quản lý chất lượng được định nghĩa lại không chỉ là những thực hành lâm sàng và kỹ thuật mà còn là những vấn đề về văn hóa và giá trị, là môi trường tâm lý, và tinh thần lãnh đạo - nó đưa ra một mô hình khác cho quá trình cải tiến.

Trong những năm 1980 và 1990, công trình của Crosby,³ Deming,⁶ và Jura⁷ đã trở nên nổi tiếng trong lĩnh vực sản xuất trên toàn nước Mỹ. Công trình này đã chú ý đến những thiết kế hệ thống, kiểm soát quy trình và sự tham gia của toàn bộ lực lượng lao động. Rất nhiều nhà quản lý phục vụ trong bệnh viện và các hệ thống y tế đã bắt đầu sử dụng những lý thuyết này

để thúc đẩy những nhà lãnh đạo quản lý chất lượng y tế mở rộng tư duy vượt ra ngoài khuôn khổ của vấn đề đảm bảo chất lượng lâm sàng.

Bảng 1-1 14 luận điểm của Deming

1. Tạo ra tính kiên định của mục tiêu hướng đến cải tiến các sản phẩm và dịch vụ: mục tiêu là trở nên cạnh tranh, duy trì hoạt động kinh doanh và tạo ra những việc làm.
2. Tiếp nhận triết lý mới
3. Tạo ra sự độc lập trong kiểm tra để đạt được chất lượng
4. Chấm dứt kiểu đánh giá công việc kinh doanh dựa trên giá thành. Thay vào đó, tối thiểu chi phí, hướng đến một nhà cung cấp duy nhất cho mỗi mặt hàng duy nhất, và xây dựng những mối quan hệ dựa trên lòng trung thành và niềm tin.
5. Cải thiện vững chắc và mãi mãi hệ thống sản xuất và dịch vụ, để cải tiến chất lượng và năng suất, từ đó giảm giá thành.
6. Tạo ra các khóa đào tạo cho công việc
7. Thu nhận và đào tạo lãnh đạo: mục tiêu là để giúp con người và thiết bị làm việc tốt hơn
8. Loại bỏ sự sợ hãi, để mỗi người có thể làm việc hiệu quả cho công ty
9. Phá bỏ mọi rào cản giữa các bộ phận
10. Loại bỏ những khẩu hiệu, hô hào và những mục tiêu cho đội ngũ lao động: đòi hỏi không có sản phẩm lỗi và tăng năng suất liên tục chỉ tạo ra những mối quan hệ tiêu cực vì phần lớn những nguyên nhân của chất lượng thấp và năng suất thấp đến từ hệ thống và do đó, không phải do năng lực của người lao động.
11. a. Loại bỏ những tiêu chuẩn làm việc (chỉ tiêu) tại nhà máy và kiểu lãnh đạo thay thế
b. Loại bỏ kiểu quản lý theo mục tiêu; và
c. Loại bỏ kiểu quản lý theo con số và kiểu lãnh đạo thay thế
12. Tháo bỏ các rào cản cướp đi quyền của công nhân được khen thưởng vì tay nghề giỏi. Trách nhiệm của những người giám sát phải thay đổi từ là những con số tuyệt đối trở thành là chất lượng.
13. Tạo ra một chương trình giáo dục và tự đổi mới mạnh mẽ
14. Đặt mọi người trong công ty và công việc phải hoàn thành sự thay đổi.

Nguồn: Deming WE. *Bên ngoài của khủng hoảng* Cambridge, MA: Nhà xuất bản MIT; 1986:23-24. Tái bản với sự cho phép của nhà xuất bản MIT.

Các ban lãnh đạo được khuyến khích xem xét tất cả các mặt của một tổ chức y tế đều là những mục tiêu cần cải thiện – từ kiểu quản lý cho đến sự tồn tại của hệ thống thông tin hỗ trợ và phối hợp giữa các phòng ban và các quy định. Quản lý chất lượng lâm sàng bây giờ được nhìn nhận là một phần của *Quản lý chất lượng tổng thể* (Total Quality Management- TQM), trong đó nhấn mạnh tất cả các thành viên của nhóm phải nắm được những hiểu biết sâu rộng về quy trình và kiến thức của những công cụ cụ thể để đánh giá và cải tiến các quy trình. (Bảng 1-2)⁸*Quản lý chất lượng liên tục* (Continuous Quality Improvement - CQI), một phần

quan trọng của TQM, nhấn mạnh cơ hội để cải tiến thông qua những nỗ lực liên tục trong mỗi khía cạnh hoạt động của tổ chức.

Bảng 1-2 Những nguyên lý quản lý chất lượng tổng thể.
Nguyên lý quản lý chất lượng tổng thể bao gồm những bộ nguyên lý quản lý sau:
1. CQI: một triết lý liên tục tìm kiếm sự cải thiện
2. Đổi mới: đáp ứng những nhu cầu của khách hàng theo một cách hoàn toàn mới
3. Đưa chất lượng vào trong cuộc sống hàng ngày: tích hợp những nguyên tắc quản lý vào cuộc sống hàng ngày của người lao động
4. Lập chiến lược quản lý chất lượng: lập kế hoạch ngắn và dài hạn

Nguồn: Gustafson DH, Hundt AS. Những phát hiện về nghiên cứu đổi mới ứng dụng cho các nguyên lý quản lý chất lượng trong y tế. *Cách mạng trong quản lý y tế* 1995;20(2):16-33.

Đồng thời trong những năm 1980 và 1990, một số bên hữu quan (người mua dịch vụ, bệnh nhân và luật sư) bắt đầu kêu gọi việc kiểm tra nhiều hơn chất lượng chăm sóc y tế. Trong những thập kỷ này, những chuyên gia y tế đã trải nghiệm một sự sôi mòn gia tăng của những nỗ lực quản lý chất lượng tự phát. Những cơ quan đánh giá, như Ủy ban quốc gia về quản lý chất lượng (NCQA) và Joint Commision, cũng như những tổ chức khác như Diễn đàn chất lượng quốc gia (NQF) càng ngày càng thực hiện nhiều việc thu thập và đánh giá các dữ liệu về chất lượng trên toàn quốc.

Năm 1998, Chassin và Galvin đã trình bày đặc điểm các vấn đề về sử dụng thừa, sử dụng thiếu và sử dụng sai thuốc và kêu gọi sự quan tâm đến thay đổi trong thực hành về thuốc và tới sự tối ưu hóa kết quả điều trị của bệnh nhân liên quan với sự thay đổi này. (Bảng 1-3)⁹

Bảng 1-3 Các vấn đề về chất lượng lâm sàng tại những Cơ sở cung cấp dịch vụ y tế
Sử dụng quá: nguy cơ tiềm tàng về mối hại từ một dịch vụ y tế vượt quá những lợi ích có thể
Sử dụng thiếu: Một dịch vụ y tế tạo ra kết quả mong muốn đã không được cung cấp
Sử dụng sai: Một biến chứng có thể phòng tránh được xảy ra với một dịch vụ phù hợp

Trích từ: Chassin MR, Galvin RW. Nhu cầu cấp bách cải thiện chất lượng y tế: Viện y tế, Bàn tròn quốc gia về chất lượng y tế. JAMA. 1998;280(11):1000-1005.

Năm 1999, Kohn, Corrigan, và Donaldson đã ước tính rằng ít nhất 75.000 người đã chết vì những sai sót y khoa mỗi năm. Với sự tham gia biên tập của họ, Viện thuốc Mỹ (IOM) đã xuất bản cuốn *Lỗi lầm là con người: xây dựng một hệ thống y tế an toàn hơn* (*To Err Is Human: Building a Safer Health System*) vào năm 2000.¹⁰ Báo cáo này đã xác định những hệ thống cần phải phát triển để giảm số lượng các sai sót y khoa tại Mỹ. Trong bản báo cáo lần hai, *Vượt qua vực thẳm của chất lượng: một hệ thống y tế mới cho thế kỷ 21* (*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*),¹¹ IOM đã xác định tình trạng của những vấn đề chất lượng, đưa ra những khuyến nghị để cải tiến và vạch ra những mục tiêu cụ thể sẽ đóng góp cho sự cải thiện trên toàn quốc (Bảng 1-4).

Bảng 1-4 Những khuyến nghị từ hai báo cáo đầu tiên của IOM

Sai sót là con người

- Đưa ra một mục tiêu quốc gia để tạo ra sự lãnh đạo, nghiên cứu, các công cụ và các cách thức để cải thiện hiểu biết về an toàn.
- Học từ những sai sót thông qua những nỗ lực khảo cứu bắt buộc và lập tức.
- Tạo ra những hệ thống an toàn bên trong các tổ chức chăm sóc y tế thông qua việc thực thi các thực hành an toàn ở mức chăm sóc.

Vượt qua vực thẳm chất lượng

- Mỗi hệ thống y tế nên được thiết kế lại để cung cấp sự chăm sóc:
- An toàn: Tránh làm bị thương bệnh nhân từ việc chăm sóc vốn có mục đích giúp đỡ bệnh nhân
- Hiệu quả: cung cấp các dịch vụ dựa trên những hiểu biết khoa học với những người nào có thể được hưởng lợi, và chống lại việc cung cấp các dịch vụ mà người nhận không được hưởng lợi
- Lấy bệnh nhân làm trung tâm: sự chăm sóc mang tính trách nhiệm và tôn trọng đối với mỗi nhu cầu, giá trị, mong muốn của bệnh nhân ; đảm bảo các giá trị của bệnh nhân dẫn đường cho mọi quyết định lâm sàng.
- Đúng thời gian: giảm thời gian chờ đợi và sự trì hoãn có hại cho cả người chăm sóc và người được chăm sóc.
- Tính vô tư: Cung cấp sự chăm sóc không có sự thay đổi về chất lượng (vd: sự chăm sóc không bị ảnh hưởng bởi các đặc tính cá nhân như giới tính, chủng tộc, vị trí địa lý, và tình trạng kinh tế xã hội)

Nguồn: Ủy ban Chất lượng y tế Hoa Kỳ, Viện y học.Medicine. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To Err Is Human: Building a Safer Health System.Washington, DC: Nhà xuất bản National Academies; 2000. Và Ủy ban Chất lượng y tế Hoa Kỳ, Viện y học Vượt qua vực thẳm chất lượng: Một hệ thống y tế mới cho thế kỷ 21.Washington, DC: Nhà xuất bản National Academies ; 2001.

Mục đích và nguyên lý của quản lý chất lượng

Mục đích và nguyên lý của QLCL phát triển từ định hướng hướng tới sự giám sát (nghĩa là, tìm “trái táo đen” giữa những bác sĩ, điều dưỡng và đội ngũ lâm sàng nòng cốt) để tập trung vào việc QLCL như một công cụ để không ngừng phát triển hiệu quả làm việc cao.

QLCL có thể được xem như có ba khía cạnh:

1. Một phương tiện của trách nhiệm cho việc sử dụng những nguồn lực vật chất và lâm sàng trong chăm sóc người bệnh.
2. Một nỗ lực để phát triển và cải tiến liên tục những dịch vụ cung cấp cho người bệnh bởi đội ngũ chăm sóc sức khỏe của các tổ chức và cộng đồng.

3. Một cơ chế để cải thiện kết quả lâm sàng của người bệnh khi được định nghĩa bởi chính người bệnh và hệ thống chăm sóc sức khỏe.

Bởi vì việc tập trung vào QLCL được mở rộng, chương trình QLCL hiện tại hướng tới mục tiêu bao gồm cả những cơ cấu về tổ chức và về lâm sàng cũng như những quy trình hướng tới kết quả điều trị được cải thiện.

Những nhà lãnh đạo QLCL hiện đại là những nhà tư tưởng hệ thống, tập trung vào những vấn đề chiến lược và vận hành liên quan đến chất lượng. Những nhà QLCL này đặt người bệnh lên hàng đầu, sử dụng dữ liệu và thông tin để kiểm tra và phản hồi những vấn đề, dựa trên sự tham gia đóng góp của tất cả các đơn vị liên quan. Họ không ngừng tìm kiếm sự thay đổi để cùng tạo ra sự cải tiến theo một vòng liên tục. Mặc dù những nhà điều chỉnh ngoài ngành có thể kiểm tra chất lượng chăm sóc y khoa nhưng mối quan tâm của nhà ngoài ngành bị lấn át bởi các cam kết của người trong ngành đối với Cải tiến chất lượng liên tục (Continuous quality Improvement - Nâng cao chất lượng liên tục- CTCLLT) của hệ thống chăm sóc người bệnh và kết quả điều trị được tạo ra.

Nghiên cứu một trường hợp

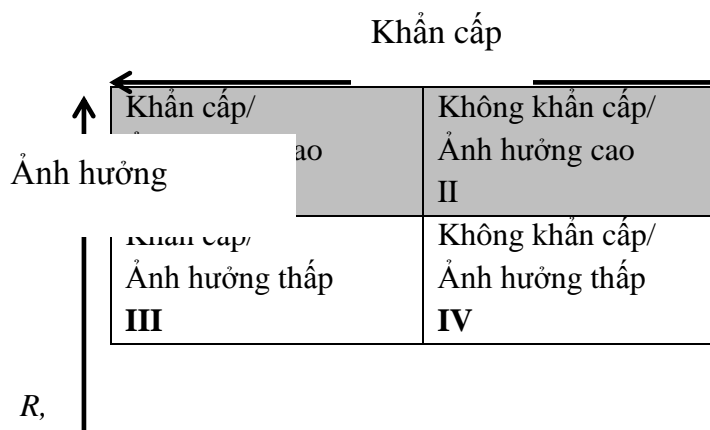
Sử dụng CTCLLT để giảm tỉ lệ tử vong trong những ca phẫu thuật ghép bắc cầu động mạch vành (Coronary Artery Bypass Graft Surgery – CABGS)

Nhờ hợp tác làm việc và áp dụng CTCLLT, nhóm nghiên cứu bệnh tim mạch Northern New England; một tổ chức khu vực tự nguyện; đã giảm được 24% tỉ lệ tử vong trong phẫu thuật ghép bắc cầu động mạch vành (CABG) trên toàn khu vực. Nhóm này bao gồm tất cả bác sĩ phẫu thuật tim-lồng ngực, bác sĩ tim mạch can thiệp, điều dưỡng, bác sĩ gây mê, kỹ thuật viên vận hành máy tim phổi nhân tạo, nhà điều hành và các nhà khoa học có liên quan với 6 trung tâm y khoa ở Maine, New Hampshire và Vermont, và 1 trung tâm y khoa Massachusetts-based ủng hộ phẫu thuật CABG và can thiệp động mạch dưới da. Việc đào tạo CTCLLT, kiểm tra và giám sát liên tục kết quả cho phép những viện nghiên cứu học tập lẫn nhau. Có 293 ca tử vong (n=575) ít hơn so với 868 ca được dự đoán trong giai đoạn sau can thiệp (giữa năm 1991 tới đầu năm 1992). Những cải tiến chính trong kết quả điều trị diễn ra trong mối liên quan với cải tiến trong kỹ thuật đặt stent mạch vành. Đa dạng trong các mô hình thực hành thông qua những vấn đề thực hành khác nhau là sự thúc đẩy chính để nâng cao chất lượng chăm sóc trên mọi khía cạnh.

Thực hiện một dự án cải tiến chất lượng

Những dự án cải tiến thường xuất hiện bởi một sự kiện ngoài ý muốn hoặc bệnh nhân hoặc nhà cung cấp khiếu nại, vì thế không phải luôn luôn có cơ hội để lựa chọn một dự án cải tiến. Tuy nhiên trong trường hợp khi những dự án được ưu tiên, kiểm tra xem xét những dự án cải tiến tiềm năng dựa trên những tiêu chí được mô tả ở hình 1-1 và 1-2 có thể giúp xác định dự án CTCL tốt nhất để đảm trách thực hiện đầu tiên. Thông thường, người ta sẽ ưu tiên những dự án thích hợp với góc phần tư I hoặc II (Hình 1-1) và tránh những dự án có độ ảnh hưởng thấp. CTCL lâm sàng hướng tới tăng cường thực hiện việc áp dụng y học bằng chứng vào thực hành lâm sàng và thông báo phương pháp đo lường chất lượng với những phép đo quy trình dựa trên bằng chứng được liên hệ với kết quả điều trị. La bàn giá trị lâm sàng (The

Clinical Value Compass) (hình 1-2) được xây dựng bởi Nelson và cộng sự có thể hữu ích để xác định những dự án CTCL lâm sàng có sức ảnh hưởng tối đa lên kết quả điều trị.



Hình 1-1: Chọn một dự án CTCL

Nguồn: Bennet KE, Wichman R, Buntrock

N, et al. *Choosing a QI Project*.

Rochester,

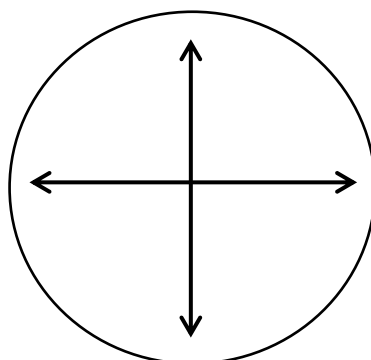
MN: Mayo Clinic, Division of Engineering, Project Prioritization Process; September 1999. In lại với sự cho phép của the Mayo Clinic, 2008.

Chức năng

- Chức năng sinh lý
- Sức khỏe tinh thần
- Vai trò xã hội
- Khác (ví dụ: đau, những nguy cơ sức khỏe)

Lâm sàng

- Tỷ lệ tử vong
- Tỷ lệ mắc bệnh
- Biến chứng



Hải lòng

- Chuyển tải chăm sóc sức khỏe
- Lợi ích sức khỏe nhận được

Chi phí

- Chi phí y khoa trực tiếp
- Chi phí xã hội gián tiếp

Hình 1-2: La bàn giá trị lâm sàng (The Clinical Value Compass)

Nguồn: Nelson EC, Mohr JJ, Batalden PB, Plume SK. *Improving health care, part 1: The clinical value compass. Jt Comm J Qual Improv.* 1996;22(4):243–258. © Joint Commission Resources.

Các công cụ để cải tiến chất lượng

Lập bản đồ về quy trình (process mapping)

Bất kể phương pháp cải tiến nào được sử dụng, một khi dự án cải tiến chất lượng (CTCL) được chọn, quá trình của hệ thống có lẽ được miêu tả tốt nhất theo Mô hình 7 bước, trình bày ở Hình 1-3, là chìa khóa để hướng dẫn việc thực hiện dự án. Bước 3, bao gồm lập bản đồ về quá trình, là bước then chốt, dù thường bị bỏ qua, vì nó cực kỳ quan trọng để hiểu rõ quy trình của hệ thống hoặc lâm sàng đang tồn tại. Lập bản đồ về quy trình liên quan đến nghiên cứu toàn bộ quá trình thông qua nhiều kỹ thuật khác nhau bao gồm chụp ảnh hoặc quay video, quan sát, phỏng vấn, ghi chú tại hiện trường, và đóng vai nếu cần. Sau đó, lập bản đồ về quy trình có thể được miêu tả bằng sử dụng các biểu đồ tiến trình (flow charts).



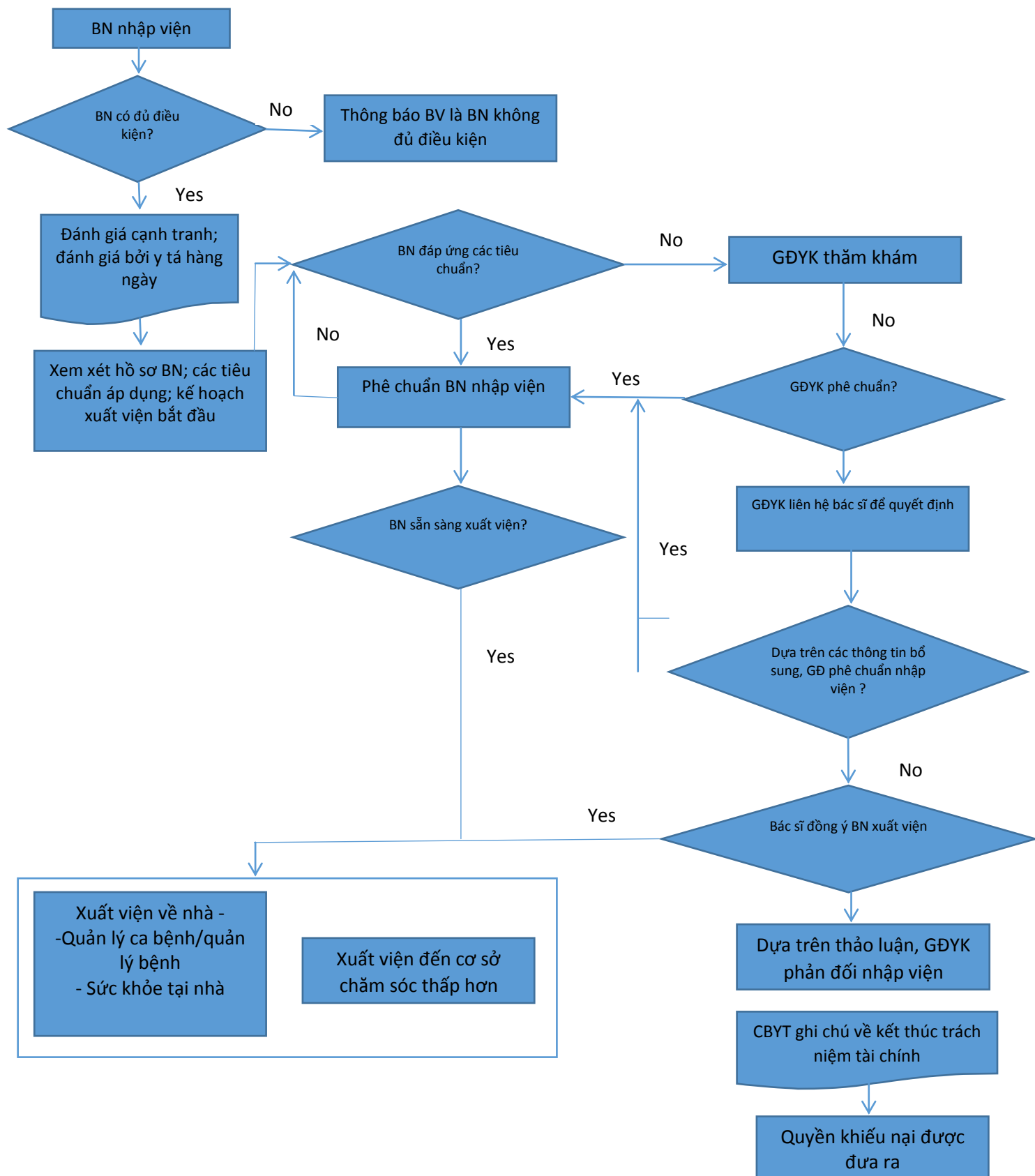
Các biểu đồ tiến trình (flow charts)

Những biểu đồ này cho phép xác định sự liên kết của các quá trình phải được thực hiện trong dự án CTCL. Chúng xác định khởi đầu và kết thúc của quá trình và làm thế nào một phần của quá trình phụ thuộc vào phần khác. Bảng 1-5 là một ma trận để sử dụng các biểu đồ tiến trình và Hình 1-4 là một ví dụ của một biểu đồ tiến trình.

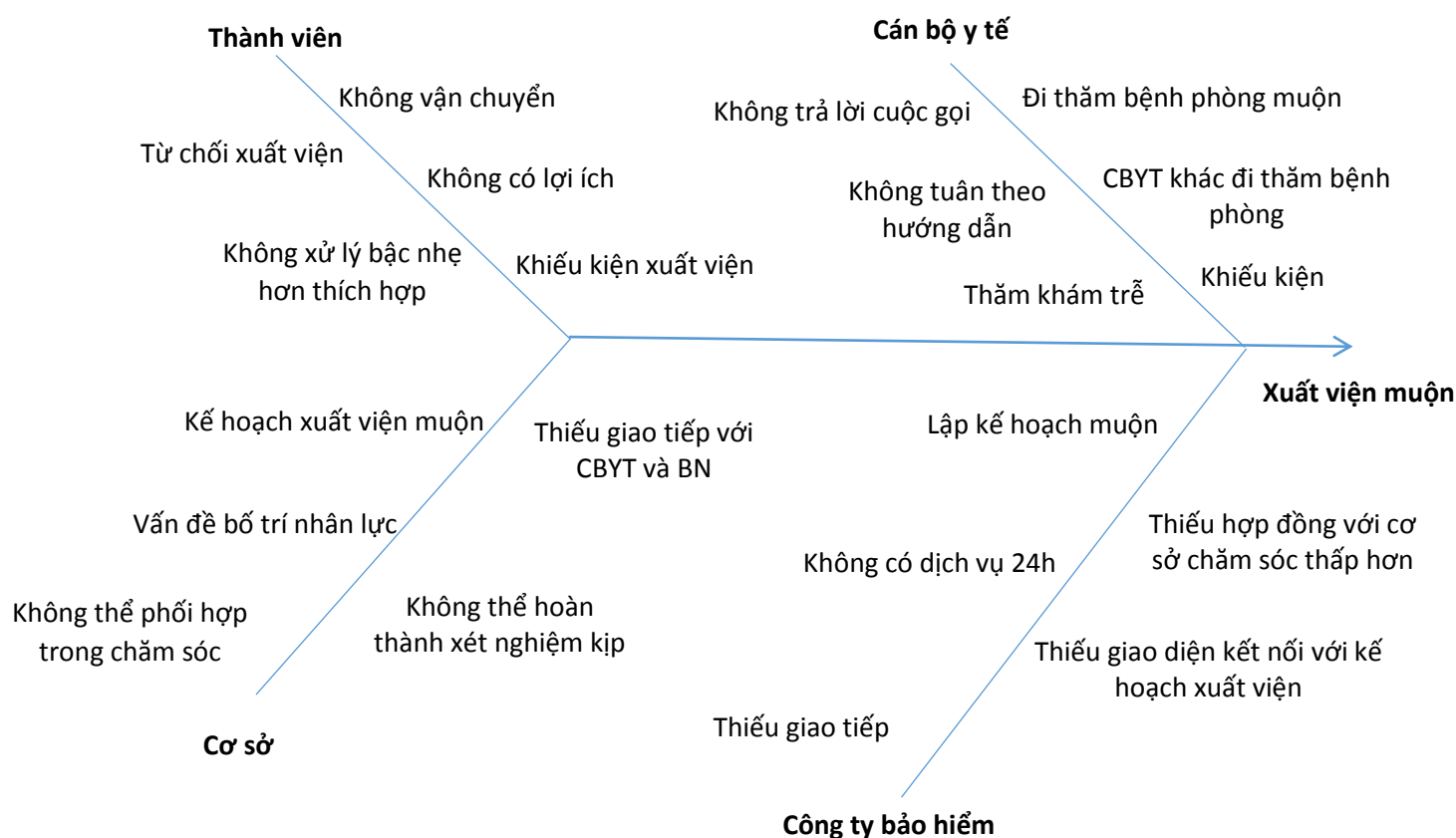
Bảng 1-5 Ma trận để sử dụng các biểu đồ tiến trình
Phương pháp này làm gì? <ul style="list-style-type: none"> • Cho phép một đội xác định tiến trình thực tế hoặc chuỗi các sự kiện trong một quá trình mà bất kỳ một sản phẩm hay dịch vụ nào phải theo.
Tại sao dùng phương pháp này? <ul style="list-style-type: none"> • Thể hiện sự phức tạp không mong đợi, các lĩnh vực có vấn đề, sự dư thừa, và các vòng không cần thiết, và cho thấy các khu vực có thể đơn giản hóa và chuẩn hóa. • So sánh và tương phản tiến trình thực tế và lý tưởng của một quá trình để xác định các cơ hội cải tiến. • Cho phép một đội đi đến đồng thuận về các bước của một quá trình và để kiểm tra những hoạt động nào có thể ảnh hưởng lên khả năng thực hiện quá trình đó. • Xác định các vị trí có thể thu thập hoặc tìm kiếm dữ liệu bổ sung. • Dùng như một hỗ trợ đào tạo để hiểu và hoàn thành quy trình.
Làm thế nào để bạn dùng hiệu quả phương pháp này? <ul style="list-style-type: none"> • Xác định những ranh giới của quá trình. Xác định rõ nơi quá trình bắt đầu và kết thúc. • Các thành viên của đội nên đồng ý về mức độ chi tiết mà họ cần thể hiện vào trong biểu đồ tiến trình để hiệu rõ quá trình và xác định các khu vực có vấn đề.

Lược đồ nguyên nhân-kết quả (xương cá) (fishbone diagram)

Một công cụ phổ biến khác trong các dự án CTCL là lược đồ nguyên nhân-kết quả, còn được gọi là lược đồ xương cá hay Ishikawa, nó có thể được dùng để thúc đẩy khả năng của đội CTCL trong việc lập bản đồ về một loạt các yếu tố gốc rễ có thể dẫn đến kết quả mong muốn. Lược đồ xương cá là một biểu diễn bằng đồ họa về các mối quan hệ giữa các biến cơ bản và nhóm sẽ tập trung vào chúng khi bắt đầu hành động cải tiến (Hình 1-5). Lược đồ được dùng để mở rộng phạm vi hoạt động của nhóm và bắt đầu tạo ra các đồng thuận về các mục đích để hành động. Nó được dùng phổ biến để phân tích các sự kiện quan trọng (sentinel events) và nó được miêu tả chi tiết hơn trong Chương 3.



Hình 1-4. Ví dụ về biểu đồ quy trình khi nhập viện



Hình 1-5. Ví dụ lược đồ xương cá minh họa xuất viện muộn từ bệnh viện

Sơ đồ mối quan hệ và sơ đồ động não (brainstorming and affinity diagrams)

Kỹ thuật viết kịch bản này phát triển từ công nghiệp làm phim và phim hoạt hình; hãng phim Disney đã hoàn chỉnh nó thành một dạng nghệ thuật. Trong công việc tổ chức và lập kế hoạch, viết kịch bản được gọi chính xác hơn là một sơ đồ mối quan hệ (affinity diagram). Quá trình bắt đầu với động não (brainstorming), trong quá trình này mỗi người tham gia viết các ý tưởng để giải quyết một vấn đề đưa ra vào các tấm card khác nhau và dán những tấm card này lên một tấm bảng lớn. Trong quá trình thảo luận này, các ý tưởng được nhóm lại dựa theo chủ đề - vì vậy nó được gọi là sơ đồ mối quan hệ. Thảo luận xa hơn giúp cho mỗi thành viên sắp xếp lại các nhóm thành các cụm, để xác định các đề mục về chủ đề, và để xác định chúng như là các nguyên nhân, triệu chứng, ảnh hưởng, hay tác dụng có hại của vấn đề gốc rễ. Sơ đồ mối quan hệ tạo ra từ quá trình động não kinh điển được dùng vào giai đoạn bắt đầu của dự án hay quá trình CTCL. Nếu việc lập sơ đồ mối quan hệ xuất hiện muộn hơn trong quá trình này, khi các cá nhân hay thành viên nhóm đang xác định hành động để giải quyết các vấn đề tức thì, sơ đồ sẽ có xu hướng chứa đựng những lựa chọn thay thế mà các thành viên nhóm xác định như hành động cần thực hiện. Bảng 1-6 miêu tả quá trình động não, và Bảng 1-7 giải thích làm sao sử dụng sơ đồ mối quan hệ.

Bảng 1-6. Tạo ra các ý tưởng lớn bằng quá trình động não	
Phương pháp này làm gì?	
<ul style="list-style-type: none"> • một cách thức để tạo ra một cách sáng tạo và hiệu quả một lượng lớn các ý tưởng về bất cứ chủ đề nào bằng cách tạo một quá trình trong đó không có sự chỉ trích và đánh giá. 	Cung cấp
Tại sao dùng phương pháp này?	
<ul style="list-style-type: none"> • suy nghĩ mở và làm việc nhóm 	Thúc đẩy
<ul style="list-style-type: none"> • tất cả các thành viên nhóm tham gia. 	Làm cho
<ul style="list-style-type: none"> • các thành viên nhóm xây dựng sự sáng tạo của mỗi người trong khi duy trì một mục đích thống nhất. 	Cho phép
Làm sao để dùng hiệu quả phương pháp này?	
<ul style="list-style-type: none"> • ràng, diễn đạt câu hỏi cần được thảo luận và viết nó ra. 	Để rõ
<ul style="list-style-type: none"> • mỗi người đưa ra ý tưởng mà không chỉ trích. 	Cho phép
<ul style="list-style-type: none"> • ý tưởng ra, để nó hiện thị với tất cả các thành viên của nhóm. 	Viết mỗi
<ul style="list-style-type: none"> • danh sách các ý tưởng để làm rõ và loại bỏ các ý tưởng trùng lặp. 	Xem xét
<ul style="list-style-type: none"> • viên có thể dựa trên các ý tưởng của người khác. 	Các thành

Bảng 1-7. Thu thập và nhóm các ý tưởng trong sơ đồ mối quan hệ	
Phương pháp này làm gì?	
<ul style="list-style-type: none"> • một đội tổ chức và tóm tắt các ý tưởng sau khi quá trình động não để hiểu tốt hơn bản chất của một vấn đề và có thể đi đến các giải pháp đột phá. 	Cho phép
Tại sao dùng phương pháp này?	
<ul style="list-style-type: none"> • khả năng sáng tạo của tất cả các thành viên nhóm qua tất cả các giai đoạn của quá trình. 	Thúc đẩy
<ul style="list-style-type: none"> • sự kết nối một cách sáng tạo các ý tưởng và vấn đề. 	Thúc đẩy
<ul style="list-style-type: none"> • các giải pháp đột phá được khởi phát một cách tự nhiên (thậm chí cho các vấn đề lâu dài). 	Cho phép
<ul style="list-style-type: none"> • các thành viên sở hữu các kết quả. 	Thúc đẩy

Làm thế nào sử dụng hiệu quả phương pháp này?

- Diễn đạt lại vấn đề cần thảo luận bằng câu hoàn chỉnh, rõ ràng.
- Động não ít nhất 20 ý tưởng và các vấn đề và ghi mỗi ý tưởng trên một tờ ghi chú có thể dán được.
- Sắp xếp các ý tưởng thành các nhóm liên quan nhau của 5-10 ý tưởng.
- Tạo các card tóm tắt hay chính (header) dùng sự đồng thuận của mỗi nhóm.

Biểu đồ Pareto

Một khi các chủ đề và các cụm về các nguyên nhân có thể của việc kém chất lượng trong lĩnh vực chăm sóc được ghi nhận, các yếu tố chính nhất gây ra vấn đề phải được xác định. Nếu không kiểm tra dữ liệu, các nhà quản lý có thể giải thiết rằng tất cả các nguyên nhân góp phần ngang nhau gây ra kém chất lượng hoặc một hoặc nhiều nguyên nhân là những nguyên nhân dẫn đầu. Các biểu đồ Pareto, thường được gọi là biểu đồ thanh (bar graph), giúp biểu hiện sự đóng góp tương đối của nhiều nguyên nhân khác nhau của vấn đề. Bảng 1-8 miêu tả việc dùng biểu đồ Pareto và Hình 1-6 giới thiệu biểu đồ cột được phát triển để giúp nhóm kiểm tra việc xuất viện muộn.

Bảng 1-8. Dùng biểu đồ Pareto

Phương pháp này làm gì?

- Tăng cường các nỗ lực tập trung vào các vấn đề nhằm đưa ra các cải thiện tốt nhất có thể bằng cách cho thấy tần suất hoặc quy mô (size) tương đối qua một biểu đồ thanh giảm dần.

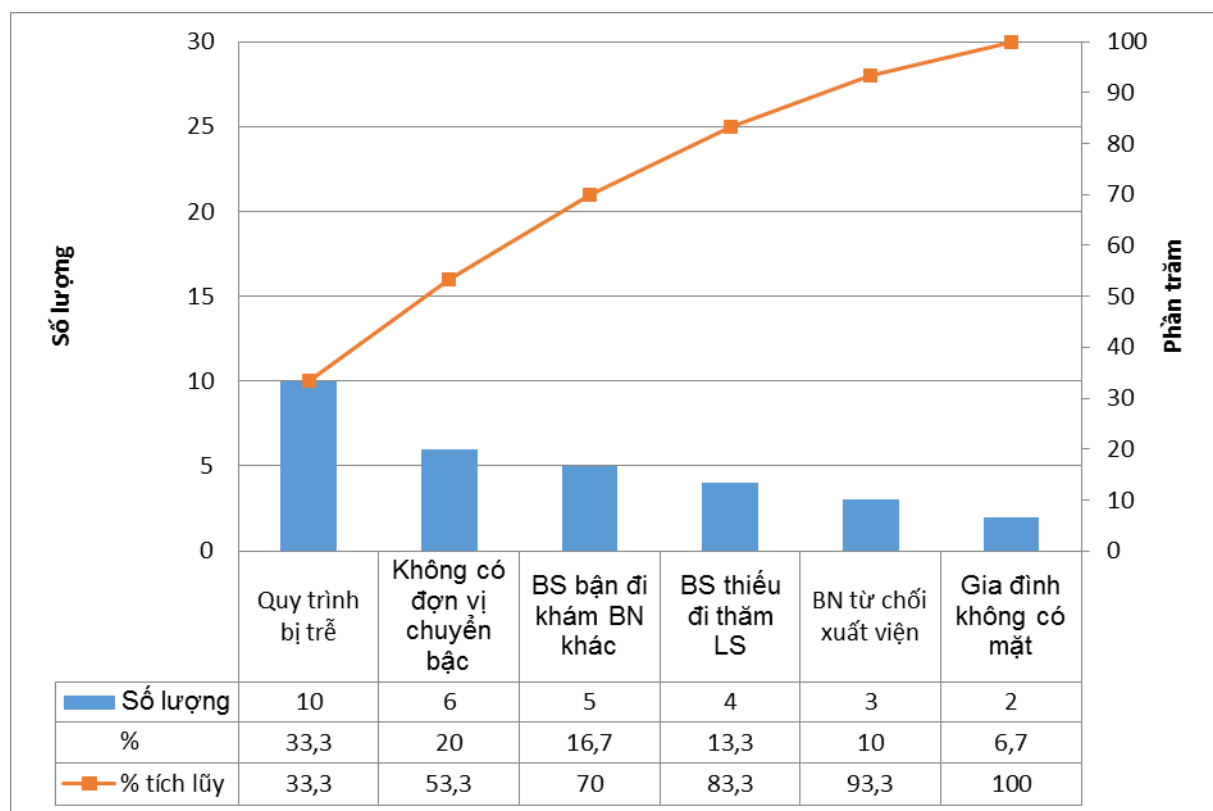
Tại sao dùng phương pháp này?

- Giúp cho đội tập trung vào các nguyên nhân sẽ có ảnh hưởng nhiều nhất nếu nó được giải quyết.
- Dựa trên quy tắc Pareto: 20% nguồn lực gây ra 80% bất kì vấn đề nào
- Giúp phòng "chuyển hướng vấn đề"; "giải pháp" loại trừ một số nguyên nhân nhưng làm trầm trọng hơn một số nguyên nhân khác.

Làm thế nào sử dụng hiệu quả phương pháp này?

- Quyết định vấn đề gì bạn muốn biết nhiều hơn.
- Phân loại các nguyên nhân hay vấn đề mà sẽ được giám sát, so sánh và xếp hạng bằng quá trình động não hoặc với các dữ liệu đang có.

•	Chọn đơn
• vị đo lường có ý nghĩa nhất, như tần suất hay chi phí.	
•	Chọn
• khoảng thời gian cho nghiên cứu.	
•	Chọn cá
• dự liệu then chốt cho mỗi nhóm vấn đề hoặc bởi "thời gian thực" hoặc bởi xem xét dữ liệu trong quá khứ.	
•	So sánh
• tần suất tương đối hoặc chi phí của mỗi nhóm vấn đề.	
•	Lập danh
• sách các nhóm vấn đề trên trục nằm ngang và tần suất trên trục nằm dọc.	
•	Diễn giải
• kết quả: các thanh cao nhất cho thấy các yếu tố đóng góp lớn nhất đến vấn đề toàn thể.	



Hình 1-6. Ví dụ về biểu đồ Pareto để minh họa các lý do của xuất viện muộn

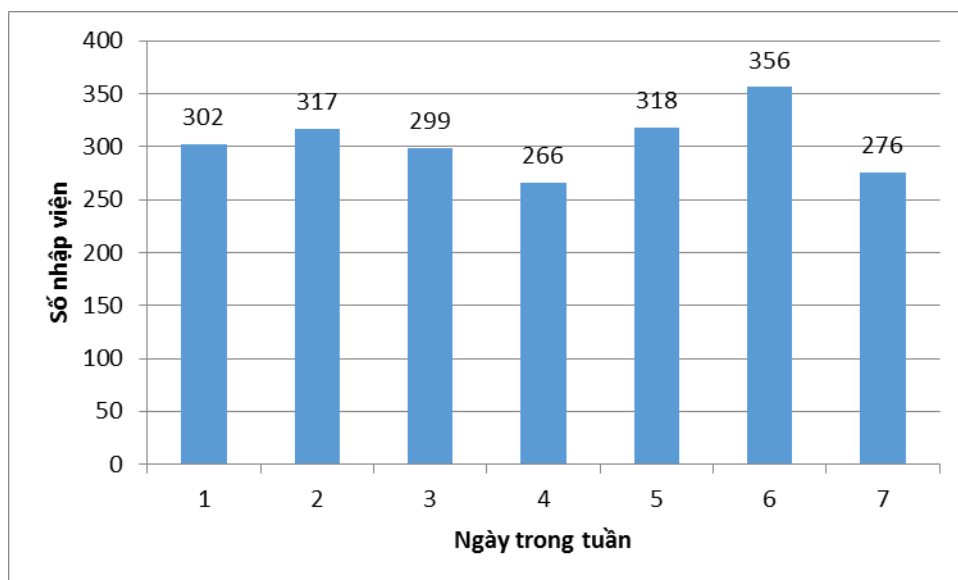
Biểu đồ histogram

Biểu đồ histogram có thể giúp làm sáng tỏ các lý do của sự biến thiên bằng cách miêu tả tần suất của mỗi giá trị của biến định lượng. Ví dụ, bước đầu tiên để hiểu các lý do của biến thiên trong thời gian xuất viện là chọn một khoảng thời gian mẫu, ví dụ 2 tuần, và đếm số lượng

bệnh nhân xuất viện mỗi giờ trong suốt khoảng thời gian đó. Sau đó, các giá trị có thể được biểu diễn bằng đồ thị histogram (Bảng 1-9 và Hình 1-7).

Bảng 1-9. Dùng Histogram để đạt được tập trung, sự lan rộng và hình dạng của quá trình	
Phương pháp này làm gì?	<ul style="list-style-type: none"> Giúp đưa ra quyết định về một quá trình hoặc sản phẩm có thể được cải tiến sau khi kiểm tra các sự biến đổi (biến thiên).
Tại sao dùng phương pháp này?	<ul style="list-style-type: none"> Thể hiện dự liệu đo lường dưới dạng đồ thị thanh, thành các nhóm. Thể hiện lượng lớn các dữ liệu không dễ diễn giải dưới dạng bảng. Cho thấy tần suất tương đối của sự xuất hiện các giá trị dữ liệu khác nhau. Miêu tả sự tập trung, biến thiên và hình dạng của dữ liệu để dễ diễn giải. Giúp chỉ ra liệu quá trình có thay đổi. Thể hiện biến thiên trong quá trình một cách dễ dàng.
Làm thế nào sử dụng hiệu quả phương pháp này?	<ul style="list-style-type: none"> Thu tập, lập bảng về dữ liệu về quá trình, sản phẩm hoặc tiến trình (ví dụ: thời gian, cân nặng, kích thước, tần suất xuất hiện, điểm số kiểm tra, điểm số trung bình, tỷ lệ đậu/rớt, số ngày). Tính toán tần suất của dữ liệu bằng cách lấy giá trị lớn nhất trừ giá trị nhỏ nhất trong tập dữ liệu. Gọi giá trị này là R. Quyết định bao nhiêu thanh (hoặc nhóm) để biểu diễn trong histogram cuối cùng. Gọi số nào là K. Số này nên không bao giờ nhỏ hơn 4 và hiếm khi nào trên 12. Với 100 số dữ liệu, K=7 thường là tốt. Với 1000 số dữ liệu, K=11 là tốt. Xác định các khoảng rộng cố định của mỗi thanh bằng chia R cho K. Giá trị này nên được làm tròn thành một số "đẹp", thường số này kết thúc bằng số 0. Ví dụ: 11.3 không nên chọn làm số "đẹp", mà nên chọn là 10. Gọi số này là I, tức chiều rộng bên trong của thanh. Dùng các số "đẹp" để tránh các tỷ lệ lạ trên trục X của histogram. Tạo một bảng với giới hạn trên và dưới của từng nhóm. Cộng thêm chiều rộng thanh vào số "đẹp" đầu tiên (nhỏ hơn giá trị nhỏ nhất của tập dữ liệu) để xác định giới hạn trên của nhóm đầu tiên.

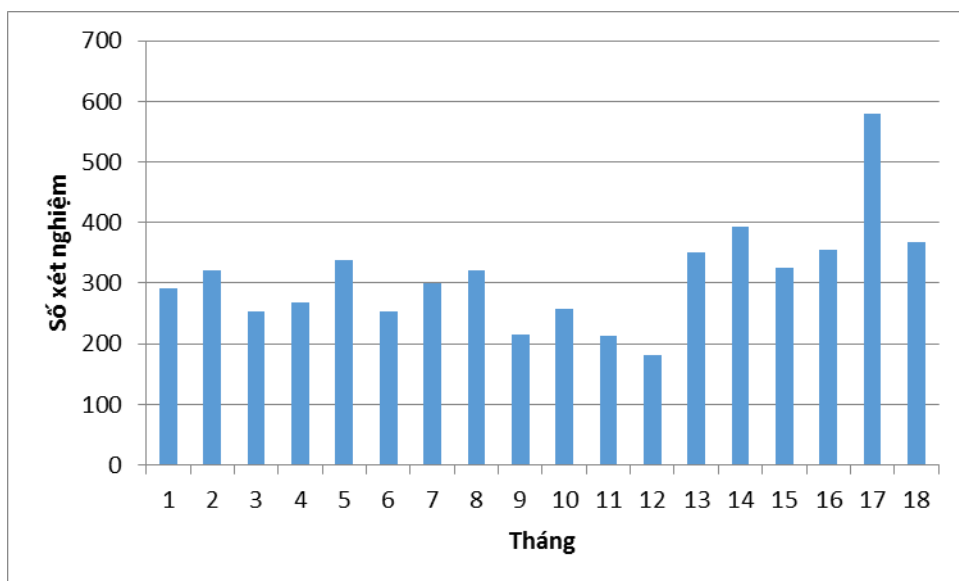
•	Số "đẹp"
đầu tiên trở thành giới hạn dưới thấp nhất của nhóm đầu tiên. Giới hạn trên của nhóm đầu tiên trở thành giới hạn dưới của nhóm thứ hai. Cộng chiều rộng (I) với giới hạn dưới của lớp thứ hai để xác định giới hạn trên của lớp thứ hai. Lặp lại quá trình này cho đến khi giới hạn trên cao nhất lớn hơn giá trị lớn nhất của dữ liệu. Bạn sẽ thu được tổng số các nhóm.	
•	Phân lô
dữ liệu tần suất trên khung histogram bằng vẽ các cột cho mỗi nhóm. Chiều cao của mỗi cột thể hiện chỉ số/tần suất của mỗi nhóm.	
•	Ghi chú
tần suất của các giá trị giữa các giới hạn trên và dưới của nhóm cụ thể đó.	
•	Diễn giải
histogram dựa trên các nhóm co cụm lại hoặc bị nghiêng (tăng/giảm) biểu thị trên đồ thị.	



Hình 1-7. Ví dụ về histogram: phân bố số lượng thăm khám khoa cấp cứu theo các ngày trong tuần

Đồ thị thanh (bar chart)

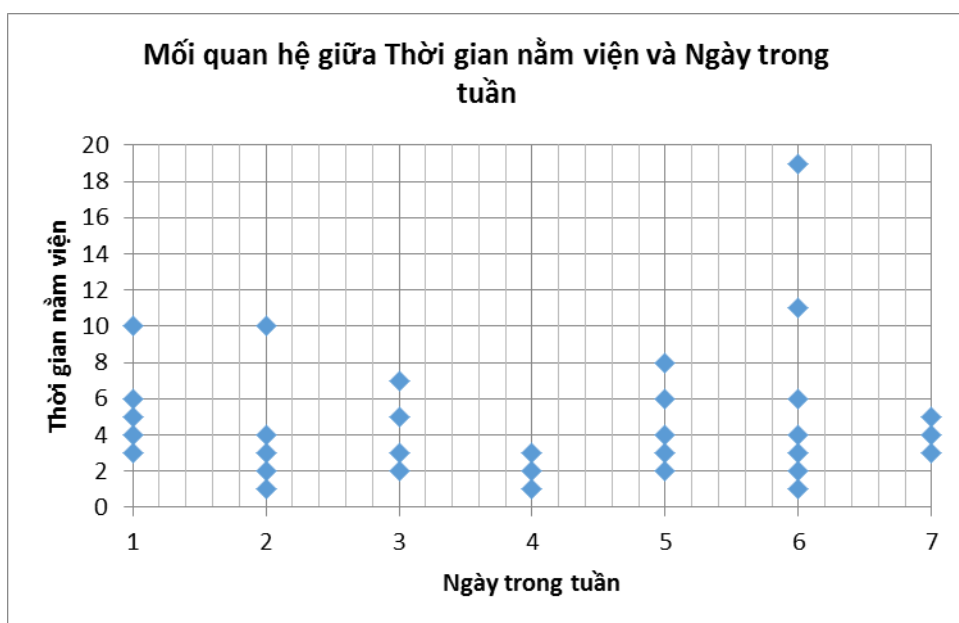
Đồ thị thanh tương tự như histogram, trừ việc biến cần quan tâm là không định lượng được, như thời gian xuất viện, mà là các biến phân loại, ví dụ như các khoa trong bệnh viện. Các đồ thị thanh là thường được dùng để minh họa sự so sánh, như số bệnh nhân xuất viện trước và sau 11h của vài khoa lâm sàng và có thể giúp xác định các khoa nào đòi hỏi phải chú ý nhiều hơn. Giống với histogram, biểu đồ thanh đặc biệt được dùng để chẩn đoán và đánh giá. Một biểu đồ thanh biểu diễn số xét nghiệm thực hiện bởi một nhóm bác sĩ theo tháng được trình bày trong Hình 1-8.



Hình 1-8. Ví dụ về biểu đồ thanh của số xét nghiệm theo tháng

Đồ thị rải rác (scatter diagram)

Đồ thị rải rác trong Hình 1-9 cho thấy mối quan hệ giữa thời gian nằm viện và thời gian xuất viện và kiểm tra liệu có một kiểu mẫu về mối liên hệ này: nếu có, đội CTCL có thể khảo sát liệu kiểu mẫu này có thể kiểm soát được. Bảng 1-10 giải thích phương pháp và sử dụng đồ thị rải rác.



Biểu đồ kiểm soát thống kê

Các quá trình điển hình có hai dạng biến thiên; biến thông thường xuất hiện dưới điều kiện thông thường và biến bất thường xuất hiện dưới các tình huống bất thường và thường có thể

truy nguồn từ một nguyên nhân. Một biểu đồ kiểm soát thống kê giới thiệu các ứng dụng liên tục của một quy tắc quyết định thống kê đặc biệt để phân biệt giữa biến thiên bình thường và bất thường. Các biểu đồ kiểm soát thống kê được dùng rộng rãi để kiểm soát chất lượng trong quá trình quản lý. Việc dùng biểu đồ kiểm soát thống kê được giải thích sâu hơn trong Chương 2.

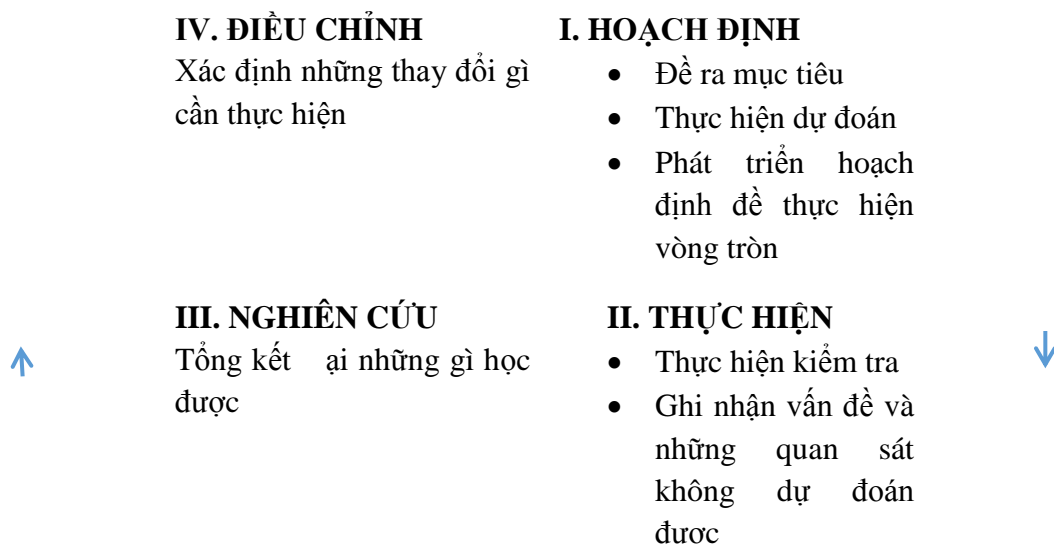
Những phương pháp để cải tiến chất lượng

Trong khi có nhiều phương pháp để cải tiến chất lượng, chúng tôi sẽ tập trung vào ba phương pháp được sử dụng thông thường nhất trong kiểm tra sức khỏe. Mỗi phương pháp có những yếu tố thông thường và thay đổi đôi chút theo từng thiết đặt khác nhau, cuối cùng tất cả cũng dẫn tới kiểm tra và thay đổi. Gần đây hơn, những nguyên tắc từ những phương pháp học khác nhau đang được sử dụng cho cùng một dự án, tạo nên những khác biệt ít liên quan hơn (ví dụ, việc sử dụng phương pháp học Sigma-Lean).

Phương pháp học PDSA: hoạch định, thực hiện, nghiên cứu, điều chỉnh

Quy trình này được đề cập đến như là vòng tròn Shewhart hoặc phương pháp học PDSA (Plan, Do, Study, Act). Nó liên quan đến kiểu phương pháp thử-học theo đó một giả thuyết hoặc một giải pháp được đề nghị cho việc cải tiến được thực hiện và được kiểm tra ở quy mô nhỏ trước khi bất kỳ thay đổi nào được thực hiện trên toàn hệ thống. Một trình tự hợp lý của bốn bước lặp lại trên (hình 1-10) được thực hiện thông qua một tiến trình những vòng tròn nhỏ, cuối cùng sẽ dẫn tới cải tiến theo cấp số nhân.

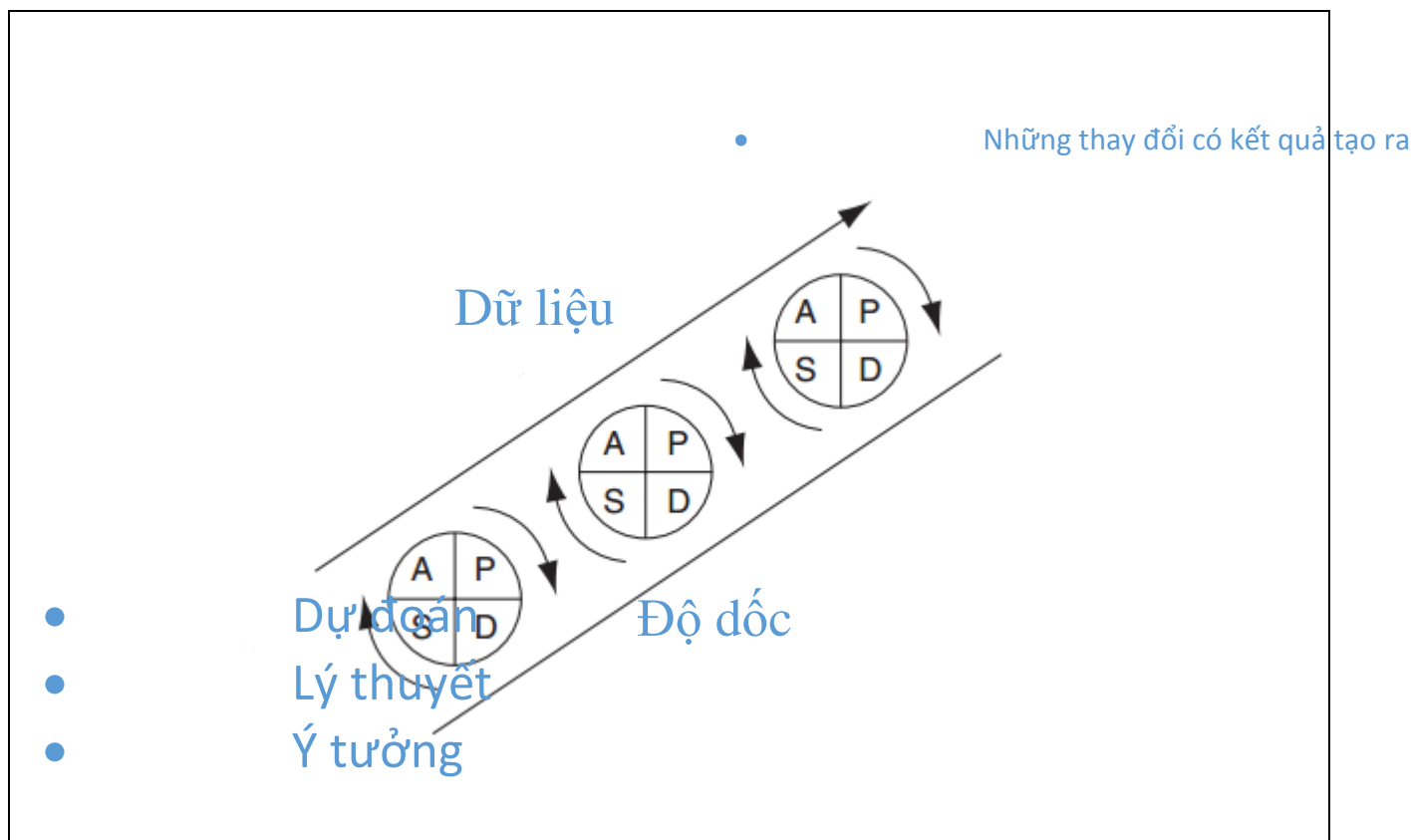
Trong suốt giai đoạn “Hoạch định” của vòng tròn Shewhart, những lĩnh vực cần CTCL được xác định. Đó có thể là những lĩnh vực chi phí cao, tỉ trọng cao, nguy cơ cao hoặc những lĩnh vực kết quả đạt được không tốt như tổ chức mong đợi. Phần này của vòng tròn sẽ liên quan tới những chỉ số và những phương tiện đang phát triển, ngưỡng và tiêu chuẩn, và phương pháp học cho những can thiệp trong nghiên cứu. Phần “Thực hiện” của vòng tròn đòi hỏi cần tiến hành và ghi chép lại các vấn đề và những quan sát không dự đoán được. Phần “Nghiên cứu” của vòng tròn liên quan đến việc thu thập dữ liệu từ phần “Thực hiện” của vòng tròn và đưa ra những thông tin từ những dữ liệu đó. Bước cuối cùng trong vòng tròn, “Điều chỉnh”, liên quan việc xác định liệu xem những can thiệp được đưa ra có cải tiến được kết quả điều trị như được phản ánh ở phần thông tin hay không. Nếu can thiệp tạo ra được kết quả cải thiện, có thể tiếp tục xác định liệu xem cải tiến này có thể được duy trì hay không; Nếu như can thiệp này không tạo ra được kết quả cải tiến, vòng tròn bắt đầu lại một lần nữa và một can thiệp mới được thử nghiệm. Những công cụ phân tích và trình bày dữ liệu đã được mô tả phía trước được sử dụng tại một hoặc nhiều điểm trong quy trình giải quyết vấn đề này.



Hình 1-10: Vòng tròn PDSA

Nguồn: Berwick DM. Developing and testing changes in delivery of care. Ann Int Med. 1998;128(8):651–656. And Langley GJ, Nolan KM, et al. The Improvement Guide (Figure 1-1). Hackensack, NJ: Jossey-Bass; 1996. Reprinted with permission from Wiley/Jossey-Bass.

Mô hình 3 câu hỏi của Nolan thường được sử dụng lúc bắt đầu một dự án để xác định mục tiêu của dự án, xây dựng những tiêu chuẩn đo lường và để lựa chọn những thay đổi. Mục tiêu của dự án nên là thời điểm cụ thể và có thể đo lường được; những tiêu chuẩn đo lường được chọn có thể định tính và xác định nếu như một thay đổi cụ thể nào thực sự dẫn tới sự cải thiện. Những thay đổi mà hầu như có thể dẫn cải tiến kết quả điều trị được chọn và được kiểm tra thông qua những vòng tròn PDSA (Hình 1-12)



Hình: 1-11: Độ dốc của cải tiến: Một chuỗi liên tục nhiều vòng tròn PDCA.

Nguồn: Langley GJ, Nolan KM, et al. *The Improvement Guide* (Figure 1-3). Hackensack, NJ: Jossey-Bass; 1996. Reprinted with permission from Wiley/Jossey-Bass.

Đâu là cái bạn đang cố gắng để hoàn thành?	→	Mục đích/ Mục tiêu
Bạn biết một thay đổi như thế nào là một sự cải tiến?	→	Sự đo lường, đánh giá
Những thay đổi gì bạn có thể làm để tạo nên một sự cải tiến	→	Ý tưởng cải tiến

Hình 1-12: Mô hình 3 câu hỏi của Nolan

Được chấp thuận từ: Langley GJ, Nolan KM, et al. *The Improvement Guide* (Figure 1-13). Hackensack, NJ: Jossey-Bass; 1996. Reprinted with permission from Wiley/Jossey-Bass.

6 Sigma

Sigma là chữ cái thứ 18 trong bảng chữ cái của Hy Lạp và là biểu tượng của độ lệch tiêu chuẩn. Bây giờ chữ cái này được sử dụng trong các dịch vụ và các tổ chức chăm sóc sức khỏe. Mục tiêu của 6 sigma là đạt được một mức độ chất lượng thuộc về 6 độ lệch chuẩn của

biểu diễn trung bình, dẫn tới kết quả là tỉ lệ sai sót là 0.0003% hoặc là 3.4 thiếu sót mỗi một triệu cơ hội; ở mức độ này quy trình cần như là không sai sót (99.9996%)¹⁸

6 sigma sử dụng dữ liệu để xác định những vấn đề về chất lượng, hoặc là những vấn đề liên quan chất lượng tiềm năng xảy ra hoặc những lĩnh vực để cải tiến. Phương pháp tiếp cận 6 sigma tập trung vào những tiêu chí đo lường, đánh giá hướng đến khách hàng và chất lượng có thể chấp nhận được và phụ thuộc vào cải tiến quy trình hướng đến dữ liệu. 6 sigma đạt được thông qua một loạt những bước (gần giống như vòng tròn PDSA) được xác định như định nghĩa, đo lường, phân tích, cải tiến và kiểm soát (DMAIC). 6 sigma thông thường được thực hiện bởi những nhà thực hành, được biết như là những nhà đai đen 6 sigma (Six-Sigma Black Belts), họ được đào tạo để sử dụng những công cụ phân tích đúng để xác định những vấn đề chất lượng. Một nhà đai đen được chứng nhận hiểu và có thể thực hiện hiệu quả DMAIC, chứng minh được khả năng lãnh đạo nhóm, hiểu tính năng động của nhóm, và có thể phân công vai trò và trách nhiệm cho các thành viên trong nhóm một cách hợp lý.

Bước đầu tiên trong mô hình DMAIC đòi hỏi phải định nghĩa vấn đề, những thông số dự án, và thiết lập những đối tượng để cải tiến. Ở bước thứ hai, Đo lường, việc đo lường mỗi bước của tiến trình cần được thực hiện và thu thập dữ liệu. Ở bước thứ ba, bước phân tích dữ liệu thu thập được thực hiện để kiểm tra giả thuyết về những nhân tố chìa khóa của quy trình. Trong bước thứ tư, quy trình được cải tiến bởi thực hiện kiểm tra pilot. Trong bước cuối cùng của vòng tròn, quy trình được kiểm soát bởi thực hiện những cải tiến quy trình và tiếp tục kiểm soát và duy trì quy trình.

Để những nỗ lực cho 6 sigma được thành công, những nhà quản lý cao cấp phải ủng hộ chúng. Những nỗ lực này bắt ngang những đường dây hoạt động, sử dụng những người tài năng nhất trong tổ chức, và điều phối họ sang những lĩnh vực mới. Khái niệm 6 sigma được trông đợi ngày càng phổ biến trong các tổ chức chăm sóc sức khỏe trong vài năm tới. Đặc biệt hữu ích đối với những quy trình được lặp lại ở số lượng lớn (ví dụ, kiểm tra quy mô phòng thí nghiệm, những quy trình hình ảnh học).

Nghiên cứu một trường hợp

Sử dụng 6-Sigma để giảm thiểu biến động trong quy trình và chi phí trong hình ảnh học

Công ty Commonwealth Health Corporation (CHC) ở Bowling Green, Kentucky, là một mạng lưới vận chuyển tích hợp phi lợi nhuận bao gồm 3 trung tâm y khoa và một cơ sở chăm sóc y tế mở rộng với hơn 200 nhân viên. Phương pháp 6-Sigma được thực hiện trong Khoa Chẩn đoán hình ảnh đầu năm 1998. Những thành viên trong khoa được đào tạo để tiếp cận 6-sigma và những thành viên tham gia này đã nhận được đai xanh (Green Belt). Khi hoàn thành dự án được tiếp tục từ đai xanh lên đai đen (Black Belt). Kết quả là, dự án Chẩn đoán hình ảnh này giảm thời gian chờ đợi của bệnh nhân, tạo ra thời gian xoay vòng cho báo cáo hình ảnh học nhanh hơn, và tăng năng suất. Đội ngũ CHC quản lý để tăng khối lượng công việc lên 25% trong khi sử dụng ít nguồn lực hơn và giảm chi phí cho mỗi quy trình chẩn đoán hình ảnh là 25%. Tổng quát, chi phí chẩn đoán hình ảnh/cả quy trình giảm từ \$68.13 xuống \$49.55 trên 100,000 quy trình một năm, kết quả là tiết kiệm tương đối \$1.65 triệu. Thêm vào

đó, sai sót trong chụp cộng hưởng từ (MRIs) giảm 90% dẫn tới kết quả tiết kiệm \$800,000 trong chu kỳ 18 tháng.

Phương pháp Lean

Phương pháp Lean được sử dụng để tăng tốc độ và giảm chi phí của bất kỳ quy trình nào bởi việc loại bỏ những hoạt động tiêu tốn nhiều nguồn lực và chưa tạo ra giá trị (cũng được biết như *muda*). Có lẽ tổ chức Lean tiêu chuẩn và đáng chú ý nhất là nhà sản xuất Toyota của Nhật. Nhiều hệ thống chăm sóc sức khỏe đã sử dụng quy trình của Toyota (còn được gọi là Hệ thống sản xuất Toyota hoặc Toyota Production System - TPS) để cải tiến chất lượng chăm sóc sức khỏe ở tổ chức của họ.

Một trong những thuật ngữ thông thường được sử dụng trong Lean là Kaizen, một từ tiếng Nhật có nghĩa là sự cải tiến liên tục dần dần và theo trật tự. Kaizen là một phương pháp tiếp cận thiết yếu dựa vào nhóm, đơn giản, chi phí tương đối thấp, nhanh chóng. Blitz Kaizen và Event Kaizen là một quy trình tăng cường cho việc giới thiệu thay đổi nhanh chóng đến những tổ chức hoặc đơn vị làm việc sử dụng ý tưởng, động lực và năng lượng con người để làm việc này. Những nguyên tắc và cách tiếp cận thông thường đằng sau phương pháp Kaizen tiềm năng rất hữu ích đối với cải thiện chất lượng được mô tả ở bảng 1.11.

Tư suy theo Lean cải tiến kết quả quy trình bằng việc loại bỏ những quy trình không tạo thêm giá trị bao gồm sự lãng phí khi sản xuất vượt cầu hoặc sản xuất không đủ nhu cầu (ví dụ, vận hành trơn tru những thay đổi từng ngày trong những quy trình hình ảnh học), lãng phí hàng tồn kho (ví dụ, lưu trữ quá nhiều bơm tiêm IV), Lãng phí trong làm lại-từ chối (ví dụ, làm xét nghiệm tệt), lãng phí di chuyển (ví dụ, lặp lại nhiều bước để lấy dữ liệu lâm sàng từ một hồ sơ bệnh án), lãng phí trong chờ đợi (ví dụ, bệnh nhân chờ đợi đến lượt khám), lãng phí trong quy trình (ví dụ, giảm số bước trong quy trình tiếp nhận ở khoa cấp cứu), lãng phí trong vận chuyển (ví dụ, vận chuyển người bệnh không cần thiết giữa những đơn vị chăm sóc bệnh nhân). Thêm vào đó, những quy trình Lean sắp xếp những bước tạo ra giá trị trong một trật tự thích hợp nhất để cung cấp những dịch vụ và những sản phẩm chỉ khi khách hàng cần và trong cách thức khách hàng yêu cầu. Một trong những công cụ được sử dụng phổ biến nhất là Bản đồ chuỗi giá trị (Value Stream Mapping) theo đó quy trình được mô tả trong một đồ thị sinh lý để xác định những bước hoặc những nỗ lực lãng phí không tạo ra giá trị cho khách hàng.

3 phương pháp cải tiến chất lượng thảo luận ở trên được tổng kết và so sánh trong bảng 1.12

Một số nguyên lý của Kaizen
<ol style="list-style-type: none"> 1. Loại bỏ những ý tưởng truyền thống thông thường 2. Nghĩ về cách để giải quyết vấn đề, không phải tại sao vấn đề được tạo ra. 3. Không tạo nguyên do để bắt đầu một dự án. Bắt đầu bằng việc hỏi lại việc thực hành hiện tại. 4. Không tìm kiếm sự hoàn thiện; thực hiện những giải pháp thậm chí nếu nó chỉ đạt được 50% chỉ tiêu. 5. Sửa lỗi ngay lập tức.

6. Sử dụng trí thông minh để giải quyết vấn đề, không phải tiền bạc. 7. Hỏi “Tại sao?” 5 lần và tìm nguyên nhân gốc rễ. 8. Tìm kiếm trí thông minh của 10 người hơn là kiến thức của một người. 9. Sử dụng trí thông minh của những nhân viên tiền tuyến.
<i>Chuyển thể từ: Womack J, Jones D. Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Company. New York: Simon & Schuster (Free Press); 2003.</i>

<i>So sánh những phương pháp cải tiến</i>			
	PDSA	6 sigma	Lean
Những bước của quy trình	Hoạch định; Thực hiện; Nghiên cứu; Điều chỉnh	Thiết kế; Đo lường; Phân tích; Cải tiến; Kiểm soát	Loại bỏ những bước không tạo ra giá trị; loại bỏ những khuyết điểm; giảm thời gian chu kỳ
Tập trung cải tiến	Vòng tròn nhanh chóng của sự cải tiến hướng tới những cải tiến quy trình tối ưu được xác định	Loại bỏ những khuyết điểm; lấy khách hàng là trung tâm	Tăng hiệu quả, loại bỏ những hoạt động không giá trị và giảm thời gian chu kỳ. Sản phẩm chảy ra khi khách hàng muốn và cần nó.
Sử dụng ý tưởng	Một dự án mục tiêu được chọn cho sự cải tiến; thời gian và nguồn lực giới hạn	Một dự án mục tiêu được chọn cho sự cải tiến và nguồn lực sẵn có. Dự án bao gồm một hoạt động được lặp lại ở tần suất cao	Hiệu quả của quy trình được tập trung. Quy trình có thể được định nghĩa rõ ràng và đầy những hoạt động không giá trị
Nguồn hỗ trợ - công cụ để thành công	Môi trường để kiểm tra, thảo luận thiết kế và thí điểm ý tưởng	Quy trình thống kê kiểm soát biểu đồ, công cụ phân tích, những chuyên gia 6 sigma (ví dụ, đai đen, đai xanh).	Bản đồ chuỗi giá trị (Value Stream Mapping), phân tích giá trị, sự kiện Kaizen.

Những chiến lược cải tiến chất lượng thường dùng

Phần lớn những dữ liệu thông tin được công bố đề nghị rằng việc sử dụng những cách tiếp cận đa hướng cho sự thành công của cải tiến chất lượng trái ngược với những can thiệp đơn lẻ. Sau đây là một số chiến lược phổ biến để cải tiến chất lượng đã được sử dụng:

Chi tiết học thuật

Chi tiết học thuật, còn gọi là tiếp cận có giáo dục, tuyển dụng những nhà cung cấp được đào tạo (ví dụ, dược sĩ, bác sĩ) để thực hiện những cuộc gặp mặt để khuyến khích chấp thuận một mô hình hành vi lý tưởng. Mặc dù chi tiết học thuật ban đầu được nhận thức và chứng minh là có hiệu quả như một can thiệp giáo dục một-một nhưng nhiều nghiên cứu đã kết hợp

những nguyên tắc chi tiết học thuật ngay trong những buổi họp nhóm nhỏ. Chi tiết học thuật được cho thấy là có hiệu quả trong việc nâng cao kiến thức người cung cấp và thay đổi hành vi kê đơn, mặc dù nhìn chung nó được chứng minh là không hiệu quả trong việc nâng cao kết quả điều trị của bệnh nhân một cách bền vững.

Những nhà tư tưởng

Những nhà tư tưởng là thành viên của hệ thống địa phương thường là những người có tầm ảnh hưởng những người khác trên nhiều lĩnh vực hoặc một lĩnh vực chuyên môn. Họ không phải lúc nào cũng mang danh là nhà lãnh đạo, nhưng thường họ giữ vị trí cao hơn những đồng nghiệp khác và có tầm nhìn cao hơn. Những phản hồi từ những nhà tư tưởng có ảnh hưởng khiếm tốn đối với việc tăng chất lượng chăm sóc và được sử dụng như một phần của những chiến lược CTCL nhiều mặt ở vài tổ chức.

Kiểm tra và phản hồi

Chiến lược này bao gồm việc cung cấp một bảng tổng kết những phục vụ lâm sàng của những nhà cung cấp đơn lẻ, nhà thực hành hoặc phòng khám đối với thực thể tương ứng. Bảng tổng kết thường được làm kết hợp với báo cáo tỉ lệ biểu hiện không xác định của những nhà cung cấp và phòng khám có thể so sánh được. Dựa trên sự kịp thời và loại phản hồi, chiến lược này cho thấy những lợi ích nhỏ đến rộng trong sự cải tiến những quy trình và kết quả điều trị mục tiêu, đặc biệt khi được kết hợp với những phản hồi tiêu chuẩn có thể đạt được. Trong một nghiên cứu những bệnh nhân đái tháo đường bởi Kiefe và đồng nghiệp, những bác sĩ được phân công ngẫu nhiên để nhận được một bản ôn tập biểu đồ và phản hồi của những bác sĩ cụ thể hoặc là một can thiệp xác định cộng với những phản hồi tiêu chuẩn có thể đạt được. Tỷ lệ chệnh đối với những bệnh nhân của những bác sĩ tiêu chuẩn đạt được đối với nhóm bác sĩ được đối chứng cao hơn so với việc tiêm vaccin cúm, khám chân, đo kiểm soát lipid và kiểm soát glucose máu trong thời gian dài.

Hệ thống người nhắc nhở

Những can thiệp này hướng tới những nhà cung cấp để nhớ thông tin tương ứng với một người tiếp đoán, bệnh nhân hoặc dịch vụ. Chúng thường hiệu quả khi được kết hợp với dòng chảy công việc và được có sẵn tại điểm chuyển giao chăm sóc. Một ví dụ là một hệ thống những biểu đồ suy giảm của bệnh nhân khi tiêm vaccin cúm được sắp xếp, hướng tới những nhà cung cấp ghi nhớ và tăng khuyến cáo của viêm vaccin tại thời điểm khám.

Giáo dục bệnh nhân

Những buổi họp nhóm hoặc cá nhân để tăng tự quản lý bệnh của bệnh nhân được cho thấy có những ảnh hưởng nhỏ đến rộng lên đặc tính và tình trạng bệnh nhân. Những ảnh hưởng này được nghiên cứu tốt, đặc biệt trong việc quản lý bệnh nhân đái tháo đường và suy giảm tim mạch.

Quản lý ca

Quản lý ca và quản lý bệnh được mô tả chi tiết ở chương 7. Chúng là những chiến lược CTCL được nghiên cứu tốt để quản lý dân số đặc biệt khi có những chẩn đoán chuyên biệt

hoặc là người yêu cầu những dịch vụ tăng cường hoặc chi phí cao. Những dịch vụ này thường tập trung và liên quan tới sự hợp tác của những can thiệp chăm sóc sức khỏe và giao tiếp của các thành viên. Chiến lược này được mô tả như một ảnh hưởng tích cực đối với việc tăng chất lượng chăm sóc cho những bệnh nhân bệnh mạn tính.

Tái cấu trúc

Tái cấu trúc và tái thiết kế quy trình bao gồm việc cải tiến quy trình và hệ thống sẵn có trong cách thức cho phép những cơ hội mở rộng được thực hiện và những vấn đề hiện hữu được giải quyết. Điều này mở ra sự tiếp cận bằng việc cho phép sử dụng tăng cường, tạo ra chi phí thấp hơn hoặc là chuyển tải những cải tiến trong sử dụng. Bởi vì đặc tính của quy trình, chiến lược này thường tạo ra những sản phẩm mới và những cải tiến dịch vụ vượt ra khỏi phạm vi của những cải tiến và kết quả trong việc tái thiết kế những cấu trúc và/ hoặc những quy trình hiện hữu. Những ví dụ là việc sử dụng y học từ xa để tăng cường tiếp cận chăm sóc ở những vùng xa hoặc những phòng khám chăm sóc thuận tiện để tăng cường sự tiếp cận và hiệu quả và tạo ra những mô thức kinh doanh mới cho những dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Những khuyến khích

Chiến lược này được mô tả chi tiết trong chương 6. Những khuyến khích tài chính cho việc đạt được một phần trăm nhất định hoặc mức độ khiếu nại nhất định với những quy trình chăm sóc mục tiêu cho thấy bằng chứng là đạt được những mục tiêu. Khái niệm này dẫn tới chiến lược trả chi cho phục vụ hiện tại. Có ít bằng chứng cho thấy khuyến khích tiêu cực như khấu trừ lương hoặc thêm vào cuối năm cho việc không đạt được những phục vụ mục tiêu là một phương tiện hiệu quả của việc tăng chất lượng chăm sóc.

Nghiên cứu cải tiến chất lượng

Thường có sự nhầm lẫn về việc liệu một dự án là hoàn toàn liên quan đến CTCL hay nghiên cứu. Nói chung, một dự án thuộc về CTCL khi thay đổi cần phải được thực hiện cho một hệ thống địa phương nhằm quản lý lâm sàng. Trong này trường hợp, các tác động của thay đổi nhanh chóng được nghiên cứu sử dụng các mẫu nhỏ và các tài liệu ít nghiêm ngặt; điều này cung cấp thông tin phản hồi nhanh chóng cho hệ thống. Một dự án được coi là nghiên cứu về CTCL nếu (1) có độ lệch so với các thực hành tốt đã được thông qua, (2) các đối tượng là cá nhân bệnh nhân chứ không phải là hệ thống hay các nhà cung cấp, (3) ngẫu nhiên và không xác định (mù-blinding) được tiến hành, (4) phần lớn các bệnh nhân không được dự kiến sẽ được hưởng lợi trực tiếp từ kiến thức thu được, và / hoặc (5) người tham gia có thể được can thiệp vốn được yêu cầu thực hiện trong chăm sóc thường xuyên.

Hiểu biết về những yếu tố thực sự làm cho một dự án CTCL thành công là hạn chế vì thay đổi hệ thống này thường có nhiều yếu tố ảnh hưởng, do đó tạo ra một nhu cầu cấp thiết cần có các nghiên cứu nghiêm ngặt ở lĩnh vực này. Đặc biệt quan trọng để biết được chi phí của can thiệp, bất kỳ "tác dụng phụ" ngoài ý muốn có thể có của các can thiệp, nếu can thiệp góp phần cải thiện kết quả của bệnh nhân bên cạnh cải thiện quá trình, và nếu hiệu quả tổng thể của những nỗ lực CTCL cá nhân thực sự nâng cao chất lượng của toàn bộ hệ thống. Như Perneger cho thấy, điều quan trọng là cần lưu ý rằng mặc dù cải thiện chất lượng là mục tiêu, không phải tất cả các thay đổi có thể là một sự cải thiện.

Thiết kế nghiên cứu có thể hữu ích trong nghiên cứu CTCL bao gồm thử nghiệm ngẫu nhiên, có đối chứng, nghiên cứu có đối chứng, nghiên cứu trước và sau can thiệp, cũng như nghiên cứu chuỗi thời gian. Thiết kế nghiên cứu nghiêm ngặt trở nên đặc biệt quan trọng khi kết quả không được tổng quát và / hoặc truyền ra bên ngoài, và tác động của sự thay đổi là có tiềm năng lớn.

Những thách thức để cải thiện chất lượng thành công

Nhiều tổ chức đã gặp phải khó khăn khi thực hiện quản lý chất lượng. Các rào cản có thể được tìm thấy về công nghệ, cơ cấu, môi trường tâm lý, lãnh đạo, văn hóa, và sự tham gia vào các vấn đề pháp lý của tổ chức. Một bản tóm tắt của mỗi lĩnh vực được mô tả dưới đây.

Công nghệ

Nhà quản lý chất lượng của nhiều tổ chức đã phải tìm hiểu kỹ thuật quản lý chất lượng mới đồng thời xây dựng các cơ sở hạ tầng thông tin cần thiết để làm việc. Trong nhiều tổ chức, công nghệ quản lý chất lượng là tương đối mới và chỉ được sử dụng nhẹ nhàng và thử nghiệm bởi các nhân viên. Nhiều đổi mới công nghệ vẫn đang chờ đợi để được sử dụng rộng rãi do thiếu nguồn lực cần thiết và quản lý thay đổi cần thiết để thực hiện.

Cấu trúc

Một số nhà lãnh đạo đã có những bước tích cực để đưa hội đồng chất lượng vào đúng chỗ của mình, để nhận ra lợi ích của CTCL một cách công khai, và bổ sung chất lượng vào các yêu cầu thực hiện; Tuy nhiên, những nỗ lực này không có nghĩa là luôn thành công. Làm thế nào để cấu trúc các nỗ lực chất lượng và cần tầm nhìn bao nhiêu để cung cấp cho các sáng kiến chất lượng trong cơ cấu tổ chức là hai rào cản dẫn đến hành động.

Môi trường tâm lý

Môi trường của tổ chức đôi khi là một rào cản về hai khía cạnh cơ bản của triết lý chất lượng: sự cởi mở để chia sẻ dữ liệu và làm việc theo nhóm. Quản lý chất lượng đòi hỏi các nhân viên thu thập và phân tích dữ liệu và chia sẻ những phát hiện một cách minh bạch trong các cuộc họp mở, nhưng môi trường của một số tổ chức là quá khép kín. Trong các tổ chức khác, làm việc theo nhóm chỉ là một đề xuất không thường xuyên. Bởi vì CTCL phụ thuộc vào việc kiểm tra các mối quan hệ và phụ thuộc lẫn nhau giữa các ranh giới phòng ban và các mức phân cấp, thiếu sự thân quen với phong trào "hạn chế ranh giới" có thể là một rào cản.

Khả năng lãnh đạo

Cũng như lãnh đạo có thể hỗ trợ quản lý chất lượng, nó cũng có thể cản trở nó. Trừ khi quản lý chất lượng có một cam kết rõ ràng và liên tục từ nhà lãnh đạo của tổ chức, các nỗ lực về chất lượng có thể bị chịu thiệt. Thông thường, các nhà lãnh đạo không trao đổi đầy đủ tầm quan trọng của các nỗ lực về chất lượng và tiến bộ liên tục của nó. Người lãnh đạo phải liên tục chứng tỏ sự ủng hộ rõ ràng cho các nỗ lực về chất lượng. Đội ngũ cán bộ lâm sàng và hành chính cần sâu sắc nhạy bén với bất kỳ dao động thật hay cảm nhận về sự hỗ trợ này.

Văn hóa

Theo quan điểm của Deming, quản lý chất lượng thành công đòi hỏi phải xây dựng một nền văn hóa tổ chức có tính hỗ trợ. Ngược lại, một nền văn hóa tổ chức có những đặc điểm sau sẽ xung đột với triết lý cơ bản của quản lý chất lượng: các quyết định được thực hiện từ trên xuống dưới; lực lượng lao động không được ủy quyền; truyền thông có xu hướng được đóng lại (tức là, dữ liệu không được công khai chia sẻ); lợi ích của bệnh nhân đặt dưới các mục tiêu trung tâm về y tế; khi lỗi xảy ra thì truy tìm đổ lỗi và miễn nhiệm công tác; và làm việc theo nhóm được cho là không cần thiết. Khởi đầu những nỗ lực về chất lượng trong một môi trường thù địch là một kinh nghiệm về khả năng bị ức chế. Thật không may, nhiều trung tâm y tế học thuật và các tổ chức cộng đồng lớn thiếu một lịch sử về một nền văn hóa hỗ trợ cho CTCL.

Vấn đề pháp lý

Một cách dễ dàng để vô hiệu hóa một chương trình chất lượng làm yên nó bằng các biện pháp pháp lý. Trong một môi trường như vậy, bệnh nhân sẽ không ký các hình thức phản hồi ý kiến, và tổ chức này không thể yêu cầu về mặt pháp lý cho hay phổ biến các thông tin liên quan đến chất lượng và an toàn. Bởi vì hợp đồng cung cấp dịch vụ không xác định rằng dữ liệu có thể được yêu cầu, các nhà quản lý của một tổ chức phải sáng tạo và đổi mới trong việc thay đổi các vấn đề pháp lý sang một bên mà không làm tổn hại đến các tổ chức, các nhân viên, và các bệnh nhân được chăm sóc.

Xu hướng tương lai

Báo cáo IOM đã nâng cao nhận thức của cộng đồng và ngành công nghiệp về sai sót y khoa và các vấn đề chất lượng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe. Cơ quan kiểm định và các quy định đã nhắc nhở các tổ chức chăm sóc sức khỏe để nâng cao CTCL và các sáng kiến đo lường chất lượng của mình để giải quyết những vấn đề này, kết quả là một mối quan tâm mới về CTCL lan rộng trên toàn quốc. Tương tự như vậy, các cơ quan cấp chứng nhận về giáo dục các ngành nghề sức khỏe đang ngày càng quan tâm đến việc thiết lập năng lực cho sinh viên tốt nghiệp sắp tới trong các lĩnh vực CTCL và an toàn. Điều này đã dẫn đến một sự gia tăng của chương trình bao gồm sự tham gia sớm của học viên trong các nỗ lực CTCL để tăng cường chăm sóc bệnh nhân.

Thập kỷ qua đã chứng kiến mối quan tâm tăng cao về báo cáo công khai các sự cố nghiêm trọng, như cũng như dữ liệu về thực hiện và kết quả của các tổ chức chăm sóc sức khỏe. Các trung tâm Medicare và Medicaid Services (CMS) đã công bố các sáng kiến chi trả theo thành tích, cũng như các kế hoạch về việc giữ lại thanh toán cho một sự cố có hại không tìm thấy có mặt lúc nhập viện.

Các nhà cung cấp chăm sóc y tế được trang bị kiến thức về CTCL sẽ là chìa khóa cho sự thành công của những sáng kiến như thế và hình thành chính sách trong lĩnh vực này, đặc biệt là nếu họ được hỗ trợ bởi các quy định nhằm áp đặt những kết quả để đạt được tuân thủ và trách nhiệm giải trình.

Tài liệu tham khảo

1. Codman EA. The product of a hospital. Surg Gynecol Obstet. 1914;18:491–496.
2. Your guide to choosing quality health care: a quick look at quality. <http://www.ahrq.gov/consumer/qnt/qntqlook.htm>. Accessed July 16, 2006.
3. Crosby PB. Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain. New York: McGraw-Hill; 1979.
4. Donabedian A. The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring. Vols I, II, III. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1985.
5. Shewhart W. Economic Control of Quality of Manufactured Product. New York: D. Van Nostrand Co.; 1931.
6. Deming WE. Out of the Crisis. Cambridge, MA: MIT Press; 1986:23–24.
7. Juran JM. Juran on Leadership for Quality. New York: Free Press; 1989.
8. Gustafson DH, Hundt AS. Findings of innovation research applied to quality management principles for health care. Health Care Management Rev. 1995;20(2):16–33.
9. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA. 1998;280(11):1000–1005.
10. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
11. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
12. Malenka DJ, O'Connor GT. A regional collaborative effort for CQI in cardiovascular disease: Northern New England Cardiovascular Study Group. Jt Comm J Qual Improv. 1995;21(11): 627–633.
13. Nelson EC, Mohr JJ, Batalden PB, Plume SK. Improving health care, part 1: The clinical value compass. Jt Comm J Qual Improv. 1996;22(4):243–258.
14. Matchar DB, Samsa GP. The role of evidence reports in evidence-based medicine. Jt Comm J Qual Improv. 1999;25(10):522–528.
15. Varkey P, Reller MK, Resar R. The basics of quality improvement in healthcare. Mayo Clin Proc. 2007;82(6):735–739.
16. Berwick DM. Developing and testing changes in delivery of care. Ann Intern Med. 1998;128(8):651–656.
17. Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW, et al. The Improvement Guide. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1996.
18. Goldstein M. Six Sigma program success factors. Six Sigma Forum Magazine. 2001 Nov: 36–45.
19. Cherry J, Seshadri S. Using statistics to reduce process variability and costs in radiology. Radiology Mgmt. 2000;8(1):42–45.
20. Womack J, Jones D. Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation. New York: Simon and Schuster; 1996.
21. Young D. Pittsburgh hospitals band together to reduce medication errors. Am J Health Syst Pharm. 2002;59(11):1014, 1016, 1026.

22. Goldberg HI, Wagner EH, Fihn SD, et al. A randomized controlled trial of CQI teams and academic detailing: Can they alter compliance with guidelines? *Jt Comm J Qual Improv.* 1998;24(3):130–142.
23. Kiefe CI, Allison JJ, Williams OD, et al. Improving quality improvement using achievable benchmarks for physician feedback. *JAMA.* 2001;285:2871–2879.
24. Perneger TV. Why we need ethical oversight of quality improvement projects. *Int J Qual Health Care.* 2004;16(5):343–344.

Additional Resources–Further Reading

Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.ahrq.gov>

Joint Commission: <http://www.jointcommission.org>

National Committee for Quality Assurance: <http://www.ncqa.org>

National Quality Forum: <http://www.qualityforum.org>

Quality and Safety in Healthcare: <http://www.qhc.bmjournals.com>

Medicare (Centers for Medicare and Medicaid Services): <http://www.medicare.gov>

National Association for Healthcare Quality: <http://www.nahq.org>

American Health Quality Association: <http://www.ahqa.org>

Institute for Healthcare Improvement: <http://www.ihl.org>

Foundation for Health Care Quality: <http://www.qualityhealth.org>

FACCT (Foundation for Accountability): <http://www.facct.org>

Health Resources and Services Administration: <http://www.ask.hrsa.gov/quality.cfm>

Institute of Medicine Quality Initiative: http://www.iom.edu/?id_19174

American College of Medical Quality: <http://www.acmq.org>

Utilization Review Accreditation Commission (URAC): <http://www.urac.org>

Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC): <http://www.quic.gov>

RAND Health: <http://www.rand.org/health>

Kaiser Family Foundation: <http://www.kaisernetwork.org>

Chương 2. Đo lường chất lượng

Linda Harrington, PhD, RN, CNS, CPHQ, và Harry Pigman, MD, MSHP

Dịch: Nguyễn Thị Ngọc Hạnh

Hiệu đính: Võ Thị Xuân Hạnh

Tóm tắt

Đo lường là nền tảng cho mọi nỗ lực để đánh giá, cải thiện chất lượng và an toàn trong chăm sóc y tế. Lịch sử đo lường chất lượng trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe và lịch sử của dịch tễ học thống kê ra đời song song từ cuối thế kỷ 19 và đầu thế kỷ 20 và gắn kết chặt chẽ với sự phát triển của nghiên cứu khoa học trong những năm cuối thế kỷ 20. May mắn là, chỉ có một số chủ đề cơ bản liên quan đến đề tài này là yêu cầu sự tham gia của bác sĩ lâm sàng hoặc nhà quản lý nhằm hỗ trợ việc cải thiện dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Chương này tập trung vào những khái niệm cần thiết cho các ứng dụng thực hành vào đo lường trong cải tiến chất lượng

Mục tiêu học tập:

Sau khi hoàn thành chương này, người đọc có thể:

- Thảo luận về lịch sử phát triển của khoa học đo lường chất lượng;
- So sánh và đối chiếu các đặc điểm của các loại đo lường chất lượng: đo lường cấu trúc tổ chức, đo lường quá trình và đo lường kết quả đầu ra;
- Xây dựng các đo lường thích hợp cho các dự án cải tiến chất lượng;
- Thảo luận về các đặc tính cần có của các đo lường về chất lượng, bao gồm độ tin cậy và tính giá trị;
- Đánh giá sự thành công của các dự án cải tiến chất lượng; và
- Xác định được xu hướng phát triển trong khoa học về đo lường chất lượng

Lịch sử

Khoa học về đo lường chất lượng xuất phát từ Florence Nightingale qua các báo cáo về tỷ lệ tử vong tại các bệnh viện ở Anh Quốc trong Chiến tranh Crimean cho Quốc hội Anh. Những nỗ lực ban đầu của bà nhằm định lượng kết quả chăm sóc sức khỏe, kết hợp với sự ra đời của khái niệm hiện đại về kiểm soát nhiễm khuẩn đã thuyết phục rằng đo lường là điều rất cần thiết trong tiến trình cải tiến chất lượng

Vài thập niên sau, Ernest Codman chỉ ra mối liên hệ giữa tỉ lệ tử vong với các thủ thuật xâm lấn. Nghiên cứu về tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật của ông có thể được coi là khởi xướng cho các nghiên cứu điều tra về kết quả đầu ra của bệnh viện. Quan điểm của Codman về việc bệnh viện cần thiết lập hệ thống tổ chức liên quan đến đội ngũ nhân viên y tế và việc ghi chép hồ sơ bệnh án được công nhận như là sự ra đời của các đo lường về cấu trúc của tổ chức.

Sự phát triển đột phá tiếp theo liên quan đến việc đo lường chất lượng xảy ra trong khoảng thời gian giữa các cuộc chiến tranh thế giới. Walter Shewhart phát triển hệ thống của số liệu

thống kê mới được gọi là kiểm soát quá trình thống kê trong khi ông làm việc trong nhà máy sản xuất máy điện thoại. Có lẽ sự đóng góp quan trọng nhất của ông là một chuyển đổi sự tập trung của việc đo lường từ chất lượng của chính sản phẩm qua đo lường tiến trình cần thiết để sản xuất ra sản phẩm đó. Một đóng góp lớn khác của ông là đưa ra phương pháp để xác định sự thay đổi trong quá trình sản xuất có ý nghĩa về mặt thống kê, một phương pháp đơn giản, đủ để thực hiện một cách dễ dàng bởi những cá nhân chưa qua các lớp đào tạo khoa học nâng cao. Sự thay đổi này tạo ra những gói sản phẩm khác biệt một cách đáng kể với các sản phẩm khác.

Có thể cho rằng, sự đóng góp có ảnh hưởng nhất về việc đo lường chất lượng trong chăm sóc sức khỏe xảy ra vào đầu những năm 1960 khi Donabedian bắt đầu phân biệt một cách rõ ràng các biện pháp đo lường chất lượng liên quan đến cấu trúc tổ chức, quá trình, và kết quả đầu ra. Tầm quan trọng liên quan đến đo lường của các quá trình và kết quả đầu ra là một chủ đề được thảo luận trong văn học đương đại, và trong khuôn khổ chung của Donabedian vẫn là mô hình có ưu thế. Cùng với nhau, ba biện pháp đo lường đã cung cấp một bức tranh đầy đủ nhất về chất lượng.

Vào những thập niên cuối cùng của thế kỷ 20, những nỗ lực đáng kể đã được thực hiện để tiếp cận các phương pháp đo lường chất lượng ở các ngành công nghiệp khác. Với cách tiếp cận tương tự có thể áp dụng các biện pháp đo lường của quá trình và kết quả đầu ra cho nhiều tổ chức khác nhau. Ban đầu, Kaplan và Norton ủng hộ cách tiếp cận này trong ngành công nghiệp công nghệ thông tin. Batalden và Nelson đã mang phương pháp này vào lĩnh vực chăm sóc sức khỏe với các hình thức rất thực tế của thẻ điểm cân bằng và biểu đồ. Lòng ghép vào trong các công cụ đo lường được biết rằng việc xem xét các biện pháp đo lường riêng lẻ có thể gây hiểu lầm, nếu không nguy hiểm, vì chăm sóc sức khỏe là một hệ thống phức tạp và hậu quả có thể xảy ra không lường trước được, và có nhiều góc nhìn khác (ví dụ, bệnh nhân, nhà cung cấp, bên chi trả) phải được xem xét cẩn thận trong việc thiết kế một hệ thống đo lường hữu ích.

Các loại đo lường chất lượng

Tiêu chuẩn vàng để xác định đo lường chất lượng vẫn là mô hình Donabedian về ba yếu tố gồm: cấu trúc tổ chức, đo lường quá trình, và đo lường kết quả đầu ra.

Đo lường cấu trúc tổ chức

Các đo lường này liên quan đến đặc tính cơ bản của một cơ sở chăm sóc sức khỏe, bao gồm thiết kế tổ chức, các chính sách và quy trình hoạt động của nó. Giả thuyết rằng các tổ chức chăm sóc sức khỏe có đủ số lượng và chất lượng về nguồn nhân lực và vật chất, và các nguồn hỗ trợ khác được chuẩn bị chu đáo nhất để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng tốt nhất. Ví dụ các đo lường cấu trúc tổ chức bao gồm sự sẵn có của các thiết bị và dụng cụ thích hợp tại bệnh viện và chính sách giáo dục đào tạo, chứng nhận và kinh nghiệm của các bác sĩ lâm sàng trong một tổ chức. Các đo lường tập trung vào cấu trúc tổ chức thường dễ tiếp cận. Các tổ chức chăm sóc sức khỏe thường xuyên duy trì dữ liệu về trang thiết bị và hàng tồn kho, nhân lực, tình hình bệnh nhân, và trình độ của đội ngũ nhân viên. Tuy nhiên,

thông tin đầy đủ về tiến trình điều trị lâm sàng thường khó có thể thu thập đầy đủ vì hầu hết các cơ sở dữ liệu lâm sàng thường thiếu chi tiết.

Đo lường quá trình

Đo lường quá trình là đánh giá xem các hành động có được triển khai và đã được thực hiện tốt như thế nào để đạt được mục tiêu đặt ra ban đầu. Giả định lâm sàng cơ bản rằng nếu những điều đúng được thực hiện tốt, thì sẽ dẫn đến kết quả chăm sóc người bệnh tốt nhất. Một ví dụ về một biện pháp đo lường quá trình dựa trên chứng cứ để đánh giá chất lượng chăm sóc cho một bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp tính là tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán (không có chống chỉ định thuốc ức chế beta) được sử dụng thuốc ức chế beta trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện.

Đo lường kết quả đầu ra

Đo lường kết quả đầu ra là tìm cách nắm bắt những biến đổi về tình trạng sức khỏe của người bệnh sau khi cung cấp dịch vụ y tế, bao gồm cả vấn đề chi phí cung ứng dịch vụ. Bệnh nhân là yếu tố trọng tâm, và đo lường kết quả đầu ra nên mô tả tình trạng bệnh, hành vi, và phản ứng hoặc sự hài lòng của bệnh nhân đối với dịch vụ chăm sóc. Theo quan điểm truyền thống, kết quả điều trị được hiểu là kết quả phục hồi của người bệnh sau điều trị và chỉ đo lường được đến khi đã hoàn thành giai đoạn chăm sóc điều trị. Các giai đoạn chăm sóc điều trị có thể bao gồm cả thời gian nằm viện, tái khám hoặc các chăm sóc ở các đơn vị y tế sau giai đoạn khẩn cấp. Ví dụ, để đánh giá chất lượng chăm sóc cho bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tính nhập vào khoa tim mạch, Đo lường hiệu quả chăm sóc có thể liên quan đến tình trạng tái nhồi máu cơ tim của người bệnh và sự hài lòng của bệnh nhân với dịch vụ chăm sóc tại khoa.

Đo lường kết quả đầu ra là một biện pháp gián tiếp đo lường chất lượng tổng thể của một tổ chức và có thể cho thấy xu hướng phát triển và mức tiêu chuẩn để chứng minh quá trình hoạt động. Mặt khác, kết quả đo lường có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố không đo được hoặc vượt ngoài sự kiểm soát của các bác sĩ, như yếu tố di truyền, trường hợp kết hợp nhiều bệnh lý, và các yếu tố kinh tế xã hội và môi trường. Theo quy tắc chung, càng nhiều các biến số về cấu trúc tổ chức và quá trình cho dự án cải tiến chất lượng, độ tin cậy của đo lường sẽ lớn hơn so với các dự án dựa trên chỉ số đo lường kết quả đầu ra.

Trong lịch sử đo lường chất lượng chủ yếu tập trung vào việc đo lường kết quả đầu ra. Ngày nay, đo lường hệ thống và quá trình chỉ ra những tiêu điểm quan trọng, giải thích cho các vấn đề cần được cải thiện. Đo lường hệ thống và quá trình là biện pháp đo lường chất lượng trực tiếp và do đó mang lại biện pháp chính xác hơn về chất lượng, cung cấp cho bác sĩ điều trị cách hiệu quả nhất để cải tiến quy trình chăm sóc bệnh nhân. Tuy nhiên, để có giá trị, đo lường cấu trúc và quá trình phải dựa vào kết quả trong quá khứ và có thể phát hiện sự khác biệt trong chăm sóc bệnh nhân. Để duy trì tính xác thực, việc theo dõi, đo lường cần phải thực hiện, xem xét và cập nhật liên tục đáp ứng với sự tiến bộ của khoa học hiện tại (ví dụ, y học chứng cứ).

Xây dựng phép đo

So sánh các chỉ số đo lường chất lượng trong các hệ thống tổ chức khác nhau và giữa các nhà cung cấp khác nhau đòi hỏi phải có các tiêu chuẩn cho biết các đo lường được thể hiện như thế nào. Các tiêu chuẩn thường được chấp nhận để diễn tả các đo lường bao gồm một tử số và một mẫu số. Tử số mô tả các tiêu chuẩn mong muốn của tiến trình chăm sóc, và mẫu số mô tả tiêu chí, quy định cụ thể. Ví dụ, trong điều trị và chăm sóc bệnh nhân suy tim, tử số có thể là số lượng người bệnh đã thực sự được điều trị thuốc ức chế beta, và mẫu số là số người có đủ điều kiện để điều trị thuốc ức chế beta. Tử số và mẫu số cung cấp một cái nhìn tổng thể vào kết quả đo lường chất lượng điều trị suy tim với thuốc ức chế beta.

Một số yếu tố cần được xem xét khi xây dựng các phép đo lường chất lượng. Bao gồm yếu tố tuổi tác của con người, giai đoạn đo lường, hệ thống hoặc đơn vị được kiểm tra, và các biện pháp này đo lường có nằm trong một chương trình chăm sóc, trong môi trường chăm sóc, hoặc địa phương hay quốc gia.

Các chiến lược sau đây cần được xem xét khi xây dựng các biện pháp đo lường chất lượng.

Đo lường tại thời điểm ban đầu

Hầu như tất cả các dự án, chương trình cải tiến chất lượng được bắt đầu bằng việc đo lường tình hình chất lượng hiện tại của nó, và đây được biết đến như một *đo lường chất lượng tại thời điểm ban đầu*. Các đo lường tại thời điểm ban đầu sử dụng nhiều loại dữ liệu định tính và định lượng như là những chỉ số cho phép phân tích và hỗ trợ đưa ra những nhận định về tình trạng chất lượng y tế tại thời điểm đó.

Trong bảng 2-1, các đánh giá tại thời điểm ban đầu được thể hiện trên một nhóm bệnh nhân bị bệnh đái tháo đường mà chỉ số hemoglobin (Hb) A1c được đánh giá trong năm 1. Việc đánh giá này được sử dụng để đưa ra dự án cải tiến chất lượng và nhằm xác định sự thay đổi trong mức HbA1c sau 1 năm can thiệp.

Hạn chế của các đo lường tại thời điểm ban đầu là cung cấp những bức tranh của các đặc điểm được đo về cấu trúc tổ chức, về quá trình hoặc kết quả tại một thời điểm. Đo lường tại các thời điểm khác chỉ có thể được giải thích như cao hơn hoặc thấp hơn so với giá trị ban đầu và không chỉ ra được đó là những cải tiến mới đây hay bền vững trong suốt quá trình. Các công cụ đo lường đánh giá xu hướng thay đổi sẽ được thảo luận trong phần tiếp theo.

Đo lường xu hướng

Biểu đồ chạy

Biểu đồ chạy là một công cụ đo lường chất lượng được sử dụng để xác định xu hướng bằng cách đo lường những thay đổi trong cấu trúc tổ chức, quá trình, hoặc kết quả theo thời gian. Biểu đồ chạy được tạo ra theo đồ thị XY trong đó trục x biểu thị thời gian, và trục y đại diện

cho các khía cạnh của hệ thống, quy trình, hoặc kết quả được đo. Một đường trung tâm, nếu được sử dụng, chỉ ra số trung vị của các dữ liệu.

Xây dựng phép đo

Bảng 2-1 Đánh giá tại thời điểm ban đầu: chỉ số Hemoglobin A1c ban đầu và 1 năm sau khi can thiệp đối với 212 người bệnh đái tháo đường

Thành phần can thiệp

- Chương trình áp dụng
 - Phân tầng dân số mắc bệnh đái tháo đường
 - Quản lý điều trị các trường hợp cần chăm sóc đặc biệt
 - Các hoạt động tiếp cận và giáo dục

- Giới thiệu đến các chương trình sử dụng lao động

Can thiệp điều trị

- Liên hệ bác sĩ và thông tin phối hợp
- Tài trợ một chương trình đào tạo bác sĩ

Kết

quả:

- Kiểm soát bệnh nhân đái tháo đường được cải thiện
 - Hemoglobin A1c thấp

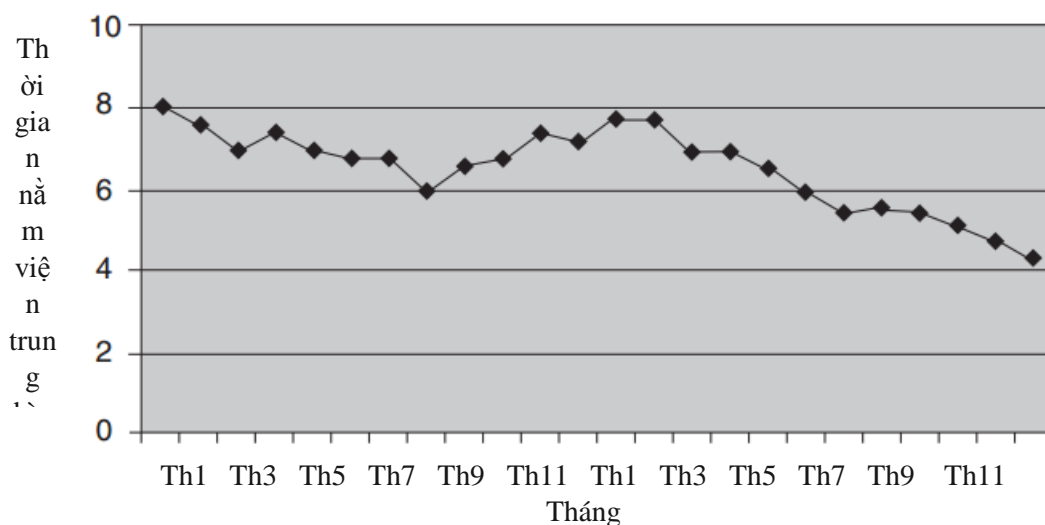
Tiết kiệm chi phí trực tiếp

- Giảm tỷ lệ bệnh nhân bệnh đái tháo đường viện nhập viện trở lại

	Mức Hemoglobin A1c	
	Năm 1	Năm 2
N (Số trường hợp)	212	212
Trung vị	7,30%	7,10%
Trung bình	7,62%	7,39%
Tỷ lệ % của bệnh nhân có giá trị < 7,5%	54,7%	60,8%
Tỷ lệ % của bệnh nhân có giá trị > 9,5%	16,5%	11,3%

Biểu đồ chạy bao gồm các điểm liên tiếp dưới hoặc trên đường trung tâm, cho thấy sự chuyển dịch của một hệ thống, quy trình, hoặc chỉ số đo lường được nghiên cứu. Xu hướng có thể ổn định, giảm hoặc tăng, các điểm dữ liệu biểu diễn sự thay đổi dần theo thời gian. Hình 2-1 là một ví dụ của biểu đồ chạy biểu diễn thời gian nằm viện của người bệnh. Biểu đồ cho thấy xu hướng giảm thời gian nằm viện, trong đó chỉ ra rằng sự can thiệp nhằm mục tiêu giảm trong thời gian nằm viện có thể hiệu quả, giả sử số lượng bệnh nhân trung bình hàng ngày vẫn tương tự theo thời gian. Biểu đồ chạy cung cấp thông tin xu hướng trong hệ thống, quy trình,

và kết quả và dễ dàng để xây dựng và giải thích. Để có giá trị thống kê, biểu đồ kiểm soát thường được áp dụng hơn.



Hình 2-1 Ví dụ: Biểu đồ chạy về thời gian nằm viện trung bình

Biểu đồ kiểm soát

Biểu đồ kiểm soát thường được sử dụng để đo lường quá trình và là một công cụ chính xác hơn biểu đồ chạy. Không tập trung vào xu hướng của tiến trình mà là tập trung về biến đổi của quá trình. Tính năng bổ sung bao gồm một đường trung tâm bao gồm các giá trị trung bình của các dữ liệu và giới hạn kiểm soát trên (UCL) và giới hạn kiểm soát dưới (LCL) thường đại diện cho ba độ lệch chuẩn so với giá trị trung bình.

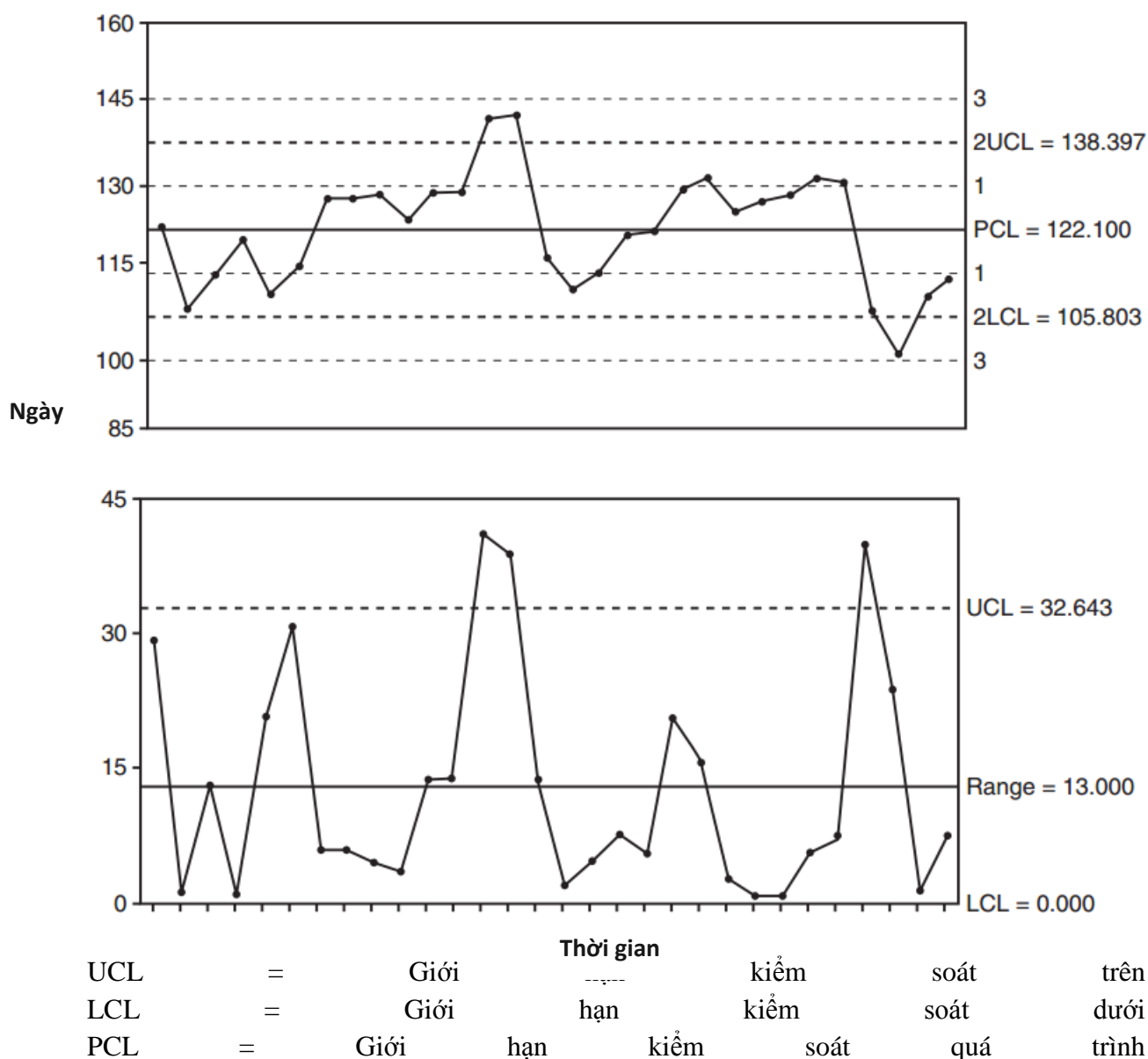
Biểu đồ kiểm soát thống kê là một đồ thị đại diện cho các ứng dụng liên tục của một quy tắc thống kê cụ thể để phân biệt giữa các biến thiên bình thường và bất thường.

Hình 2-2 cho thấy biểu đồ kiểm soát thống kê về số lượt thăm khám mỗi ngày đối với một cơ sở y tế và số liệu được thống kê hàng ngày trong suốt tháng 10 năm 2008 (PCL là giới hạn kiểm soát quá trình). Ngưỡng này là điểm mà tại đó cần được đánh giá sâu hay hành động ngay.

Công cụ kích hoạt

Một trong những phạm trù có triển vọng trong đo lường chất lượng là việc sử dụng *công cụ kích hoạt*. Kích hoạt là một sự việc có thể tiềm ẩn nguyên nhân gây hại và được sử dụng để khởi xướng một nghiên cứu. Việc áp dụng các công cụ kích hoạt nhằm tạo cơ hội chặt chẽ hơn trong xem xét những vấn đề chất lượng nào đó, thường ít được quan tâm trong quá khứ, chẳng hạn như việc tự báo cáo; một số loại thuốc hoặc các chỉ số bất thường trong phòng thí nghiệm. Ví dụ, chỉ định naloxone có thể báo hiệu một lỗi trong quá trình chỉ định giảm đau hoặc thuốc an thần. Tương tự như vậy, đo lường số lần sử dụng thuốc vitamin K cho bệnh nhân đang được điều trị heparin có thể chỉ ra một số lỗi trong quá trình điều trị kháng đông.

Sử dụng công cụ kích hoạt để đo lường các sự cố đảo ngược, bao gồm dữ liệu về các lỗi mà không gây tổn hại. Cách tiếp cận này tạo ra sự đa dạng đáng kể để thu thập dữ liệu so với trước đây bởi vì hầu hết các lỗi xảy ra chưa gây tổn hại cho người bệnh.



Hình 2-2 Ví dụ về quá trình thống kê số lượt thăm khám mỗi ngày của một cơ sở y tế

Xác định chuẩn

Kế hoạch cải tiến chất lượng thường bao gồm xác định *điểm chuẩn*, sự nỗ lực để xác định hiện trạng chất lượng và so sánh với những tổ chức có chất lượng dịch vụ cao nhất trong hoặc ngoài tổ chức (ví dụ, so sánh hiệu suất với đối thủ cạnh tranh).

Một điểm chuẩn về chăm sóc có thể đạt được (viết tắt là ABC), như được xác định bởi Kiefe và cộng sự và được dựa trên các tiêu chuẩn (1) có thể đo lường và có thể đạt được, (2) dựa trên những thành tựu của những tổ chức có chất lượng cao nhất, và (3) cung cấp một số lượng các trường hợp thích hợp đủ cho việc phân tích.

NGHIÊN CỨU TÌNH HUỐNG •••

Trung tâm tim mạch, Dartmouth-Hitchcock

Các khoa chăm sóc và điều trị tim tại Dartmouth là một trong những người tiên phong trong phương pháp tiếp cận hiện đại để đo lường và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe. Trong công việc của họ, đo lường được sử dụng như một công cụ trung tâm để theo dõi và cải tiến chăm sóc. Họ đã lập luận một cách thuyết phục rằng đo lường của quá trình và kết quả lâm sàng phải được kiểm soát bởi các bác sĩ lâm sàng cung cấp dịch vụ chăm sóc.

Một số nguyên tắc quan trọng được xác định cách tiếp cận của họ.

Các bác sĩ lâm sàng đã tham gia vào việc thiết kế một bảng điều khiển về các biện pháp đo lường hữu ích trong thực tế công việc hàng ngày của họ và đồng thời hữu ích cho cả nhà quản lý và các đối tác. Bảng điều khiển này bao gồm toàn bộ quá trình chăm sóc và bảng cân bằng các đo lường chi phí và chất lượng. Bệnh nhân làm trung tâm (ví dụ: mức độ hài lòng, tình trạng chức năng) đã được kết hợp cùng với các biện pháp đo lường truyền thống khác của quá trình và kết quả đầu ra (ví dụ: tỷ lệ tử vong, tỷ lệ bệnh tật). Chi tiết liên quan đến biến số đã được trình bày, cũng như các đo lường được tổng hợp theo thời gian. Ngoài ra, biến số hiện tại được đánh giá đối chiếu với lịch sử hoạt động bằng cách sử dụng biểu đồ kiểm soát quá trình thống kê.

Dữ liệu cho các dự án đã thu được bằng biểu đồ trù tượng trong giai đoạn phẫu thuật (ví dụ, vào lúc 3 tuần sau khi phẫu thuật cho sự hài lòng, 6 tháng sau khi phẫu thuật cho tình trạng chức năng). Biến số của quá trình thu được trong một khoảng thời gian nhất định. Chỉ số SF-36 của hoạt động thể chất, vai trò chức năng, đau toàn thân, và tình trạng sức khỏe nói chung được sử dụng trong đo lường tình trạng chức năng. Trong số các chỉ số đo lường của quá trình phẫu thuật là thời gian tim co bóp, tỉ lệ máu bơm, tỉ lệ chảy máu, và hoạt động của động mạch vú trong. Biểu đồ kiểm soát được sử dụng cùng với các dữ liệu của quá trình phẫu thuật.

Biểu đồ kiểm soát cũng đã được sử dụng để phát hiện sớm các vấn đề chất lượng, có tính đến thời gian thực trong đo lường. Ví dụ, nhóm nghiên cứu có thể phát hiện sự gia tăng tỉ lệ nhiễm trùng vết thương bằng cách sử dụng một kỹ thuật gọi là biểu đồ "thành công giữa thất bại" để xác định các sự cố ít gặp và phân biệt chúng với những hiện tượng may rủi. Biểu đồ kiểm soát này cho phép nhóm nghiên cứu xác định sự gia tăng nhiễm trùng là do sự biến thiên ngẫu nhiên hay do một thay đổi của quá trình. Bởi vì họ đã sử dụng dữ liệu thời gian thực, họ đã có thể nhanh chóng xác định các quá trình thay đổi liên quan đến sự gia tăng trong nhiễm trùng và điều chỉnh. Phương pháp truyền thống thường mất nhiều thời gian và dẫn đến việc xác định chậm trễ.

Kết quả từ sáng kiến này là đáng chú ý, mặc dù việc đo lường không thể thực hiện đơn lẻ. Tỉ lệ tử vong sau 2 năm từ khi can thiệp ở bệnh nhân có bắc cầu động mạch vành giảm từ 5,7% đến 2,7%; trung bình tổng thời gian bị đặt nội khí quản giảm từ 22 giờ đến 14 giờ; và số lượng bệnh nhân nằm viện dưới sáu ngày tăng từ 20% đến 40%.

Đặc tính mong muốn của các đo lường chất lượng

Các đặc tính mong muốn của các chỉ số đo lường chất lượng bao gồm tính thích đáng, có nghĩa hoặc có thể dùng được, dựa trên chứng cứ, tính tin cậy hoặc tính lặp lại, tính giá trị, và tính khả thi.

Tính thích đáng

Đo lường chất lượng phải phù hợp với người sử dụng dịch vụ, nhà cung cấp, bác sĩ lâm sàng, đối tượng chi trả, và chính sách và phải được quan tâm hay có giá trị đối với các bên liên quan và dự án sắp tới.

Dựa trên chứng cứ

Đo lường chất lượng, đặc biệt là những đo lường có liên quan đến các vấn đề lâm sàng, nên dựa trên bằng chứng khoa học. Các chỉ số đo lường cần gắn kết rõ ràng với cấu trúc tổ chức, quy trình hoặc kết quả đầu ra.

Độ tin cậy hoặc tính lặp lại

Độ tin cậy là mức độ mà giá trị đo lường không là một sai số ngẫu nhiên. Các chỉ số đo lường và phương pháp thu thập dữ liệu phải ổn định đủ để minh chứng việc sử dụng các thông tin thu thập được để đưa ra kết luận đánh giá về chất lượng là đáng tin cậy. Cùng quá trình đo lường, sử dụng cùng dữ liệu thu thập được phải cho ra kết quả tương tự khi được thực hiện lặp lại theo thời gian.

Tính giá trị

Tính giá trị của một chỉ số đo lường chất lượng đề cập đến mức độ liên quan giữa kết quả đo lường và cái mà đo lường muốn đo. Một câu hỏi quan trọng cần trả lời là liệu các chỉ số đo lường được lựa chọn để chỉ ra có hay không có chất lượng có thực sự đại diện cho chất lượng chăm sóc bệnh nhân hay không.

Tính khả thi

Biện pháp đo lường chất lượng cần phải thực tế trong quá trình thu thập và phân tích số liệu. Các biện pháp đòi hỏi quá nhiều thời gian, tiền bạc, hay nỗ lực để thu thập có thể không khả thi khi sử dụng.

Nhận định kết quả đo lường chất lượng

Các đo lường dựa trên tiêu chí

Mô hình phù hợp

Có rất nhiều cách để nhận định kết quả đo lường chất lượng. Viện chăm sóc sức khỏe Cải Tiến (IHI) chủ trương cách tiếp cận "tất cả hoặc không có gì" hay còn gọi là *Mô hình phù hợp* để tạo ra thang điểm thành phần. Ví dụ, nếu một bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường dự kiến sẽ có chỉ định xét nghiệm máu, kiểm tra mắt, và thăm khám chân, thiếu một trong các thành phần này sẽ cho kết quả điểm đo lường thành phần thấp về chăm sóc phòng ngừa bệnh đái

tháo đường. Thang điểm này phản ánh tỉ lệ bệnh nhân nhận được tất cả các chỉ định điều trị, chăm sóc dành cho họ.

AHRQ sử dụng Mô hình phù hợp để tạo ra thang điểm thành phần và cái nhìn tổng quan toàn diện về chất lượng chăm sóc điều trị được sử dụng tại Hoa Kỳ.

Nhận định kết quả đo lường chất lượng

Các đo lường thành phần dựa trên mô hình này là một thành phần lớn và ngày càng tăng trong các báo cáo khoa học. AHRQ đã chọn Mô hình phù hợp vì nó phản ánh triết lý mà tất cả bệnh nhân phải nhận được sự chăm sóc đáp ứng với tiêu chuẩn cao về y học chứng cứ.

Mô hình tiêu chuẩn 70%

Một biến số kết quả của phương pháp này đặt ra ngưỡng dưới 100%, thường ở mức 70% (*tiêu chuẩn 70%*). Mặc dù phương pháp tất cả-hoặc-không có gì của Mô hình phù hợp phần đầu cho sự hoàn hảo (và do đó dẫn đến điểm số thấp hơn so với các phương pháp khác sử dụng các số liệu tương tự), cách tiếp cận này và mô hình tiêu chuẩn 70% là nhạy với số lượng các chỉ số đo lường được đưa vào trong phân tích thành phần.

Mô hình cơ hội

Một cách tiếp cận phổ biến khác là *Mô hình cơ hội* mà ở đó số lượng các cơ hội để chăm sóc được tổng kết để tạo ra mẫu số, và số lượng các trường hợp mà chỉ định chăm sóc được tổng kết để tạo ra tử số. Tỷ lệ phần trăm phản ánh tỉ lệ mà tại đó chỉ định chăm sóc được thực hiện không đối lập với một số các hoạt động thích hợp do thiếu sót. Cách tiếp cận này đã được thông qua bởi CMS để thưởng cho các bệnh viện có hiệu suất cao (thông qua việc chi trả cho hiệu suất) tại dự án thí điểm Chất lượng bệnh viện Premier khuyến khích thực hiện trong nội bộ khoa Cưng chiến binh.

NGHIÊN CỨU TÌNH HUỐNG •••

Đo lường tỉ lệ té ngã tại hệ thống Chăm sóc sức khỏe Baylor

Biến số thường được đo bằng nhiều hơn một cách, và phương pháp được lựa chọn nên phụ thuộc vào đối tượng nghiên cứu và mục đích sử dụng. Việc đo lường tỉ lệ té ngã và té ngã gây tổn hại cho người bệnh là một ví dụ điển hình. Bệnh nhân té ngã thường được báo cáo bằng tỷ lệ hay tỷ suất mới mắc hàng tháng, số bệnh nhân bị té ngã chia cho tổng số bệnh nhân, và số lượt té ngã trên 1000 ngày bệnh nhân.

Tuy nhiên, số lượt té ngã mỗi tháng thiếu giá trị tham chiếu. Sự gia tăng số lượt té ngã có thể có liên quan đến sự gia tăng số lượng bệnh nhân, hoặc cũng có thể có liên quan đến tăng số lượt té ngã mặc dù số lượng bệnh nhân giảm. Do đó, nếu thiếu thông tin tham khảo, khó có thể nhận định kết quả này một cách đơn lẻ.

Một phương pháp khác đo lường số lượng bệnh nhân bị té ngã là tính tỷ lệ phần trăm bệnh nhân té ngã trên tổng số người bệnh. Có thể dễ dàng theo dõi sự tăng, giảm trong tỷ lệ phần

trăm, nhưng khó khăn là so sánh điểm chuẩn nội bộ hay bên ngoài. Một bệnh nhân té ngã trong một đơn vị chăm sóc có 10 bệnh nhân khác với một trường hợp té ngã trong một đơn vị có 30 bệnh nhân. Tỷ lệ té ngã là 10% trong khi sau này là 3,33%, tuy nhiên, số lượng té ngã là bằng nhau.

Hình thành các phép đo số lượt té ngã trong vòng 1000 ngày bệnh nhân cho phép so sánh giữa các bệnh viện có số giường bệnh khác nhau và giữa các khoa có số lượng số bệnh nhân khác nhau. Nó cũng cho phép việc so sánh các tần suất với nhau.

Các nhà quản lý, nhà quản trị và các chuyên gia cải tiến chất lượng thường theo dõi bệnh nhân té ngã với một trong các phương pháp trên, nhiều báo cáo té ngã trên 1000 ngày bệnh nhân.

Xu hướng của những con số theo thời gian cho phép đánh giá các chiến lược cải tiến chất lượng. Tuy nhiên, các phương pháp đo trên cung cấp không đầy đủ thông tin phản hồi cho nhân viên y tế, các chuyên gia chăm sóc, như Điều dưỡng, những người đang thực hiện các chiến lược để giảm số của bệnh nhân té ngã.

Một biện pháp đo lường té ngã đơn giản sử dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tại Baylor là số ngày kể từ tai nạn té ngã gần nhất. Đây là một con số dễ hiểu, cả về số lượng và mục tiêu theo dõi: nhằm cải tiến kéo dài con số đó. Trong khi Điều dưỡng không thể thường xuyên cho bạn biết số lượng té ngã tại khoa mình trên 1000 ngày bệnh nhân hoặc mỗi tổng số bệnh nhân trong một tháng, họ có thể sẵn sàng cho bạn số ngày kể từ lần cuối xảy ra té ngã. Baylor thực hiện phép đo này và thấy rằng nhân viên có thể hiểu một cách dễ dàng hơn, để có thể báo cáo, và sử dụng nó để so sánh với điểm chuẩn cho thấy sự thành công của khoa mình.

Điều quan trọng là làm sao để có thể áp dụng phương pháp đo lường phù hợp với người sử dụng. Nếu một biện pháp đo lường không hữu ích, ta nên đặt câu hỏi tại sao nó được đo.

Đánh giá chương trình

Đánh giá chương trình là cần thiết để đo lường tổng thể sự thành công của chương trình hoặc dự án cải tiến chất lượng và thường được tiến hành bằng cách sử dụng hai phương pháp: đánh giá trong quá trình và đánh giá tổng kết cuối quá trình.

Đánh giá trong quá trình

Đánh giá trong quá trình liên quan đến việc kiểm tra thường xuyên các dữ liệu về các hoạt động và cung cấp thông tin phản hồi liên tục về các thành phần của chương trình làm việc và những yêu cầu can thiệp. "Đồ thị" và "Bảng điểm" là những công cụ được sử dụng trong đánh giá theo dõi xu hướng hoạt động cải tiến chất lượng hàng tháng. "Đồ thị" và "Bảng điểm" có thể nhấn mạnh sáng kiến cải tiến chất lượng quan trọng và xác định tiến trình thành

công, do đó cho phép can thiệp kịp thời khi cần thiết. Ví dụ, việc sử dụng một bảng điều khiển cho những chăm sóc đặc biệt có thể sử dụng để báo cáo hàng tháng đồng thời với tỉ lệ viêm phổi liên quan máy thở.

Đánh giá tổng kết

Đánh giá tổng kết là cách chính thức hơn và xảy ra ít thường xuyên hơn so với đánh giá trong quá trình, thường mỗi hàng năm. Trọng tâm là các đo lường và xác định kết quả hoặc hiệu quả của các chương trình cải tiến chất lượng. Các thông tin đánh giá được sử dụng để đưa ra quyết định về chương trình, chẳng hạn như nhu cầu về nguồn lực, đào tạo hoặc cải thiện công cụ giao tiếp.

Đánh giá chương trình có hiệu quả, dù là đánh giá trong quá trình hay tổng kết cuối quá trình, là những đánh giá cung cấp thông tin hành động cho người tham gia và quản lý chương trình. Tổng hợp và sử dụng thông tin thu thập được từ đánh giá chương trình thúc đẩy sự phát triển liên tục các chương trình cải tiến chất lượng

Xu hướng phát triển trong tương lai

Chúng tôi tin rằng đo lường chất lượng như là một môn khoa học trong tương lai, sự thống nhất về của các yếu tố (thành phần trong đo lường) hỗ trợ cho nhu cầu tăng cường sự chặt chẽ trong đo lường chất lượng, bao gồm cả vấn đề cải tiến liên tục trong cung cấp chất lượng chăm sóc bệnh nhân, chi trả tiền cho hiệu suất, và nhận thức ngày càng tăng của người sử dụng dịch vụ. Mong muốn cải thiện tính nghiêm ngặt của đo lường song hành với sự cần thiết phải nâng chất lượng và an toàn trong việc chăm sóc bệnh nhân. Sự thu thập và phân tích các dữ liệu kịp thời thông qua tăng cường sử dụng hệ thống thông tin và sử dụng các công cụ đo lường đáng tin cậy và có giá trị là điều thiết yếu. Đo lường chất lượng nghiêm ngặt thúc đẩy sự phát hiện trong các sáng kiến cải tiến chất lượng tổng thể, mở rộng tính hữu ích của công cụ cho một lượng lớn bệnh nhân.

Chiến lược chi trả theo hiệu suất của CMS sử dụng đo lường chất lượng để thưởng cho các nhà cung ứng dịch vụ y tế, nhân viên y tế đáp ứng các tiêu chuẩn dựa trên bằng chứng trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc bệnh nhân. Bằng việc thưởng cho chất lượng, hy vọng là việc tuân thủ phương pháp điều trị mới sẽ tăng lên và kết quả lâm sàng sẽ được cải thiện. Chương 6 sẽ cung cấp thêm chi tiết về chiến lược lương theo hiệu suất của CMS.

Chúng tôi tin rằng ngoài việc chi trả thêm, người sử dụng dịch vụ y tế cũng sẽ thúc đẩy việc cải tiến đo lường chất lượng. Người sử dụng dịch vụ đang ngày càng quan tâm đến việc chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là họ cho rằng trách nhiệm lớn hơn đối với các chi phí chăm sóc cao hơn, thông qua phí bảo hiểm ngày càng cao, các khoản khấu trừ và đồng chi trả.

Bất cứ điều gì cũng có thể đo được. Làm thế nào để đo lường nó tốt là một vấn đề khác. Thách thức là đo lường nó tốt bằng cách tập trung vào các đo lường cấu trúc tổ chức, quy trình, và kết quả đầu ra sao cho thích đáng, có nghĩa, quan trọng, dựa trên bằng chứng, tin cậy, có giá trị, và khả thi.

Tài liệu tham khảo

1. Scobie S, Thomson R, McNeil J, Philips PA. Measurement of the safety and quality of health care. *MJA*. 2006;184(suppl 10):S51–S55.
2. Codman EA. The end result idea and the product of a hospital: A commentary. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114(11):1105.
3. Donabedian A. The end results of health care: Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. *Milbank Qtrly*. 1989;67(2):233–256.
4. Shewart W. *Economic Control of Quality of Manufactured Product*. New York: D. Van Nostrand Company, Inc.; 1931. (Republished in 1981 by American Society for Quality.)
5. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol 1: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Chicago, IL: Health Administration Press; 1980.
6. Kaplan RS, Norton DP. *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Boston: Harvard Business School Press; 1996.
7. Nelson EC, Mohr JJ, Batalden PB, Plume SK. Improving health care, part 1: The Clinical Value Compass. *Jt Comm J Qual Improv*. 1996;22(4):243–258.
8. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Qtrly*. 1966;44:166–206.
9. Palmer RH. Process-based measures of quality: The need for detailed clinical data in large health care databases. *Ann Int Med*. 1997;127(8 Pt2):733–738.
10. Ranson SB, Maulik SJ, Nash DB. *The Healthcare Quality Book: Vision, Strategy and Tools*. Chicago, IL: Health Administration Press; 2005.
11. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality in health care. *Int J Qual Health Care*. 2001;13(6):475–480.
12. Agency for Healthcare Research and Quality. Evaluation of the AHRQ QI Program. <http://www.ahrq.gov/about/evaluations/qualityindicators/qualindch4.htm>. Accessed September 30, 2007.
13. Resar RK, Rozich JD, Classen D. Methodology and rationale for the measurement of harm with trigger tools. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(suppl 2):39–45.
14. Rozich JD, Haraden DR, Classen D. Adverse drug event trigger tool: A practical methodology for measuring medication related harm. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:194–200.
15. Mohr JJ, Mahoney CC, Nelso ED, Batalden PB, Plume SK. Improving health care, part 3: Clinical benchmarking for best patient care. *Jt Com J Qual Improv*. 1996; 22(9):599–616.
16. Kiefe CI, Weissman NW, Allison JJ, et al. Identifying achievable benchmarks of care: Concepts and methodology. *Int J Qual Health Care*. 1998;10(5):443–447.
17. Nugent WC, Schultz WC, Plume SK, et al. Design an instrument panel to monitor and improve coronary artery bypass grafting. *JCOM*. 1994;1(2):57–64.
18. Institute of Medicine, Committee on the National Quality Report on Health Care Delivery. *Envisioning the National Health Care Quality Report*. Washington, DC: National Academies Press; 2001.

19. National Quality Measures Clearinghouse. Glossary.
[http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/
resources/glossary.aspx](http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/resources/glossary.aspx). Accessed October 14, 2007.
20. Nolan T, Berwick DM. All-or-none measurement raises the bar on performance. *JAMA*. 2006; 295(10):1168–1170.
21. Harrington L, White S. Interview with a quality leader: Mark Chassin, new president of the Joint Commission. *J Healthc Qual*. 2008;30 (1):25–29.

Chương 3. An toàn của bệnh nhân

Philip J. Fracica, MD, MBA, FACP, Sharon Wilson, RN, BS, PMP và Lakshmi P. Chelluri, MD, MPH, CMQ

Dịch: SVD5. Lê Thanh Chi

Hiệu đính: TS.DS. Võ Thị Hà

Tóm tắt nội dung chính

Tai nạn xảy ra là điều khó tránh khỏi. Người lao động trong mọi ngành nghề đều có thể mắc sai lầm. Báo cáo “*Có sai lầm mới là con người*” (*To Err Is Human*) của Viện y tế Mỹ đã nhấn mạnh vấn đề hàng đầu là sai sót trong y khoa và các nguy cơ của nó đối với sự an toàn của bệnh nhân, cũng như các sự cố y khoa có thể phòng ngừa được. Từ việc nhận thức được các tổ chức có độ tin cậy cao (High-reliability organization – HROs) như ngành hàng không và điện hạt nhân cải thiện tính an toàn bằng cách tập trung vào các quy trình tại cơ sở, đã đưa đến việc xem xét kỹ càng hơn các vấn đề tại cơ sở trong chăm sóc sức khỏe. Ngày nay, chúng ta cần tập trung hơn nữa vào việc xây dựng môi trường làm việc công khai để có thể giải quyết vấn đề an toàn từ góc nhìn tổ chức.

Có một lượng lớn công cụ, hệ thống, phương pháp, nguồn lực và các sản phẩm an toàn đối với bệnh nhân hỗ trợ thực hiện khám chữa bệnh một cách an toàn. Các công cụ phân tích có thể cung cấp những đánh giá hữu hiệu để xác định nguyên nhân dẫn đến sai sót. Hiểu được nguyên nhân gây ra sai sót và thất bại hết sức quan trọng, vận dụng hiểu biết đó để thay đổi quy trình có ý nghĩa quyết định để đạt được sự hoàn thiện. Việc thiết kế các hệ thống trong đó con người khó làm sai và dễ làm đúng được xem như là điều cốt lõi để giảm thiểu nguy cơ.

Các phương pháp thích hợp nhằm cải thiện mức độ an toàn và tin cậy của các quy trình rất nhiều, trong đó có thể kể đến một số phương pháp dưới đây (nội dung phương pháp được trình bày chi tiết trong chương này):

- Giảm thiểu sự phụ thuộc vào trí nhớ bằng việc số hoá và các nguồn tham khảo dễ tiếp cận.
- Đơn giản hoá thông qua việc giảm bớt các bước không cần thiết cũng như sự can thiệp của con người trong quy trình.
- Tiêu chuẩn hoá để giảm thiểu chồng chéo, sai khác, dư thừa.
- Áp dụng các quy tắc và nghĩa vụ bắt buộc để loại bỏ hành vi không mong muốn và đảm bảo các hành vi mong muốn.
- Sử dụng các giao thức và quy trình kiểm tra một cách cẩn thận.
- Cải tiến việc truy cập thông tin trong giai đoạn chăm sóc.
- Giảm thiểu sự phụ thuộc vào ý thức cảnh giác bằng cảnh báo tự động và kiểm tra định kỳ.

- Áp dụng việc tự động hoá một cách cẩn trọng để tránh việc hình thành các sai sót mới, sự tự mãn của nhân viên y tế và đảm bảo trách nhiệm cá nhân.

Mục tiêu bài học

Khi hoàn thành chương này, người đọc có thể:

- mô tả lịch sử hình thành và phát triển của việc giải quyết vấn đề an toàn cho bệnh nhân
- bàn luận về một hệ thống nhằm ngăn chặn sai sót
- trình bày các loại sai sót khác nhau có thể đe dọa đến sự an toàn của bệnh nhân
- nhận định các vấn đề trong môi trường làm việc tại cơ sở có thể ảnh hưởng đến việc báo cáo sai sót
- mô tả các quy trình để nhận định và phân tích sai sót
- giải thích được làm việc nhóm và quản lý nhân lực có thể cải thiện an toàn bệnh nhân như thế nào

Lịch sử

Từ thời Hippocrates, mục đích chính của y học đã là cải thiện sức khoẻ của người bệnh hoặc chí ít là không gây hại. Vào thế kỷ 19, các thầy thuốc nhận ra rằng bệnh nhân có thể bị nhiễm bệnh tại chính bệnh viện, Semmelweis đề nghị rửa tay trước khi tiếp xúc với bệnh nhân để giảm nguy cơ sốt hậu sản. Không may thay, 150 năm sau đề nghị của Semmelweis, việc rửa tay vẫn chưa phải là việc phổ biến. Vào đầu thế kỷ 20, Codman đã liệt kê các sai sót do thiếu hiểu biết, thiếu kiến thức chuyên môn, kỹ năng phán đoán, chẩn đoán trong phẫu thuật và thiết bị là nguyên nhân gây ra việc điều trị thất bại. Schimmel đã nghiên cứu các sự cố y khoa trên một nhóm bệnh nhân nội trú vào năm 1964, theo báo cáo của ông, 20% số bệnh nhân tại phòng bệnh gặp phải sự cố y khoa và 6,6% nguy hiểm tính mạng. Từ báo cáo ban đầu của Schimmel, đã có rất nhiều các nghiên cứu chỉ ra rằng các sự cố y khoa chiếm 2-4% các ca nhập viện.

In 1994, Leape đã có một cái nhìn mới về sai sót trong y khoa bằng việc tập trung vào khía cạnh tâm lý trong sai sót và thực hành của con người, ông cho rằng cần thực hiện các thay đổi từ gốc để giảm thiểu sai sót. Việc công luận chú ý đến các sự cố y khoa nổi bật đã góp phần tăng cường nhận thức về vấn đề an toàn trong hệ thống chăm sóc sức khoẻ, thúc đẩy việc ra báo cáo của Viện y học Mỹ – một bước ngoặt trong vấn đề báo cáo sai sót y khoa và an toàn của bệnh nhân.

Gây mê là ví dụ tiêu biểu nhất cho thành công trong nỗ lực đảm bảo an toàn cho bệnh nhân để giảm thiểu sai sót y khoa. Sự tập trung của lĩnh vực gây mê vào việc phát hiện sớm sai sót và ngăn chặn thiệt hại đã góp phần làm giảm số ca tử vong do gây mê từ 3,7/10.000 ca xuống 2/200.000 ca ở bệnh nhân ASA I và II, đây là tỉ lệ ngang với các tổ chức có độ tin cậy cao (HROs) như hàng không phải đạt.

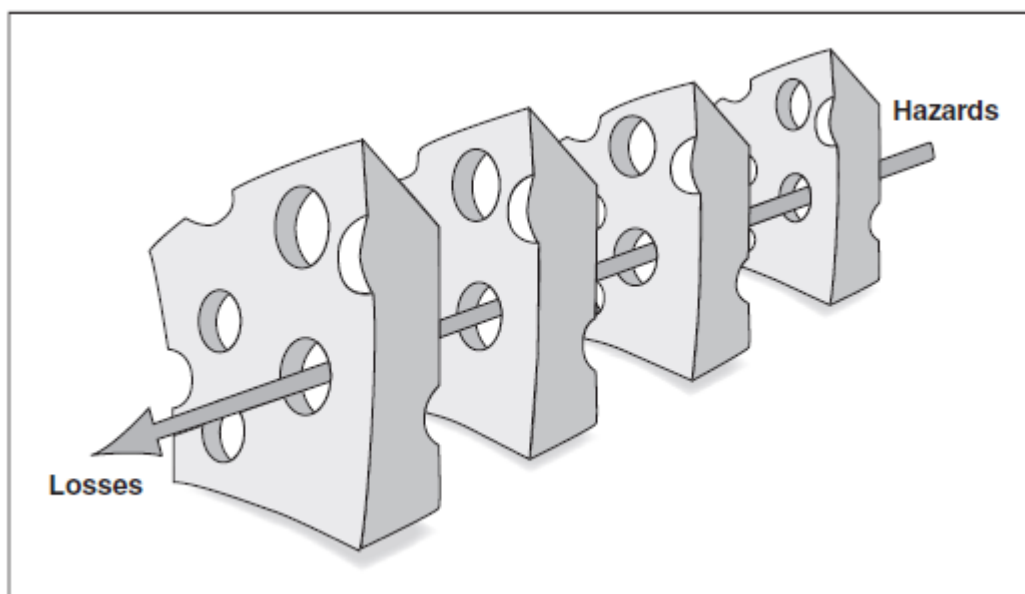
Trong thập niên vừa qua, việc cải thiện an toàn cho bệnh nhân ngày càng được chú trọng. Mặc dù đã có rất nhiều tiến bộ từ việc triển khai báo cáo IOM, vào năm 2004, Altman báo cáo rằng 50% công chúng vẫn quan ngại về vấn đề an toàn trong chăm sóc sức khoẻ và 40% cho rằng chất lượng chăm sóc sức khoẻ ngày càng đi xuống.

Sai sót – Một vấn đề hệ thống

Các nghiên cứu một cách hệ thống về sự cố tại tổ chức giúp chúng ta hiểu được rằng sai sót không xảy ra một cách đơn lẻ mà được định hình từ bản chất của tổ chức sinh ra nó. Điều này cũng giúp cho ta hiểu rõ hơn về việc các tổ chức có thể hoạt động như một hệ thống thích ứng phức tạp và các yếu tố thuộc hệ thống có thể góp phần tạo nên sai sót. Hình ảnh ẩn dụ về thanh kiếm được sử dụng để miêu tả sự phân chia thành 2 loại: bản thân công việc và các quy trình hỗ trợ nó. Trong đó, phần “mũi nhọn” được dùng để chỉ các thành phần trực tiếp đảm nhận công việc và phần “đầu tù” để chỉ các chức năng hỗ trợ công việc.

Các hoạt động không an toàn có thể gây hại trực tiếp hoặc có thể làm giảm khả năng phòng bị sẵn có. Các sai sót này xảy ra ở mũi nhọn và được gọi là *thất bại hiệu lực (active failure)*. Khi sự cố xảy ra, việc xác định thất bại hiệu lực thường khá dễ dàng, đồng thời một hoặc nhiều cá nhân ở vị trí “mũi nhọn” sẽ bị phê bình, công kích. Việc chú ý tới mũi nhọn được gọi là “tiếp cận con người” (person approach), vì nó chú trọng đến việc quy trách nhiệm cho các cá nhân. Vấn đề của cách tiếp cận này là thất bại hiệu lực hầu như không do cố ý và thường không xảy ra một cách ngẫu nhiên.

Sai sót có xu hướng xảy ra theo một hình mẫu lặp đi lặp lại. Quá chú trọng vào sai lầm cá nhân làm chệch sự chú ý khỏi việc “tiếp cận hệ thống” (systems approach) để phát hiện ra nguyên nhân của sai sót. Thất bại hiệu lực của cá nhân thường là triệu chứng của *tình trạng tiềm tàng (latent conditions)* sâu hơn bị bỏ qua. Các ví dụ của tình trạng tiềm tàng bao gồm giám sát và đào tạo kém; thiết kế công việc yếu; thiếu sự phân quyền; quy trình không thực tế hoặc không vận dụng được; không đủ công cụ; và thiết kế, vận hành hệ thống tự động kém hiệu quả. Mỗi nguy cơ tiềm tàng này đều là một lỗ hổng trong hàng rào bảo vệ, tương tự các lỗ khí trên miếng phô mai Thụy Sĩ



Hình 3-1 Mô hình *Phô mai Thụy Sĩ (Swiss cheese)* về rủi ro, phòng ngừa, rào cản và đường đi của sự cố có thể gây hại.

Nguồn: Reason J. The human error. *BMJ*. 2000;320:768–770.

Các nguy cơ tiềm tàng được biểu trưng bằng các lỗ có sẵn trên các lớp. Thất bại hiệu lực có thể được tượng trưng bằng những lỗ mới được tạo ra. Hậu quả nguy hại khi một rủi ro bất kỳ đi theo con đường vàng dọc theo các lỗ trên tất cả các lát xếp thẳng hàng, tạo điều kiện cho rủi ro có thể lọt qua tất cả các hàng rào phòng vệ và dẫn đến sự cố. Đây là một mô hình lý thuyết hữu ích vì nó cho phép chúng ta dễ dàng thấy được tần số rủi ro và số lượng cũng như số lớp hàng rào phòng bị tương thích có thể tương hỗ để sinh ra sự cố. Hầu hết các sự cố xảy ra khi có một sự kết hợp khác thường của nhiều thất bại, khi xét đơn độc thì không đáng chú ý nhưng khi kết hợp lại thì có thể tạo thành hoàn cảnh thích hợp để sự cố xảy ra.

Có rất nhiều cấp độ tạo nên hệ thống chăm sóc y tế, mỗi cấp độ có thể cung cấp một khung tham khảo để nhận diện yếu tố tiềm tàng nguy cơ gây hại đến bệnh nhân (Bảng 3-1).

Nghiên cứu về thất bại hiệu lực cho thấy phần lớn không xảy ra do cẩu thả hay bừa bộn. Hầu hết các sai sót trong chăm sóc y tế là lỗi của các cá nhân giàu năng lực và tận tụy. Có thể xem thất bại hiệu lực là thất bại trong việc đạt được kết quả mong muốn diễn ra khi lựa chọn sai phương án hoặc thực hiện đúng phương án nhưng phương án đó kém hiệu quả. Có thể phân thất bại hiệu lực ra thành thất bại của ba hoạt động thường gặp sau: hoạt động dựa trên kỹ năng, hoạt động dựa trên quy tắc, và hoạt động dựa trên kiến thức.

Hoạt động dựa trên kỹ năng (skill-based activity) có đặc điểm là một công việc quen thuộc, do cá nhân có kinh nghiệm thực hiện. Hoạt động này nhanh, tự động, không đòi hỏi nhiều cố gắng và suy nghĩ. Ví dụ cho hoạt động này là các công việc do các cán bộ có kinh nghiệm đảm nhiệm, có thể kể đến: Ghi nhận dấu hiệu sinh tồn, cấp phát thuốc, sắp xếp hàng hoá. Thất bại hiệu lực của hoạt động dựa trên kỹ năng được gọi là *thất bại trong thi hành (failures of execution)*. Một đối tượng dự định thực hiện công việc một cách chính xác nhưng lại không làm như dự định một cách vô thức. Trên đường đi làm về, nếu bạn quên mất việc phải ghé qua một địa điểm ngày thường không hay đến mà về thẳng nhà thì bạn đã trải nghiệm thất bại do hoạt động dựa trên kỹ năng rồi đấy. Trượt ngã, nhầm lẫn, bỏ sót, lặp lại và lẫn lộn là các ví dụ của thất bại hiệu lực trong hoạt động dựa trên kỹ năng. Thói quen là một trong những yếu tố quan trọng dẫn đến các sai sót này. Khi thiếu sự tập trung, tự nhiên, mỗi cá nhân sẽ có xu hướng hành động theo thói quen của mình.

Hoạt động dựa trên quy tắc (rule-based activity) có thể được hoàn thành bằng cách chia công việc ra thành một nhóm các quy tắc “nếu-thì”. Lỗi lầm (*mistakes*) là các sai sót có liên quan đến dự định hoặc kế hoạch sai và là nguyên nhân của các thất bại hiệu lực của các hoạt động

dựa trên quy tắc và kiến thức. Việc chọn một kế hoạch sai có thể là kết quả của việc sử dụng một quy tắc không tốt, việc áp dụng không đúng một quy tắc tốt hoặc việc bỏ qua các quy tắc khác có liên quan.

Các quy trình phức tạp, như xây dựng kế hoạch chẩn đoán điều trị, được hạ xuống thành việc áp dụng các quy tắc phù hợp và dẫn đến lỗi lầm do thất bại của hoạt động dựa trên quy tắc. Ví dụ, sử dụng phác đồ theo kinh nghiệm trong điều trị viêm phổi cộng đồng cho bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch là một thất bại của hoạt động dựa trên quy tắc. Khi kiến thức y học ngày càng phát triển, nhiều quy trình được thẩm định, nhiều hoạt động dựa trên kiến thức từng bước trở thành hoạt động dựa trên quy tắc. Các “*hệ thống chuyên khoa được vi tính hoá*” (*computerized expert systems*) sử dụng các hệ thống quy tắc tương tác và thuật toán phức tạp để giải quyết các tình huống lâm sàng khó sẽ dần xoá nhòa ranh giới giữa hoạt động dựa trên kiến thức và hoạt động dựa trên quy tắc.

Hoạt động dựa trên kiến thức (knowledge-based activity) xảy ra khi có công việc mới. Nó có xu hướng tiến hành chậm hơn, đòi hỏi nhiều suy luận, nỗ lực và nhận thức. Không thể đạt được kết quả của hoạt động dựa trên kiến thức bằng việc áp dụng quy tắc một cách máy móc. Thất bại trong việc đưa ra chẩn đoán và phác đồ điều trị chính xác cho một ca bệnh phức tạp là ví dụ cho thất bại của hoạt động dựa trên kiến thức.

Bảng 3.1 Các nhóm yếu tố ảnh hưởng đến thực hành lâm sàng và góp phần gây ra sự cố

Nhóm	Yếu tố	Ví dụ về các vấn đề góp phần gây sai sót
Cơ chế	<ul style="list-style-type: none"> Bối cảnh luật pháp Môi trường pháp lý về y tế 	Các vấn đề về an toàn không được các cấp quản lý ưu tiên; các vấn đề không được pháp luật cho phép thảo luận công khai, dẫn đến các sự cố không được rút kinh nghiệm
Tổ chức và quản lý	<ul style="list-style-type: none"> Nguồn lực và rào cản tài chính Tiêu chuẩn và mục đích của chính sách Ý thức về an toàn và các ưu tiên 	Các bậc quản lý cao cấp thiếu chú trọng đến vấn đề an toàn; chính sách không phù hợp dẫn đến thiếu sự phân cấp nhân sự
Môi trường làm việc	<ul style="list-style-type: none"> Các cấp nhân sự và hỗn hợp các kỹ năng Phân chia khối lượng công việc và ca trực Thiết kế, bảo trì và hiệu lực của thiết bị Sự hỗ trợ về hành chính và quản lý 	Khối lượng công việc lớn dẫn đến kiệt sức; khó tiếp cận các thiết bị thiết yếu; thiếu sự hỗ trợ hành chính dẫn đến giảm thời gian tiếp xúc bệnh nhân
Nhóm	<ul style="list-style-type: none"> Giao tiếp bằng lời nói Giao tiếp bằng văn bản Giám sát và tinh thần tương trợ Khả năng lãnh đạo nhóm 	Giám sát nhân viên cấp dưới không sát sao; giao tiếp kém hiệu quả giữa các chuyên khoa; nhân viên cấp thấp ngại xin hỗ trợ
Từng cá nhân nhân viên	<ul style="list-style-type: none"> Kiến thức và kỹ năng Thái độ và nỗ lực Sức khỏe thể chất và tinh thần 	Thiếu kiến thức và kinh nghiệm; kiệt sức và căng thẳng kéo dài
Công việc	<ul style="list-style-type: none"> Tính sẵn có và việc sử dụng các hướng dẫn Tính sẵn có và độ chính xác của kết quả xét nghiệm 	Không có hoặc chậm có kết quả xét nghiệm; thiếu hướng dẫn và phác đồ rõ ràng
Bệnh nhân	<ul style="list-style-type: none"> Mức độ phức tạp và nghiêm trọng của tình trạng bệnh Ngôn ngữ và khả năng giao 	Tình trạng nguy kịch; rào cản ngôn ngữ giữa bệnh nhân và nhân viên y tế

tiếp

- Tính cách và bối cảnh xã hội

Nguồn: Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *NEJM*. 2003; 348:1051–1056. © 2003 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

Yếu tố con người dẫn đến sai sót

Các giới hạn sẵn có của khả năng con người, được gọi là *yếu tố con người*, góp phần gây ra sai sót. Việc hiểu rõ các yếu tố con người rất cần thiết để nhận diện gốc rễ của nguyên nhân tạo thành sai sót và hỗ trợ việc thiết kế những hệ thống có thể hạn chế sai sót. Chiến lược để giảm thiểu thất bại của hoạt động dựa trên kỹ năng bao gồm việc thiết kế được luồng công việc có thể giảm bớt sự gián đoạn và sao nhãng trong công việc, việc sử dụng các bản kiểm tra, các quy định bắt buộc, sự tự động hoá. Yếu tố con người là yếu tố quyết định sai sót do kỹ năng đồng thời ảnh hưởng đến nhiều khả năng giải quyết vấn đề dựa trên kiến thức phức tạp. Ví dụ như tính bảo thủ chẳng hạn, khuynh hướng thường thấy là ưu tiên chọn quyết định được đưa ra ở lần đầu tiên thay vì các giải pháp có tiềm năng hơn, từ đó chỉ lọc ra các dữ liệu củng cố lựa chọn đó. Một khi bác sĩ đã có chẩn đoán thăm dò (kể cả khi chẩn đoán đó không chính xác), họ sẽ có xu hướng nhấn mạnh các thông tin củng cố cho chẩn đoán đó và hạn chế tối đa các dữ liệu trái chiều. Để ngăn ngừa tính bảo thủ, tốt hơn hết là phải có 2 cá nhân độc lập tính toán và theo dõi, sau đó so sánh kết quả thay vì chỉ có một cá nhân làm và một người khác kiểm tra.

Kiệt sức

Mặc dù, việc các nhân viên y tế phải làm việc hàng giờ liền là hết sức phổ biến, ảnh hưởng của việc thiếu ngủ lên sai sót được quan tâm nhiều hơn sau cái chết của Libby Zion.

TÌNH HUỐNG

Cái chết của Libby Zion

Libby Zion, nữ, 18 tuổi, được đưa vào một bệnh viện ở New York với tình trạng sốt và lơ mơ, tử vong trong vòng 24 giờ sau đó. Bố của cô, nhà báo Sidney Zion, cho rằng, việc kíp trực thiếu giám sát, phải làm việc thời gian dài và công việc quá tải đã dẫn đến sai sót trong cấp cứu con gái ông và cái chết của cô. Từ sự kiện này, Ủy ban Hồi Chuông đã được thành lập để xem xét sự việc và đề xuất cải tiến. Mặc dù Ủy ban báo cáo rằng cả việc giám sát và thời gian làm việc kéo dài đều là nguyên nhân nhưng công luận quan tâm đến thời gian làm việc hơn. Vì thế, bang New York đã ra lệnh thay đổi thời gian làm việc của bác sĩ nội trú vào năm 1989. Giới hạn thời gian làm việc đã được Hội đồng Kiểm định Giáo dục Y khoa sau đại học (Accreditation Council on Graduate Medical Education - ACGME) thông qua vào năm 2003.

Những thay đổi này đã gây tranh cãi trong cộng đồng y khoa vì nhiều lý do: cần bàn giao nhiều hơn mà bản thân việc này có thể gây ra thêm sai sót, thiếu các dữ liệu thuyết phục chứng minh ca làm việc kéo dài ảnh hưởng xấu đến việc chăm sóc bệnh nhân, và mối

quan ngại về việc thiếu chuyên môn nghiệp vụ. Tuy nhiên, hầu hết các chương trình đào tạo đều tự động áp dụng các thay đổi vì lo sợ sẽ bị mất chứng nhận và vi phạm quy định của chính quyền.

Nhân viên y tế phải chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố khiến họ dễ dàng bị kiệt sức. Có thể kể đến như lịch làm việc khác thường (làm theo ca, làm ca đêm); việc tiếp xúc và chịu trách nhiệm cho các bệnh nhân mắc bệnh cấp tính, tình trạng luôn đề cao cảnh giác; áp lực công việc, tình trạng thiếu ngủ và kiệt sức.

Mất ngủ và rối loạn nhịp sinh hoạt thường nhật đã được chứng minh có thể ảnh hưởng đến công việc. Dawson báo cáo rằng hiệu quả làm việc của một người không ngủ 24 giờ tương đương với một người có nồng độ cồn 0,1%. Mất ngủ và kiệt sức sẽ dẫn đến trầm uất, nổi nóng, lo lắng, khó chịu và giảm chức năng tâm thần. Mất ngủ cũng gây ra tình trạng ngủ nhỏ giọt, người mắc tình trạng này thường ngủ gật trong vài giây mà không ý thức được. Những quãng ngủ ngắn này làm gia tăng khả năng mắc sai sót.

Làm việc theo ca tăng nguy cơ kiệt sức vì việc nghỉ ngơi không đầy đủ giữa các ca làm việc làm giảm khả năng thích ứng của cơ thể đối với việc thay đổi ca làm việc giữa ngày và đêm. Hai giai đoạn nguy hiểm nhất trong ngày là vào giữa buổi chiều (tầm 15 giờ) và sớm tinh mơ (khoảng 3 giờ sáng). Đồng thời, những ca trực dài hơn 12 tiếng và tuần làm việc nhiều hơn 40 tiếng cũng là các yếu tố nguy cơ dẫn đến kiệt sức và sai sót. Tác động của kiệt sức sẽ tích lũy lại nếu không nghỉ ngơi đầy đủ, hậu quả là kiệt sức kéo dài. Trong những năm qua, nhiều can thiệp đã được áp dụng để đánh giá tình trạng kiệt sức ở nhân viên y tế, đặc biệt là ở bác sĩ tập sự. Các can thiệp này bao gồm giới hạn thời gian trực và điều chỉnh thời khoá biểu nhằm đảm bảo việc nghỉ ngơi giữa các khoảng thời gian chờ, đề nghị chợp mắt giữa các ca, sử dụng chất kích thích, hạn chế làm hai ca liên đối với điều dưỡng, chiếu sáng đầy đủ, hỗ trợ xây dựng thói quen ngủ khoẻ mạnh, chuẩn hoá quy trình, đơn giản hoá công việc. Cần nhiều nghiên cứu hơn nữa về hiệu quả của các thiệp nhằm giảm thiểu mệt mỏi và sai sót y khoa.

Sai sót trong sử dụng thuốc

Các dược chất hiện đại là những chất có khả năng biến đổi mạnh các quá trình sinh lý trong cơ thể. Nếu được sử dụng một cách tối ưu, tác động của những chất này có thể cải thiện đáng kể tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở bệnh nhân. Tuy nhiên, thất bại trong việc sử dụng thuốc sẽ gây ra những tác hại khôn lường. *Một sai sót trong sử dụng thuốc* được hiểu là bất kỳ sai sót nào xảy ra trong suốt quá trình điều trị bằng thuốc. Để có thể hiểu một cách tường tận quan hệ giữa quá trình sử dụng thuốc và an toàn của bệnh nhân, chúng ta cần phải nắm được các thuật ngữ liên quan sau.

Biến cố có hại của thuốc (adverse drug event – ADE) là một phản ứng của thuốc mà không dự đoán được và gây nguy hiểm. Một số tác dụng có hại của thuốc là hậu quả của sai sót trong sử dụng thuốc và được xem là các *biến cố có hại của thuốc có thể ngăn ngừa được*. Vì mỗi cá nhân đều khác nhau nên việc dự đoán chính xác kết quả sử dụng một thuốc bất kỳ là nhiệm vụ bất khả thi. Ví dụ, một bệnh nhân không có tiền sử mẫn cảm với thuốc và không có phản ứng đặc ứng nào với thuốc vẫn có thể bị dị ứng thuốc. *Phản ứng có hại của thuốc* đồng nghĩa với khái niệm *biến cố có hại của thuốc không thể ngăn ngừa được*.

Sai sót trong sử dụng thuốc có thể được phân loại theo các giai đoạn quy trình mà sai sót xuất hiện.

Sai sót trong kê đơn (prescribing errors) liên quan đến việc đánh giá bệnh nhân, đưa ra quyết định lâm sàng, lựa chọn thuốc, khoảng liều và thời gian sử dụng liệu pháp, việc ghi chép các quyết định, việc ra quyết định điều trị hay kê đơn. Mặc dù việc kê đơn là trách nhiệm của bác sĩ hoặc các nhân viên y tế có chuyên môn cao khác, sai sót trong kê đơn có thể là hậu quả của một vấn đề thuộc hệ thống như chậm trễ cung cấp các thông tin liên quan đến tiền sử dị ứng thuốc của bệnh nhân. Sai sót trong kê đơn bao gồm thất bại trong lựa chọn phác đồ điều trị hợp lý, thuốc được chỉ định không hiệu quả, thất bại trong việc tính toán liều dùng chính xác, không lường trước được tương tác giữa thuốc – thuốc, thuốc – thức ăn, tình trạng bệnh trầm trọng hoặc tình trạng quá mẫn cảm với thuốc. Sai sót trong kê đơn cũng có thể xảy ra do đơn thuốc không rõ ràng, gây ra tình trạng khó hiểu hoặc hiểu sai. Chữ viết cẩu thả hoặc sử dụng quá nhiều từ viết tắt trong đơn là những nguyên nhân thường gặp gây ra sai sót trị liệu trong bước kê đơn. Sai sót trong kê đơn có thể do khoa dược, điều dưỡng hoặc một thành viên của đội ngũ điều trị phát hiện ra, từ đó đưa ra can thiệp để kịp thời ngăn chặn sự cố.

Sai sót trong sao chép đơn thuốc (transcription errors) diễn ra trong môi trường bệnh viện khi thuốc được bác sĩ kê trong bệnh án của bệnh nhân không trùng khớp với hồ sơ sử dụng thuốc được dùng trong quản lý và lưu trữ việc sử dụng thuốc. Sai sót trong sao chép đơn thuốc xảy ra khi đơn thuốc viết tay của bác sĩ không được sao chép chính xác vào hệ thống lưu trữ của khoa dược. Quy trình sao chép thường bao gồm việc chuyển đơn thuốc cho khoa dược. Đơn thuốc có thể được chuyển đi bằng giấy tờ gửi trực tiếp hoặc hệ thống liên lạc điện tử hoặc điện thoại, fax, scan. Khi đến nơi, đơn thuốc sẽ được sao chép vào hệ thống thông tin của khoa dược và đồng bộ hoá với hồ sơ sử dụng thuốc của điều dưỡng. Sai sót trong sao chép đơn thuốc có thể tương đương cho thất bại trong cả việc kê đơn và sao chép đơn. Đơn thuốc không rõ ràng là sai sót trong kê đơn, còn thất bại trong việc nhận diện hoặc làm sáng tỏ một đơn thuốc mơ hồ là sai sót trong sao chép đơn. Nguy cơ xảy ra sai sót trong sao chép đơn thuốc càng tăng lên nếu đơn thuốc được truyền đạt bằng miệng hoặc qua điện thoại.

Sai sót trong cấp phát (dispensing errors) bao gồm sai sót trong quá trình pha chế hoặc trộn lẫn thuốc, chuyển phát thuốc từ kho đến tay bệnh nhân, kiểm tra, dán nhãn và những công việc giấy tờ khác. Quy trình cấp phát thường do nhân viên khoa dược thực hiện. Tại bệnh viện, sai sót trong cấp phát xảy ra khi nhân viên khoa dược cấp phát thuốc không đúng với chỉ định. Đối với bệnh nhân ngoại trú, sai sót trong cấp phát diễn ra nếu thuốc được cấp phát khác với đơn thuốc. Sai sót có thể là hậu quả của việc nhầm lẫn giữa các thuốc tên trùng nhau hoặc nhìn giống nhau (thuốc nhìn giống nhau hay đọc giống nhau).

Sai sót trong dùng thuốc (administration errors) liên quan đến việc đưa thuốc vào cơ thể bệnh nhân. Thuốc có thể do điều dưỡng, người chăm sóc hoặc tự bệnh nhân dùng. Việc dùng thuốc tùy thuộc vào chỉ định hoặc hướng dẫn, như dạng dùng, liều dùng, việc dùng thuốc chính xác phải đúng đường dùng và cách dùng. Sai sót trong dùng thuốc bao gồm bỏ liều, lặp liều, dùng thuốc sai thời điểm, dùng thuốc không được chỉ định, dùng thuốc không đúng số

lượng, không đúng đường dùng. Dùng thuốc qua đường truyền tĩnh mạch càng có nhiều nguy cơ nếu tốc độ truyền không hợp lý.

Sai sót trong theo dõi (monitoring errors) liên quan đến việc đánh giá hiệu quả của phác đồ điều trị và khả năng nhận diện các hậu quả khó lường trước được. Việc theo dõi có thể do bệnh nhân hoặc nhân viên y tế thực hiện. Trong bất kỳ trường hợp nào đều phải lưu trữ và phản hồi lại với bác sĩ điều trị nhằm tối ưu hoá phác đồ. Sai sót trong theo dõi bao gồm không nhận ra được rằng hiệu quả không như mong đợi cũng như các tác dụng có hại do thuốc gây ra.

Các mức độ sai sót trong sử dụng thuốc được liệt kê ở Bảng 3-2

Bảng 3.2 Mức độ và trách nhiệm đối với sai sót trong sử dụng thuốc

Quy trình	Tần số	Bác sĩ	Khoa dược	Điều dưỡng
Kê đơn	56	+++	+	+/-
Sao chép	6	+	+++	-
Cấp phát	4	-	+++	-
Dùng thuốc	34	-	-	+++

Bates' frequency data adapted from: Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, et al. Systems analysis of adverse drug events: ADE Prevention Study Group. JAMA. 1995;274:35–43

Đánh giá sai sót trong sử dụng thuốc

Rất khó có thể xác định một cách chính xác tính phổ biến cũng như ý nghĩa của sai sót trong sử dụng thuốc (ME) và biến cố có hại của thuốc (ADE). Tùy theo biện pháp sử dụng để phát hiện và ghi nhận mà các phép đánh giá có sự biến thiên. Các nhân viên y tế được khuyến khích tự mình báo cáo các sai sót trong sử dụng thuốc dựa trên các mẫu báo cáo viết tay hoặc báo cáo sự cố. Quan sát trực tiếp việc dùng thuốc, so sánh với chỉ định của bác sĩ sẽ cho chúng ta những đánh giá chính xác và sâu sát hơn về tỷ lệ sai sót trong sử dụng thuốc. Phương pháp quan sát trực tiếp đôi lúc không thực tế vì cần nhiều nguồn lực và phụ thuộc vào nguồn quan sát viên đã qua đào tạo.

Dù các phương thức báo cáo ADE khác nhau vẫn cho ra các xu hướng giống nhau. Các sai sót do nhân viên tự báo cáo chiếm tỷ lệ thấp. Việc xem xét bệnh án được lựa chọn ngẫu nhiên do các chuyên gia thực hiện để phát hiện ADE nhìn chung cho tỷ lệ cao nhất, tuy nhiên các nguồn lực cần cho việc phân tích bệnh án đã giới hạn việc sử dụng phương pháp này một cách rộng rãi. Việc sử dụng *các công cụ kích hoạt (trigger tools)* để xem xét đầy đủ bệnh án nhằm đưa ra đánh giá toàn diện đã được chứng minh là hiệu quả và tiện dụng. Phương pháp này được miêu tả chi tiết trong Chương 2.

Các sai sót trong sử dụng thuốc thường xảy ra nhiều nhất trong quá trình kê đơn và dùng thuốc. Tỷ lệ gặp sai sót trong kê đơn là 15 đến 1.400 sai sót cho mỗi 1.000 ca nhập viện. Sai

sót trong kê đơn cũng được ghi nhận dưới dạng khái niệm số sai sót trên 1.000 y lệnh, với tỷ lệ từ 0,5 đến 50 sai sót trên 1.000 y lệnh trong bệnh viện. Sai sót trong dùng thuốc là sai sót phổ biến nhất, với tỷ lệ xảy ra là từ 3-11% các liều. Nếu xét đến số liều thuốc bệnh nhân sử dụng trung bình khi vào viện thì rõ ràng là hầu hết bệnh nhân nội trú đều có khả năng gặp phải ít nhất 1 sai sót trong suốt quá trình họ nằm viện. Sai sót trong dùng thuốc của các đối tượng sống tại các nhà an dưỡng xảy ra với tỷ lệ cao gấp đôi đối tượng bệnh nhân nội trú.

May mắn là nhiều sai sót trong sử dụng thuốc không gây ra các hậu quả nghiêm trọng đối với bệnh nhân. Các trường hợp ADE có thể ngăn ngừa được chiếm 1-2 vụ trong 100 ca nhập viện hoặc 3-6 vụ trên 1.000 ngày nằm viện. Sai sót trong sử dụng thuốc chiếm khoảng 25-50% trên toàn bộ ADE xảy ra trong điều kiện nội trú, không tính các bệnh nhân tại các nhà an dưỡng. Sai sót trong kê đơn và trong dùng thuốc luôn là nguyên nhân thường gặp nhất của ADE có thể ngăn ngừa được, chiếm tổng cộng khoảng ¾ toàn bộ trường hợp.

Thiếu thông tin, bao gồm thiếu kiến thức về thuốc và thông tin về bệnh nhân là những nguyên nhân hệ thống chính của sai sót trong sử dụng thuốc.

Các chiến lược nhằm ngăn ngừa sai sót trong sử dụng thuốc

Can thiệp hệ thống một cách hiệu quả: Thói quen *viết kèm chỉ dẫn sử dụng trong đơn thuốc* là một biện pháp quan trọng để phòng ngừa nguy cơ hiểu sai đơn thuốc. Biện pháp này có thể giúp các nhân viên khoa dược không hiểu sai khi tên thuốc không được viết rõ ràng. Đồng thời, việc này cũng giúp nhân viên khoa dược sớm phát hiện được nếu bác sĩ lẫn lộn giữa hai tên thuốc hoặc chỉ định sai thuốc do sơ suất, nhầm lẫn hoặc thiếu kiến thức dược. Khi bác sĩ chỉ định ngoài hướng dẫn (off-label) gây hiểu lầm như là một sai sót kê đơn, thì cần gọi cho bác sĩ để khẳng định lại chỉ định. Khi những hàng rào bảo vệ càng chặt chẽ, các sai sót sẽ bị ngăn cản hay trì hoãn. Thiết kế những rào cản để tối ưu an toàn mà không cản trở hiệu quả vẫn là một thách thức chính trong tương lai gần.

Sự cẩn trọng tỉ mỉ trong việc dán nhãn, lưu trữ và sắp xếp các thuốc nhìn giống nhau hay đọc giống nhau sẽ góp phần ngăn ngừa khả năng lẫn lộn trong toàn bộ quy trình. Việc ghi nhãn thuốc bằng chữ in hoa nhằm nhấn mạnh sự khác biệt giữa các thuốc đọc giống nhau là một biện pháp hữu hiệu giúp giảm thiểu sai sót trong quá trình cấp phát.

Việc xây dựng danh mục thuốc chuẩn hóa giảm bớt số lượng thuốc sử dụng trong các cơ sở chăm sóc sức khỏe. Việc chuẩn hóa này giúp cho cán bộ y tế dễ dàng nhớ các thuốc được sử dụng, từ đó, giúp mọi người liên quan đến việc sao chép chỉ định và cấp phát thuốc ít mắc sai sót hơn. Có thể thúc đẩy hơn nữa lợi ích của một danh mục thuốc chuẩn hóa thông qua việc ứng dụng các quy chế (protocol) và các bộ ra y lệnh tiêu chuẩn hóa trong quản lý thuốc (ví dụ: protocol chuẩn sử dụng heparin hay protocol chuẩn sử dụng insulin). Dù vậy, khi bệnh nhân xuất viện, nếu phải đổi thuốc do kế hoạch sử dụng thuốc thay đổi cho phù hợp tình trạng bệnh nhân hay thuốc generic có ngoại hình khác biệt, thì vẫn có khả năng tồn tại các vấn đề về an toàn cần được xem xét.

Việc sử dụng dịch truyền tĩnh mạch có nồng độ chuẩn hoá có thể làm giảm sai sót trong cấp phát và dùng thuốc. Tương tự, hệ thống ra y lệnh (*computerized physician order entry - CPOE*) cũng giảm bớt sai sót trong giai đoạn kê đơn và loại bỏ sai sót do sao chép vì bác sĩ có thể ra chỉ định trực tiếp đến hệ thống thông tin của khoa dược. Những biện pháp này khi được sử dụng kết hợp sẽ càng hiệu quả hơn.

Đối chiếu sử dụng thuốc (Medication Reconciliation): Đối chiếu sử dụng thuốc là một quá trình thúc đẩy việc xem xét, đánh giá và ghi nhận danh sách thuốc bệnh nhân sử dụng một cách chính xác và đầy đủ nhất. Nếu việc hợp tác này diễn ra một cách tốt đẹp sẽ giúp ngăn ngừa khả năng chỉ định thiếu sót, phát hiện sớm tương tác thuốc (dược liệu và thuốc không kê đơn), và ngăn chặn sử dụng thuốc trùng lặp. Việc có đầy đủ thông tin cụ thể liên quan đến bệnh nhân và thông tin thuốc (như tuổi tác, chức năng gan thận) khi bác sĩ ra chỉ định cũng giúp ngăn ngừa sai sót. Chữ viết không rõ ràng hoặc sai sót khi dùng từ viết tắt là những nguyên nhân phổ biến gây ra sai sót trong giai đoạn kê đơn.

Hệ thống ra y lệnh điện tử (Computerized Physician Order Entry – CPOE) cho phép bác sĩ ra chỉ định thuốc hoặc đơn thuốc thông qua một hệ thống máy tính (xem thêm tại Chương 5 – Công nghệ thông tin). Ngoài việc giải quyết vấn đề đơn thuốc không rõ ràng và khả năng hiểu sai đơn thuốc ra, hệ thống tự động còn chứa các thông tin có liên quan của bệnh nhân và có thể cảnh báo ngay cho bác sĩ khi đang kê đơn. Mặc dù CPOE hứa hẹn sẽ giảm thiểu và loại bỏ nhiều sai sót còn tồn tại hiện nay, công nghệ này đòi hỏi phải thiết kế lại một quy trình phức tạp, vì thế có thể gây ra những sự cố mới dù nó giảm bớt và loại bỏ các sai sót hiện tại. Những vấn đề tiềm tàng liên quan đến hệ thống CPOE bao gồm khó khăn trong việc xác định độ nhạy của hệ thống cảnh báo. Nếu hệ thống phát cảnh báo ngay khi nguy cơ gây hại của một chỉ định là rất thấp thì hệ thống sẽ có độ nhạy cao (ít khả năng bỏ sót sai sót) nhưng lại có độ chính xác thấp (báo động nhầm nhiều). Nếu có quá nhiều cảnh báo, bác sĩ dần dần sẽ phớt lờ và bỏ qua cảnh báo.

Hệ thống dược khoa tự động hóa (Automated Pharmacy Systems): Một hệ thống tương tự CPOE gần đây được các dược sĩ sử dụng trong giai đoạn sao chép và cấp phát thuốc. Dược sĩ sẽ thông báo cho bác sĩ khi phát hiện nguy cơ sai sót trong chỉ định. Phần cốt lõi của quy trình cấp phát thuốc liên quan đến quá trình thuốc đi từ kho đến khi vào bao bì ra lẻ. Đối với thuốc cho bệnh nhân ngoại trú, cấp phát thuốc liên quan đến việc ra lẻ thuốc từ chai lọ lớn sang hộp chứa thuốc sử dụng trong vài ngày. Đối với bệnh nhân nội trú, quy trình này liên quan đến việc đưa đúng thuốc đến từng khoa phòng. Đối với những thuốc đường tĩnh mạch, việc pha trộn dịch truyền là phần trọng yếu của quy trình cấp phát. Sử dụng các dung dịch pha chế có sẵn và chuẩn hoá nồng độ của các thuốc tiêm truyền sẽ giúp giảm thiểu sai sót.

Việc phát triển các công cụ tự động để cấp phát thuốc từ kho dược và các thiết bị pha chế dịch truyền tự động đã góp phần cách mạng hoá việc cấp phát. Nhiều hệ thống máy móc cấp phát tiên tiến hơn như các xe tự hành có thể chuyên chở thuốc đến các đơn vị cấp phát tự động. Một yêu cầu quan trọng cho hệ thống cấp phát tự động là việc dán nhãn từng liều thuốc sao cho hợp lý để hệ thống có thể dễ dàng nhận diện, ví dụ như sử dụng mã vạch. Vì các công

ty được phẩm không thể kết hợp nhận diện bằng mã vạch tiêu chuẩn vào bao bì thuốc của mình nên cần bổ sung các máy móc tự động đóng gói lại thuốc theo liều có kèm theo mã vạch nhận diện để phát huy tính tự động của hệ thống cấp phát.

Kiểm tra kép vì an toàn: Dùng thuốc là giai đoạn xảy ra rất nhiều sai sót khó ngăn chặn và phát hiện. Các sai sót này bao gồm dùng sai thuốc hay sai liều lượng vào sai thời gian cũng như bỏ liều hoặc lặp liều. Bệnh nhân cũng có thể bị nhận nhầm thuốc của người khác. Một số thuốc nguy cơ cao thường được một điều dưỡng khác kiểm tra lại trước khi cho bệnh nhân dùng. Tuy nhiên biện pháp này rất dễ xảy ra sai lầm khó tránh khỏi vì quy trình kiểm lại đòi hỏi sự tập trung chú ý cao độ trong một thời gian dài.

Hệ thống ngăn ngừa lỗi: Công nghệ nhằm ngăn ngừa tình trạng không an toàn xảy ra được gọi là hệ thống ngăn ngừa lỗi. Ví dụ điển hình của phương pháp hạn chế rủi ro này là kỹ thuật tiêm truyền. Thuốc dùng cho đường tiêm truyền tĩnh mạch mang nhiều nguy cơ hơn. Nếu truyền quá nhanh, sẽ xảy ra quá liều. Sai sót trong tính toán tốc độ truyền từ nồng độ thuốc đã được đề cập nhiều, nhất là các thuốc được tính liều dựa trên trọng lượng bệnh nhân. Vì bơm dịch truyền lúc nào cũng ở ngay cạnh giường bệnh nhân nên nhiều sai sót đã xảy ra khi bệnh nhân vô tình thay đổi thông số của bơm. Các biện pháp ngăn ngừa sai sót trong sử dụng thuốc qua đường tĩnh mạch bao gồm hạn chế lượng thuốc trong dụng cụ chứa và đưa các tính năng an toàn vào thiết kế của bơm. Các tính năng an toàn tiêu chuẩn của máy bơm dịch truyền bao gồm thiết kế không cho chảy tự do và cơ chế khoá để ngăn ngừa việc tự ý can thiệp vào bơm. Các tính năng an toàn tối tân hơn có thể kể đến công nghệ bơm thông minh. Bơm thông minh có chứa một bộ vi xử lý được lập trình sẵn giới hạn liều tối đa của các thuốc được tiêm truyền. Khi dịch truyền được đưa vào bơm, điều dưỡng cần phải khai báo tên thuốc và nồng độ. Nếu cài đặt tốc độ truyền lớn hơn giới hạn tối đa của loại thuốc đó thì bơm sẽ tự động cảnh báo đồng thời không thực hiện tiêm truyền theo tốc độ quá lớn đã cài đặt.

Trao quyền cho bệnh nhân: Bệnh nhân và gia đình có thể góp phần ngăn ngừa sai sót khi dùng thuốc bằng cách đặt câu hỏi về thuốc cũng như lý do họ được chỉ định thuốc đó. Ngoài ra, cần khuyến khích họ khai báo tất cả các loại thuốc sử dụng. Việc hợp tác của bệnh nhân đặc biệt hữu ích trong việc ngăn ngừa dị ứng và khả năng gián đoạn sử dụng các thuốc điều trị tình trạng mãn tính ở bệnh nhân.

Các rủi ro thường gặp đối với an toàn của bệnh nhân

Phương pháp xâm lấn

Phẫu thuật và các phương pháp xâm lấn khác tiềm ẩn rất nhiều rủi ro. Nhiều rủi ro trong đó phụ thuộc vào tay nghề chuyên môn của bác sĩ hoặc nhóm đảm nhiệm, rất khó để ngăn ngừa các rủi ro này bằng các biện hạn chế rủi ro thông thường.

Một số yếu tố nguy cơ nói chung áp dụng được cho nhiều phương pháp xâm lấn. Một trong những yếu tố an toàn cơ bản nhất liên quan đến việc kiểm tra để không phẫu thuật nhầm vị trí. Quy trình này đảm bảo đúng phương pháp được áp dụng cho đúng bệnh nhân ở đúng vị trí, sử dụng đúng thiết bị. Việc dành một khoảng thời gian trước khi tiến hành thủ thuật để kiểm tra tất cả các chi tiết là một bước quan trọng. Phương pháp tối ưu nhất là chuẩn bị sẵn

các kịch bản cho từng trường hợp để bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ gây mê hồi sức, điều dưỡng cùng sử dụng. Các cải tiến này đều dựa trên mô hình của ngành hàng không trong quản lý và đào tạo phi hành đoàn và có thể góp phần giảm thiểu sai sót trong phòng phẫu thuật.

Việc quản lý bệnh nhân của bác sĩ gây mê hồi sức nhìn chung được chuẩn hoá cao độ và sử dụng nhiều công nghệ an toàn tối tân nhất trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Nhiều tiểu phẫu có xâm lấn chỉ cần giảm đau và gây tê tại chỗ nên không cần đến sự có mặt của một chuyên gia gây mê hồi sức. Nếu quá liều thuốc giảm đau trong quá trình thực hiện hoặc trong quá trình hậu phẫu có thể dẫn đến suy hô hấp. Hướng dẫn sử dụng thuốc giảm đau và chăm sóc hậu phẫu được các chuyên gia gây mê hồi sức phối hợp xây dựng có thể giúp ngăn ngừa nguy cơ này.

Một số phương pháp phẫu thuật cần sử dụng kháng sinh dự phòng. Việc sử dụng kháng sinh phải được tính toán thời gian hợp lý sao cho có thể tối ưu hoá hiệu quả ngăn ngừa nhiễm trùng cho vết mổ. Các quy trình tiêu chuẩn liệt kê tất cả các bước trong phòng mổ, bao gồm cả việc sử dụng kháng sinh sẽ giúp hạn chế nguy cơ bỏ sót việc này. Các rủi ro khác liên quan đến phương pháp phẫu thuật có thể kể đến như bỏ quên dụng cụ phẫu thuật và phản ứng tiêm truyền nếu truyền sai máu cho bệnh nhân. Đối với những phương pháp có xâm lấn như chọc ngực, chọc hút, nội soi và đặt ống thông tĩnh mạch chủ, nên sử dụng các chẩn đoán hình ảnh trừ siêu âm để hạn chế biến chứng.

Nhiễm trùng

Tình trạng nhiễm trùng mắc phải tại bệnh viện ngày càng được chú ý vì để lại hậu quả nghiêm trọng về tiền bạc, bệnh tật và sinh mạng. Trung tâm dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ y tế (Centers for Medicare & Medicaid Services – CMS) và các tổ chức khác đã từ chối bồi hoàn chi phí chăm sóc bổ sung trong điều trị tình trạng nhiễm trùng mắc phải sau khi nhập viện. Tôn trọng triệt để các quy tắc trong kiểm soát nhiễm trùng, thường gọi là đề phòng tổng quát, là chiến lược phòng ngừa thiết yếu nhưng trên thực tế thường xuyên thất bại. Các biện pháp này bao gồm khử trùng bàn tay mỗi lần khám cho bệnh nhân. Việc sử dụng cồn khử trùng rất hiệu quả và thuận tiện. Đối với bệnh nhân mắc các bệnh nhiễm trùng đặc biệt nguy hiểm, cần cách ly và sử dụng quần áo, găng tay dùng một lần bên cạnh việc tiệt trùng tay để hạn chế khả năng lây lan giữa các bệnh nhân. Điều quan trọng cần nhớ là bất kỳ vật dụng nào có tiếp xúc với bệnh nhân như bút viết, hồ sơ, dụng cụ y tế đều có khả năng truyền nhiễm, vì vậy cần được tiệt trùng hoặc cách ly. Kiểm soát chặt chẽ lượng glucose máu trong giới hạn bình thường là một biện pháp hữu hiệu giúp giảm thiểu nhiều loại nhiễm trùng mắc phải tại bệnh viện.

Ngăn ngừa nhiễm trùng tại một vị trí cụ thể

Nhiễm trùng vết thương hậu phẫu: Chuẩn bị thích hợp cho vị trí phẫu thuật bằng cách dùng tong đơ thay cho dao cạo và các chất sát khuẩn có gốc chlorhexidine rất quan trọng. Việc lựa chọn và sử dụng kháng sinh dự phòng phù hợp cũng hạn chế nhiễm trùng.

Viêm phổi do thở máy: Các can thiệp cần thiết nhằm giảm thiểu nguy cơ viêm phổi do thở máy bao gồm hạn chế thời gian luân ống, giữ vệ sinh miệng, nâng đầu giường lên ít nhất 30°, hạn chế việc mở ống thở, tránh sử dụng thuốc giảm đau liên tục và kéo dài, dùng ống nội khí quản vì có thể hút dịch liên tục hạ thanh môn.

Nhiễm trùng do đặt catheter tĩnh mạch chủ: Các can thiệp hiệu quả để giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng do đặt catheter tĩnh mạch chủ bao gồm sử dụng các chất sát khuẩn có gốc chlorhexidine; các kỹ thuật tiệt trùng; lựa chọn vị trí đặt ở tĩnh mạch dưới đòn thay vì tĩnh mạch đùi hoặc tĩnh mạch cảnh trong; băng vị trí đặt bằng băng có chứa chlorhexidine; sử dụng catheter có tẩm thuốc kháng khuẩn.

Nhiễm trùng đường tiểu: Tránh việc sử dụng không cần thiết hoặc sử dụng kéo dài catheter trong bàng quang là phương pháp quan trọng nhất để giảm nhiễm trùng đường tiểu.

Vi khuẩn kháng thuốc: Sự xuất hiện của các tác nhân gây bệnh chết người đề kháng với nhiều loại kháng sinh là một mối đe dọa nghiêm trọng. Các vi khuẩn được chú ý cụ thể là *Staphylococcus aureus* đề kháng methicillin (MRSA), tụ cầu đề kháng vancomycin (vancomycin-resistant enterococcus-VRE), vi khuẩn gram âm tiết chất kháng beta-lactamase phổ rộng (extended-spectrum beta-lactamase-ESBL) và nhiều chủng vi khuẩn gram âm kháng thuốc khác như pseudomonas và acinetobacter. Vì bệnh nhân có thể là người mang vi khuẩn kháng thuốc nhưng không biểu hiện triệu chứng nên một số cơ sở chăm sóc y tế hiện đang sử dụng các biện pháp theo dõi chủ động thường xuyên cập nhật theo chu kỳ để phát hiện sớm các vi khuẩn đề kháng. Ngoài cách ly, việc sử dụng kháng sinh một cách cẩn trọng là một biện pháp quan trọng để hạn chế sự gia tăng của các loại vi khuẩn này. Cần phải quản lý cẩn thận các thuốc kháng sinh và thi hành các cơ chế nhằm theo dõi và kiểm soát việc sử dụng hợp lý các thuốc kháng sinh để bị đề kháng. Mối liên kết chặt chẽ giữa nhân viên y tế, trung tâm kiểm soát nhiễm khuẩn, khoa dược/nhà thuốc và các chuyên gia vi sinh lâm sàng là hết sức cần thiết để có thể xây dựng các biện pháp kiểm soát hệ thống hiệu quả.

Té ngã

Té ngã dẫn đến chấn thương là một rủi ro đáng kể dẫn đến hậu quả bất lợi cho bệnh nhân. Một số cú ngã thậm chí có gây ra chấn thương nghiêm trọng như nứt xương hông, tụ máu dưới màng cứng hay xuất huyết nội sọ. Một trong những phương án tốt nhất để phòng ngừa tổng quát là thực hiện đánh giá một cách chính xác để sớm phát hiện bệnh nhân có nguy cơ té ngã. Các yếu tố nguy cơ nội tại của bệnh nhân bao gồm tình trạng tâm thần không ổn định, giảm thị lực, bệnh cơ xương khớp, tiền sử té ngã và các bệnh cấp và mãn tính. Các yếu tố nguy cơ ngoại tại là những nguy cơ hiện diện trong cuộc sống của bệnh nhân, bao gồm thuốc giảm đau, giường đặt quá cao, ban công hay cầu thang không có tay vịn, giày dép không vừa chân, thiếu ánh sáng, sàn yếu, và không có các công cụ hỗ trợ. Một khi đã xác định được nguy cơ, cần thực hiện ngay các biện pháp phù hợp với hoàn cảnh cụ thể để giảm thiểu nguy cơ. Các biện pháp này có thể là thay đổi điều kiện sống của bệnh nhân, giáo dục bệnh nhân, hỗ trợ đầy đủ và giám sát thường xuyên, một vài trường hợp, cần phải có người trông nom.

Lở loét do tì đè (do tư thế bất động lâu ngày)

Lở loét do tì đè xảy ra khi các mô bị chèn ép giữa phần xương nhô lên và bề mặt vật thể trong thời gian dài, dẫn đến hoại tử mô. Vết loét thường nằm ở phần mô mềm bên ngoài xương cùng, ụ ngồi, đốt sống ngực và gót chân. Đôi khi cần phải can thiệp bằng phẫu thuật để điều trị lở loét do tì đè, việc này có thể gây nhiễm trùng hệ thống, nhiễm trùng huyết, thậm chí tử vong. Do có thể để lại di chứng nghiêm trọng nên phòng ngừa, phát hiện và can thiệp sớm là những biện pháp xử lý mấu chốt. Các yếu tố nguy cơ có thể kể đến như tình trạng bất động, liệt, thiếu dinh dưỡng, mất chủ động đại tiện, tiểu tiện; mất cảm giác và phản xạ tại vùng bị tì đè.

Nhiều công cụ đánh giá rủi ro có giá trị đã được xây dựng (ví dụ: Thang Braden, Thang Norton, Thang Gosnell). Điều quan trọng là bệnh nhân phải được xem xét kỹ càng nguy cơ loét cũng như vết loét đang có. Các biện pháp phòng ngừa là chăm sóc da cẩn thận, giảm áp lực ở vùng bị tì đè bằng cách chèn gối, và thường xuyên thay đổi tư thế. Đối với bệnh nhân có nguy cơ bị loét do tì đè cao, cần lưu ý đặc biệt khi chăm sóc để tránh nguy cơ tổn thương do ma sát hay trầy xước khi thay đổi tư thế. Cần đánh giá và điều trị tình trạng đại tiện, tiểu tiện không tự chủ nếu được. Nếu tình trạng mất tự chủ không thể chữa trị được, nên sử dụng các vật liệu có tính thấm hút để giữ cho da luôn được khô ráo. Một biện pháp phòng ngừa quan trọng nữa là thường xuyên thông tin, giáo dục cho cán bộ y tế, bệnh nhân và thân nhân.

Các công cụ đảm bảo vấn đề an toàn cho bệnh nhân

Công cụ thu thập dữ liệu

Khảo sát

Các công cụ đánh giá mức độ bảo đảm an toàn được sử dụng để thiết kế và đánh giá các biện pháp cải thiện an toàn trong các cơ sở chăm sóc sức khỏe, đồng thời cung cấp một thang đo chuẩn để cụ thể hóa các quan niệm hàm ẩn về kỳ vọng đối với cách thức làm việc. Một số tổ chức của Hoa Kỳ (ví dụ: tổ chức Leapfrog, Diễn đàn Chất lượng Quốc gia, Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ và Hiệp hội Bệnh viện Hoa Kỳ) đã thiết kế và đề xướng nhiều công cụ khảo sát. Một trong những công cụ khảo sát phổ biến nhất tại bệnh viện là Khảo sát bệnh viện của AHRQ về vấn đề an toàn cho bệnh nhân. Lợi ích lớn nhất của việc sử dụng các công cụ này là dữ liệu được chia sẻ ở trên toàn quốc cho phép thực hiện so sánh theo tiêu chuẩn địa phương và quốc gia. Các khảo sát tương tự cũng được điều chỉnh để tiếp cận với từng dân số hay lĩnh vực chăm sóc sức khỏe cụ thể một cách phù hợp, ví dụ khu vực phẫu thuật trong bệnh viện, nhà an dưỡng, điều dưỡng và hộ lý.

Báo cáo sai sót

Các báo cáo về sai sót hay sự cố ngoài dự đoán là một nguồn tư liệu quý giá. Một sai sót được phát hiện và phân tích là một cơ hội để rút kinh nghiệm và tránh tái phạm. Việc phân loại sự cố sẽ giúp các cơ sở dễ dàng theo dõi và quyết định phương án hành động phù hợp. *Các sự cố có thể tránh được(preventable adverse events)* là các hành vi chệnh mảng phạm sự dẫn đến sự tổn hại cho bệnh nhân. *Các sự cố suýt xảy ra(close call hay near miss)* là các sự việc hay tình huống suýt nữa thì gây nguy hiểm. *Sự cố đặc biệt nghiêm trọng(sentinel events)* là các tình huống không lường trước được như cái chết, chấn thương nghiêm trọng về thể chất hoặc tinh thần hay là nguy cơ xảy ra các sự cố trên; đây được xem như nhóm sự cố

ng nghiêm trọng nhất. Việc báo cáo các sự kiện trên, dù qua các hệ thống báo cáo bắt buộc hay tự nguyện để cung cấp những dữ liệu quan trọng cần cho việc nghiên cứu nguy cơ và thúc đẩy các hành động hiệu quả để giảm thiểu nguy cơ đó.

Báo cáo sự cố là phương pháp báo cáo hành vi chính thống và phổ biến trong ngành chăm sóc sức khỏe. Phương pháp này sử dụng mẫu báo cáo trên giấy với hình thức ô chọn hoặc các đoạn văn bản để mô tả sự cố hay hiện đại hơn là ứng dụng báo cáo điện tử kết nối trực tiếp với hệ thống dữ liệu. Báo cáo sự cố là một phương tiện quan trọng để thu thập thông tin về sai sót và sự cố. Một số bang ở Mỹ đã ban hành các cấu trúc báo cáo sự cố chính thức có thể áp dụng rộng rãi.

Trong các cơ sở có môi trường làm việc hà khắc, nhân viên có thể ngại ngần khi khai báo các sự cố có thể gây hậu quả tiêu cực cho họ và đồng nghiệp. Vì lý do này, nhiều sự cố không được báo cáo. Báo cáo không đầy đủ gây khó khăn cho việc ban hành các tiêu chuẩn chung trong hành nghề, bởi vì các báo cáo phụ thuộc vào cả tần số xảy ra sự cố và tinh thần tự giác của cán bộ y tế. Vì thế, tại các cơ sở có áp dụng hệ thống hạn chế rủi ro thường sẽ có sự gia tăng số lượng báo cáo sự cố.

Hệ thống tự báo cáo

Hệ thống tự báo cáo là một nhánh con của báo cáo sự cố và thường đặc trưng cho từng cơ sở cụ thể. Mục đích của phương pháp này là tập hợp dữ liệu cần cho việc soạn ra các cảnh báo và lời khuyên, xác định và minh họa các hành động tối ưu và làm rõ xu hướng. Vì mỗi nơi khác nhau nên hệ thống tự báo cáo đặc trưng cho từng cơ sở có thể gây trở ngại cho việc học hỏi kinh nghiệm cũng như hạn chế việc so sánh các dữ liệu nhằm xây dựng quy chuẩn chung.

Xem xét bệnh án

Xem xét bệnh án (record review) từ lâu đã là công cụ chủ yếu để hội đồng chuyên môn của bệnh viện xác định các yếu tố nguy cơ và xác định những lĩnh vực cần cải thiện hay phòng tránh. Thu thập thông tin sẽ cho ta thấy một bức tranh toàn cảnh của hoạt động chuyên môn, từ đó phát hiện các sự cố bất thường trong thủ thuật/quy trình. Phương pháp xem xét bệnh án chủ yếu nhắm đến các sự cố nghiêm trọng, các sự cố có tần suất lớn, hay các sự cố khởi phát có ý nghĩa dịch tễ quan trọng. Việc sàng lọc bệnh án để tìm các sự cố là sự khởi đầu cho việc xem xét bệnh án một cách toàn diện hơn. Ví dụ, việc dùng naloxon, thuốc có tác dụng ức chế hiệu lực của các thuốc giảm đau opioid, có thể được xem là dấu hiệu cho việc lạm dụng opioid. Khi xem xét 20 bệnh án của bệnh nhân có dùng naloxon, người ta thấy tỉ lệ lạm dụng opioid cao hơn so với mẫu 20 bệnh án bất kỳ. Viện nghiên cứu cải tiến chăm sóc sức khỏe (Institute for Healthcare Improvement - IHI) đã phát triển một công cụ chuẩn hoá có thể phát hiện các trường hợp bệnh án tiềm ẩn nguy cơ xảy ra sự cố hay sai sót cao.

Bệnh án điện tử ngày càng được sử dụng rộng rãi sẽ tạo cơ hội tiến hành các biện pháp kiểm tra bệnh án tự động nhằm tìm ra yếu tố khởi phát (triggers). Đây là một việc đặc biệt lý thú vì giúp thu hút chú ý đến một ca bệnh ngay khi bệnh nhân vẫn đang được tiến hành điều trị. Khi

phát giác một bệnh nhân có dấu hiệu gợi ý khả năng xảy ra sự cố, việc tập trung đánh giá kịp thời sẽ giúp phát hiện sớm vấn đề và ngăn chặn các hậu quả xấu.

TÌNH HUỐNG

Hệ thống phát hiện sự cố tiên tiến

Nhiều bệnh viện có Đội cấp cứu y tế (Medical Emergency Teams – MET), hay còn gọi là đội phản ứng nhanh (Rapid Response Teams - RRT) để cấp cứu các trường hợp bệnh nhân bị mất bù cấp. Trung tâm y tế Đại học Pittsburgh đã dùng báo cáo từ các ca can thiệp của MET để phát hiện sai sót trong y khoa. Trung tâm này đã tiến hành nghiên cứu các báo cáo của MET do các quản lý chuyên môn và hành chính đứng đầu để phát hiện các sai sót y khoa và đánh giá nguyên nhân của chúng. Khoảng 1/3 báo cáo của MET liên quan đến sai sót (bao gồm cả trong chẩn đoán lẫn điều trị). Các thông tin thu được từ báo cáo của MET đã giúp lãnh đạo và nhân viên các khoa phòng đưa ra hướng khắc phục và cải thiện. Các thay đổi nhằm xử lý những vấn đề đã được nhận diện được đề xuất tại cuộc họp của hội đồng an toàn cho bệnh nhân toàn bệnh viện. Các báo cáo của MET đã giúp giảm thiểu sai sót đặt nhầm ống dinh dưỡng, cải thiện việc điều trị tăng đường huyết từ đó giúp quản lý đường huyết hiệu quả hơn cũng như giảm bớt các cơn hạ đường huyết. Các cấp lãnh đạo hỗ trợ và hợp tác với từng khoa phòng trong việc áp dụng các thay đổi này.

Theo dõi tình huống (situation monitoring) trong các sự cố, hay còn gọi là *quan sát trực tiếp (direct observation)* là một quá trình sàng lọc chủ động và đánh giá thường xuyên việc thực hiện các tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe (ví dụ: rửa tay hay cho bệnh nhân dùng thuốc). Theo dõi các yếu tố tình huống sẽ giúp ta hiểu biết về các sai sót trên thực tế, từ đó luôn đề cao chú ý trong quá trình làm việc. Quan sát các tình huống lâm sàng do các bác sĩ khác nhau đảm trách rất hữu ích cho việc xây dựng các biện pháp tiếp cận hợp chuẩn hơn.

Việc báo cáo theo quy định ngày càng được nhấn mạnh hơn. Trong quyển “*Có sai lầm mới là con người*” (*To Err Is Human*), Viện Y khoa Mỹ (IOM) kêu gọi xây dựng một hệ thống báo cáo bắt buộc cấp quốc gia, hệ thống này sẽ cung cấp bộ thông tin chuẩn về các sự cố dẫn đến tử vong hoặc hậu quả nghiêm trọng. Đến bây giờ, ở Mỹ, việc báo cáo chưa phải là quy định bắt buộc. Tất cả các bang khi cấp phép cho bệnh viện hoạt động chỉ yêu cầu họ tuân thủ các quy định cụ thể để đảm bảo duy trì các tiêu chuẩn về sức khỏe, an toàn và chất lượng tối thiểu. Vào năm 2002, 20 bang đã ban hành quy định báo cáo sự cố bắt buộc là một thủ tục các cơ sở y tế công phải thực hiện để được cấp giấy phép.

Những người đề xuất việc *báo cáo công khai (public reporting)* tin rằng việc này sẽ đẩy nhanh tốc độ đổi mới ngành y tế, đồng thời cung cấp cho từng người dân những thông tin cần thiết để họ có thể tự quyết định việc chăm sóc y tế cho mình và tránh được các sự cố y khoa không mong muốn. Phe phản đối báo cáo công khai quan ngại rằng việc này có thể dẫn đến hậu quả là các bác sĩ sẽ từ chối điều trị cho bệnh nhân có nguy cơ cao. Tuy nhiên, cả hai phía

đều ủng hộ việc sử dụng thông tin để cải thiện hoạt động nội bộ và hành nghề y khoa an toàn hơn.

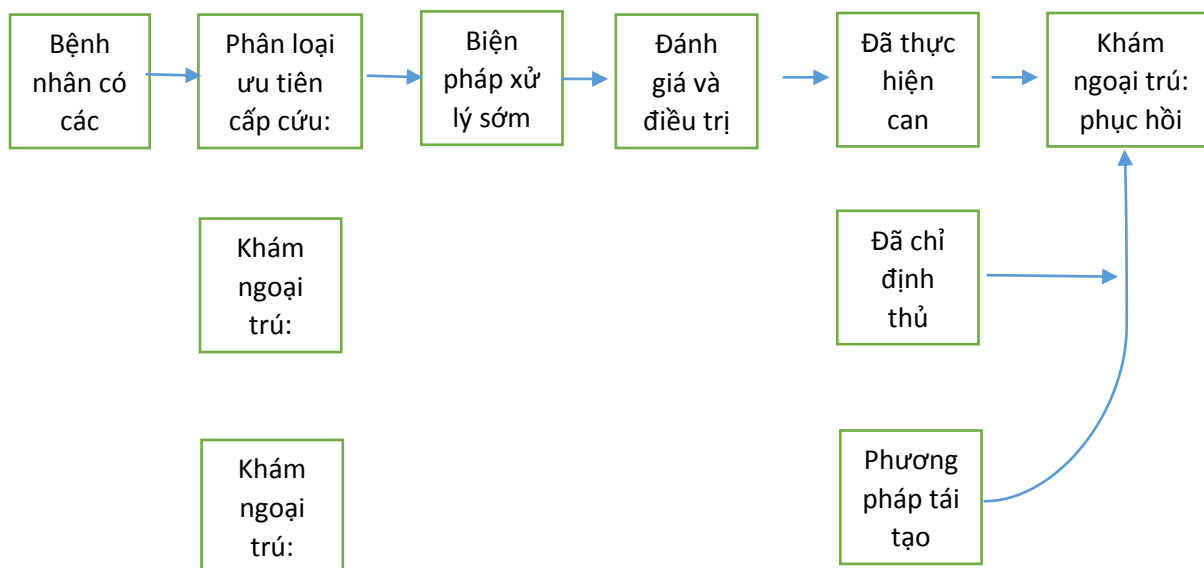
Công cụ phân tích

Phân tích hồi cứu

Các sự cố nghiêm trọng là một mối lo ngại lớn. Hầu hết các cơ sở đều có các những quy trình phân tích chi tiết các sự cố trên một cách nghiêm ngặt nhằm ngăn chặn khả năng tái diễn. Điều kiện tiên quyết để có thể giải quyết và loại bỏ được vấn đề là phải tìm ra nguyên nhân gốc rễ của nó. *Phân tích sự kiện then chốt (critical event analysis)* hay *phân tích nguyên nhân gốc rễ (root cause analysis – RCA)* là một công cụ giải quyết vấn đề thiết thực nhằm mục đích phát hiện vấn đề, xác định nguyên nhân (theo nhiều mức độ khác nhau) và đề xuất giải pháp.

Có thể chia các công cụ con của quy trình RCA thành nhiều nhóm: thu thập dữ liệu, tìm hiểu vấn đề, phân tích các nguyên nhân phát sinh, và tìm ra hình mẫu chung. Các dữ liệu đáng tin cậy là nền tảng quan trọng để thực hiện RCA thành công, việc thu thập dữ liệu sẽ hỗ trợ và minh chứng cho kết quả phân tích. Lưu đồ (Hình 3-2) là một công cụ quan trọng được dùng để tái hiện vấn đề hay sự cố phục vụ cho việc nghiên cứu chúng.

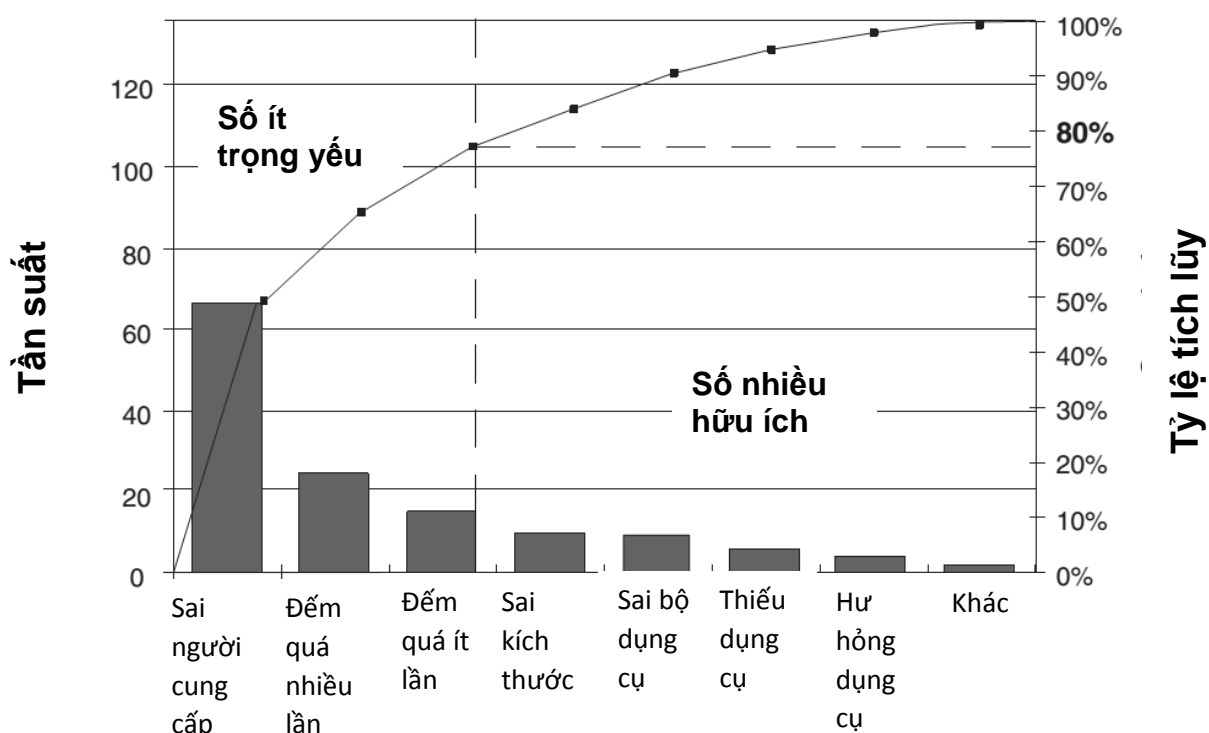
Vận dụng trí tuệ tập thể bằng kỹ thuật động não (brainstorming) tạo điều kiện cho nhiều ý tưởng nảy sinh. Sau đó, các ý tưởng này sẽ được đánh giá nhằm đạt được sự nhất trí về mức độ các nguyên nhân tác động gây ra sự cố. Cơ chế cho điểm sẽ cho ta một khuôn khổ xác định một mức độ quan trọng tương đối của các nguyên nhân tiềm năng đã được tìm ra khi thảo luận. Quy tắc đánh giá an toàn của Bộ Cựu Chiến binh Hoa Kỳ, do Bộ này phối hợp với Cơ quan Nghiên cứu sức khỏe và chất lượng soạn thảo là một phương pháp dễ sử dụng để phân tích yếu tố then chốt liên quan đến khả năng sự cố xảy ra và mức độ gây thiệt hại của nó.



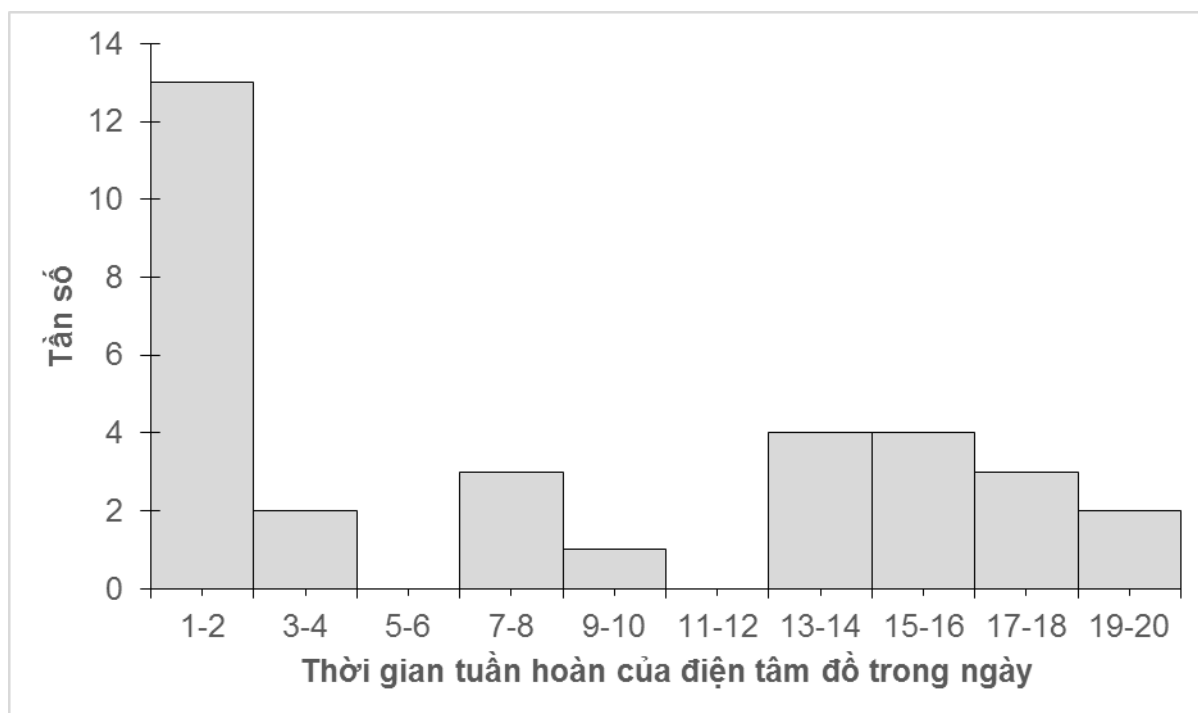
Hình 3-2. Lưu đồ mẫu: Quy trình xử trí bệnh nhân thiếu máu cơ tim cục bộ (Công cụ IHI)

Đồ thị Pareto

Đồ thị Pareto (Hình 3-3) giúp ta phát hiện nguyên nhân chi phối chính trong tất cả các khả năng khi có dữ liệu định lượng với tần số của các nguyên nhân khác nhau. Một biểu đồ histogram hay sơ đồ mối quan hệ (affinity diagrams) hoặc đồ thị rải rác (scatter diagram) sẽ giúp xác định hình mẫu (như biểu đồ quan hệ Hình 3-4), nguyên nhân chính, mối quan hệ giữa các nguyên nhân.



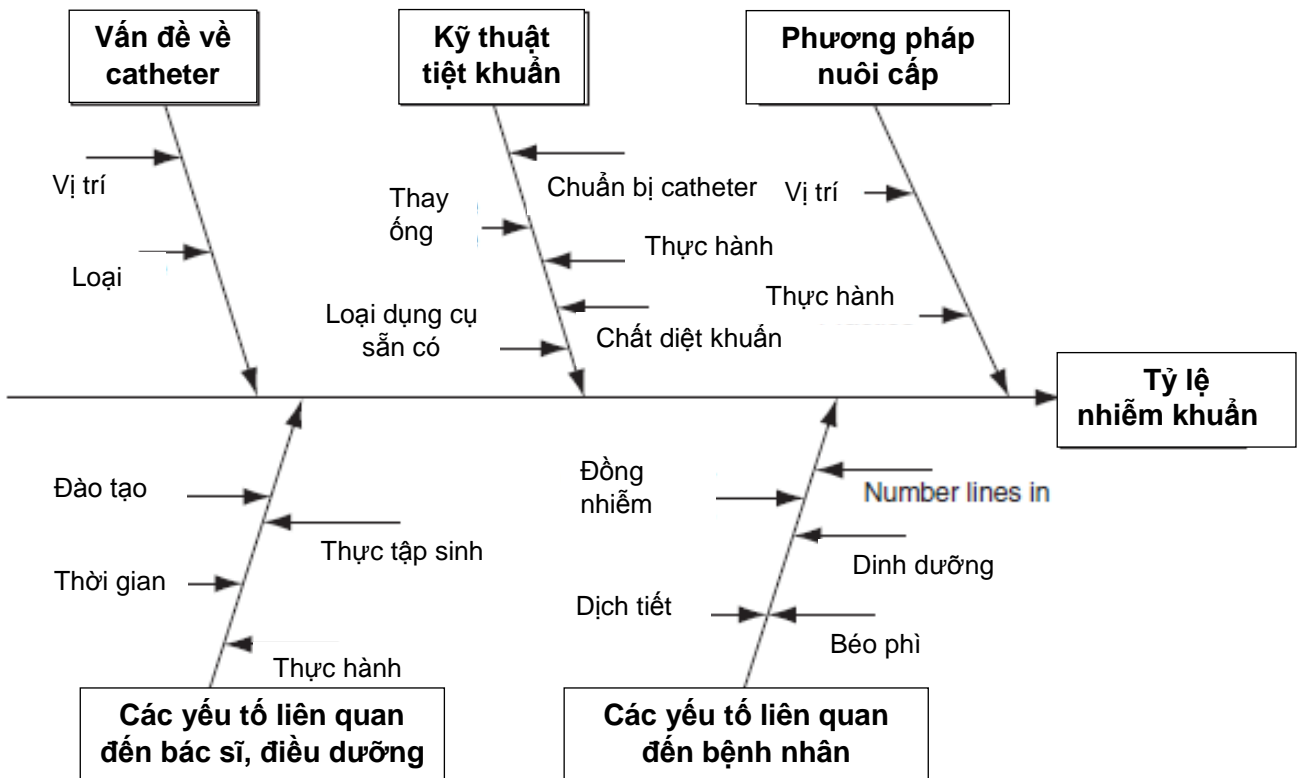
Hình 3-3: Biểu đồ Pareto mẫu: Các loại sai sót được phát hiện trong quá trình chuẩn bị phẫu thuật



Hình 3-4: Biểu đồ mẫu Thời gian tuần hoàn của điện tâm đồ

Biểu đồ xương cá (Fishbone diagrams)

Biểu đồ xương cá (Hình 3-5) là một công cụ RCA quan trọng khác do Bác sĩ Kaoru Ishikawa phát minh để xác định nguyên nhân gốc rễ của một sự cố. Cấu trúc xương cá giúp ta có một cách nhìn hệ thống về các hiệu ứng và nguyên nhân gây ra hay tác động đến chúng. Các biện pháp khác dùng để hỗ trợ phân tích nhân quả bao gồm *biểu đồ ma trận (matrix diagramming)* (sắp xếp các mẫu thông tin theo từng khía cạnh) và phương pháp “5 câu hỏi tại sao” (dùng trong thảo luận bằng kỹ thuật động não để đào sâu mối quan hệ nhân quả). Phương pháp “5 câu hỏi tại sao” được thực hiện bằng cách đặt câu hỏi tại sao lại xảy ra sự kiện ban đầu, từ các câu trả lời, tiếp tục lặp lại 4 lần câu hỏi tại sao cho mỗi câu trả lời trước đó. Mỗi lần đặt câu hỏi tại sao lại giúp đào sâu hơn vào nguồn gốc của vấn đề.



Hình 3-5: Phân tích nguyên nhân gốc rễ

Nguồn: Frankel H, Crede W, Topal S, Roumanis M. Use of corporate six sigma performance: RCA of catheter-related bloodstream infections in a surgical ICU. *J Am Coll Surg*. 2005;201(13):349–358.

Phân tích sự cố tiến cứu

Phân tích phương thức thất bại và tác động (Failure Mode and Effects Analysis - FMEA)

FMEA là công cụ thiết kế kỹ thuật của ngành hàng không vũ trụ vào thập niên 60, đặc biệt chú trọng đến vấn đề an toàn. Từ khi ra đời đến nay, phương pháp này đã trở thành công cụ chủ yếu để cải thiện vấn đề an toàn trong nhiều ngành nghề khác nhau, trong đó có cả y tế. FMEA là một biện pháp hệ thống phát hiện thất bại có khả năng xảy ra, tác động, và nguy cơ đối với quy trình, nhằm mục đích ngăn chặn sự cố trước khi nó có thể xảy ra. Để thực hiện việc này, cần cẩn thận phân tích quy trình hiện thời ở một mức độ tương đối chi tiết, sử dụng thông tin từ các cá nhân có mối liên hệ thường nhật với quy trình đó.

Mỗi khả năng dẫn đến việc quy trình có thể thất bại được gọi là một phương thức thất bại. Mỗi phương thức thất bại đều có một tác động tiềm tàng và một nguy cơ kèm theo. Nguy cơ xảy ra thất bại và tác động của nó được xác định bằng 3 yếu tố: mức độ nghiêm trọng (hậu quả của thất bại), khả năng xuất hiện (xác suất và tần số của từng phương thức thất bại) và khả năng phát hiện (xác suất phát hiện được thất bại trước khi thiệt hại xảy ra). Bằng cách nhân mức độ nghiêm trọng, khả năng xuất hiện và phụ số của khả năng xuất hiện, ta có thể xác định được con số rủi ro tổng hợp cho từng phương thức thất bại. Phương pháp này cho

phép tính toán được hệ số rủi ro của cả quy trình và cho phép xác định các bước quan trọng trong quy trình cần được ưu tiên. Cuối cùng, phương pháp này sẽ giúp mỗi cơ sở giảm thiểu rủi ro một cách toàn diện bằng cách thay đổi các yếu tố tiềm ẩn nguy cơ cao trong quy trình (phương pháp này còn được gọi là *đánh giá nguy cơ chủ động (proactive risk assessment)*).

Thừa nhận sai sót

Việc sai sót ngày càng được chú ý và báo cáo tới bệnh nhân cũng như gia đình họ có tác động to lớn lên nhân viên chăm sóc y tế. Chiến lược thành công để tiếp cận các tác động đối với nhân viên của cơ sở bao gồm chịu trách nhiệm, thay đổi cách làm việc, hướng dẫn để tránh tái diễn và hỗ trợ tâm lý.

Nhân viên chăm sóc y tế, đặc biệt là bác sĩ, thường ngại thảo luận về sai sót với bệnh nhân và thân nhân hay đồng nghiệp vì rất nhiều nguyên nhân: khó định nghĩa được sai sót, cảm xúc phức tạp (tức giận, tội lỗi, nhục nhã, xấu hổ), cảm giác tự chủ và trách nhiệm cá nhân, đánh mất lòng tự trọng, lo ngại về phản ứng của đồng nghiệp và bệnh nhân, thiếu sự quan tâm hỗ trợ của bệnh viện, lo ngại về việc liên đới trách nhiệm pháp lý và tài chính. Việc thừa nhận sai sót đôi khi sai lệch và không toàn diện vì thiếu căn cứ chắc chắn về mối quan hệ giữa sai sót, thiệt hại và tiến triển tự nhiên của bệnh.

Các cuộc phỏng vấn với bệnh nhân và gia đình cho thấy có một mối quan ngại về việc không thừa nhận sai sót. Bệnh nhân và thân nhân cho rằng nên trình bày về sơ suất (việc đã xảy ra), xin lỗi, giải thích các bước cần thực hiện để tránh tái diễn, và bồi thường hợp lý sẽ giải quyết được vấn đề khi thừa nhận sai sót. Mặc dù các nhân viên chăm sóc y tế vẫn còn lo lắng về phản ứng của bệnh nhân và gia đình, trên thực tế, các khảo sát cho thấy việc thừa nhận sai sót lại giúp cải thiện mối quan hệ với bệnh nhân. Báo cáo nghiên cứu về việc thừa nhận sai sót do Đại học Michigan và bệnh viện Cựu chiến binh ở Lexington tiến hành, cho thấy chi phí do thực hành kém không hề tăng lên. Tuy nhiên vẫn chưa rõ ảnh hưởng của việc áp dụng rộng rãi các nghiên cứu này đến vấn đề kiện tụng.

Ngăn ngừa sai sót

Tiếp cận hệ thống

Ban lãnh đạo đóng vai trò quan trọng trong việc xây dựng và phát huy ý thức an toàn tại nơi làm việc. Đây là một yêu cầu phải có đối với các cơ sở chăm sóc sức khỏe có mức tín nhiệm cao. Bằng cách đồng hành với nhân viên, các cấp lãnh đạo có thể tạo ra môi trường làm việc có thể hạn chế được các yếu tố tiềm ẩn sinh ra sai sót. Khi có ý thức về vấn đề an toàn, nhà lãnh đạo sẽ có một cái nhìn xa hơn, thay vì đổ lỗi cho một cá nhân, họ sẽ chọn cách giải quyết các vấn đề còn tồn tại ở cơ sở mình.

Các cơ sở đề cao vấn đề an toàn thường nhân viên có sự tin tưởng lẫn nhau, có ý thức về tầm quan trọng của tính an toàn và niềm tin vào hiệu quả của các biện pháp đề phòng. Các biện

pháp chính để đảm bảo an toàn khi làm việc nên được ghi nhận, giám sát và thảo luận công khai để từ đó cơ sở y tế có thể theo dõi được quá trình cải thiện vấn đề an toàn của mình.

Đối với ý thức về vấn đề an toàn, việc báo cáo sai sót đã xảy ra hoặc suýt xảy ra sẽ được khen thưởng và công nhận là một đóng góp quan trọng trong việc phát hiện và cải thiện các quy trình thiếu an toàn. Chính sách xử lý các sai sót tự báo cáo một cách mềm mỏng sẽ khuyến khích việc thảo luận công khai về các tình trạng còn tồn tại. Mỗi cá nhân không chỉ có trách nhiệm hoàn thành tốt nhiệm vụ mà còn phải phát hiện và trình báo các thất bại cũng như phát giác các hoàn cảnh có thể dẫn đến sự cố. Có thể kết hợp các trình tự tiêu chuẩn để đảm bảo an toàn vào quy trình hoạt động thường lệ của khoa lâm sàng, nhằm tạo điều kiện cho đội ngũ cán bộ xem xét và thảo luận về các vấn đề an toàn. Bệnh nhân cần được cung cấp thông tin và kiến thức để họ có thể tham gia vào việc chăm sóc bản thân và các biện pháp hỗ trợ nhằm bảo vệ họ khỏi nguy hiểm.

Lãnh đạo ngành y tế nên làm quen với chủ đề an toàn cho bệnh nhân và thường xuyên bàn thảo chủ đề này với đội ngũ nhân viên, bác sĩ, bệnh nhân, công chúng và thành viên các ủy ban nhà nước. Các lãnh đạo cao cấp cần thường xuyên đến thăm các cán bộ y tế làm việc trong lĩnh vực chăm sóc trực tiếp bệnh nhân và các dịch vụ hỗ trợ để có thể lắng nghe những mối quan tâm của họ về an toàn cũng như cách thức quản lý.

Các nhà lãnh đạo cần thúc đẩy sự minh bạch và cởi mở tại cơ sở. Các chính sách về phê bình và tự phê bình sẽ củng cố thông điệp về sự minh bạch và cởi mở đối với sai sót. Việc tự do thông tin đi kèm với cởi mở và minh bạch cũng góp phần xây dựng cơ sở khám chữa bệnh tiến bộ. Cơ sở tiến bộ biết kết hợp thông tin từ cả bên trong và bên ngoài sẽ không ngừng cải cách và phát triển.

TÌNH HUỐNG

Ý thức an toàn

Hệ thống Y tế Sentara là một chuỗi gồm 6 cơ sở chăm sóc sức khỏe ở đông nam Virginia. Hệ thống này đã cắt giảm được 46% số sự cố y khoa sau khi áp dụng sáng kiến về đảm bảo an toàn cho bệnh nhân trên toàn hệ thống. Sự tận tâm của ban lãnh đạo là chìa khóa cho thành công của dự án này. Các thành phần then chốt của dự án bao gồm việc tích hợp vấn đề an toàn cho bệnh nhân vào chiến lược ưu tiên phát triển, sự khích lệ đối với cán bộ nhân viên, chính sách nhân sự và sử dụng các nguồn lực. Phần nửa chương trình chia sẻ kinh nghiệm của hệ thống bệnh viện này được dựa trên các tiêu chuẩn về an toàn và chất lượng. Tất cả các nhân viên dù thuộc chuyên môn y khoa hay không đều tham gia vào quy trình. Giám đốc kế hoạch được giao nhiệm vụ phụ trách thi hành dự án.

Dự án đưa ra chương trình đào tạo theo mục tiêu hành động. Tất cả các nhân viên đều phải có khả năng đáp ứng các mục tiêu sau: Chú trọng tiểu tiết, Giao tiếp rõ ràng, Thái độ cầu thị, Bàn giao hiệu quả và Hỗ trợ đắc lực. Cấp lãnh đạo phải thể hiện được trách nhiệm, không ngừng cải thiện vấn đề an toàn và liên tục đảm bảo cam kết về an toàn. Đội ngũ cán bộ y tế phải thực hiện trao đổi thông tin lẫn nhau và nhận thức rõ trách nhiệm phải phối hợp trong quá trình chăm sóc cho từng bệnh nhân.

Cải tiến cơ chế vận hành nhằm ngăn ngừa sai sót

Nếu hiểu được các yếu tố con người nào gây ra sai sót, các cơ sở chăm sóc sức khỏe có thể thiết kế được một hệ thống phòng ngừa sơ suất, sai sót và sai lầm hết sức linh hoạt. Các quy tắc bắt buộc là biện pháp ngăn ngừa sơ suất nghiêm trọng. Các quy tắc bắt buộc đảm bảo tất cả các hoạt động phải theo nề nếp bằng cách cưỡng ép mỗi cá nhân phải ý thức được những hành động không đúng quy tắc hay thậm chí cấm thực hiện một số hành vi nhất định. Các cảnh báo của máy tính đòi hỏi người dùng phải xác nhận lại hành động trước khi xóa tập tin hay truy cập các tập tin không an toàn đều là ví dụ cho các quy tắc bắt buộc.

Có thể dễ dàng cài đặt các quy tắc bắt buộc, như đưa ra cảnh báo cần xem xét trước khi hành động vào các hệ thống tự động. Tuy nhiên, cần sử dụng các quy tắc bắt buộc một cách khôn ngoan. Việc lạm dụng các quy tắc này trên thực tế lại tăng nguy cơ sai sót. Nếu nhân viên phải liên tục đối diện với các cảnh báo liên quan đến những nguy cơ ít có khả năng xảy ra thì lâu dần họ sẽ không xem trọng chúng nữa. Việc sử dụng bảng kê (check-list), thực hiện kiểm tra nhiều lần, bản nhắc việc và hay hệ thống nhắc nhở tự động rất hữu ích trong việc ngăn chặn các sơ suất hay sai lầm do kỹ năng. Việc sử dụng công nghệ thông tin để tự động hóa các công việc lặp đi lặp lại sẽ là một cải tiến đóng vai trò ngày một quan trọng trong giảm thiểu sai sót. Có thể, chúng ta sẽ được chứng kiến một sự tái cấu trúc mang tính cách mạng đối với các quy trình làm việc trong tương lai không xa, khi mà các công cụ điện tử sử dụng công nghệ mạng lưới thông tin ngày càng thu gọn và được sử dụng ngay trong điều trị.

TÌNH HUỐNG

Các quy tắc bắt buộc

Đặt nhầm vị trí catheter tĩnh mạch trung tâm có thể dẫn đến tình trạng đầu catheter nằm trong tâm nhĩ phải. Điều này dẫn đến nguy cơ xói mòn catheter ở thành tâm nhĩ phải vốn đã khá mỏng, gây ra hiện tượng chèn ép tim có khả năng gây chết người. Sau khi đã xảy ra hai ca tử vong vì chèn ép tim do nguyên nhân này tại các bệnh viện trên địa bàn, Sở Dịch vụ Y tế thành phố Los Angeles đã phát hiện ra một tỉ lệ đáng kể các catheter tĩnh mạch chủ được sử dụng tại bệnh viện có kích thước quá dài. Họ nhận thấy theo bằng chứng trong y văn, nếu sử dụng catheter có chiều dài 16 cm thì nguy cơ xảy ra vấn đề này sẽ được giảm bớt. Vì vậy, chiều dài chuẩn của catheter được dùng tại các bệnh viện được đổi từ 20 cm xuống còn 16 cm, từ đó giúp giải quyết vấn đề đặt nhầm vị trí catheter. Việc thay đổi chiều dài catheter là một quy tắc bắt buộc. Một lợi ích khác nằm ngoài dự đoán là giảm số lượng lần phải chọc lại catheter và chi phí chụp X quang ngực mà trước đây được dùng để điều chỉnh vị trí của catheter dài.

Hệ thống hỗ trợ quyết định (Decision Support Systems)

Các cơ sở khám chữa bệnh phải hoạt động dưới một áp lực công việc và căng thẳng rất lớn. Vì khoa cấp cứu luôn phải mở cửa sẵn sàng để tiếp nhận bệnh nhân cũng như tốc độ xử lý bệnh nhân phải hết sức nhanh chóng nên nhân viên ở đây phải liên tục chuyển đổi trạng thái làm việc. Trong một thời gian ngắn, khoa cấp cứu có thể đang vắng lặng bỗng chốc đầy kín các bệnh nhân cần cấp cứu, thậm chí có nhiều ca cùng lâm vào tình trạng nguy hiểm đến tính mạng. Vì vậy, các cơ sở khám chữa bệnh có thể đưa ra các trạng thái hoạt động khác nhau đòi hỏi loại hỗ trợ và nguồn lực khác nhau. Khi hội đủ đầy đủ các yếu tố, cơ sở có thể áp dụng kế hoạch phản ứng đã được chuẩn bị sẵn. Biện pháp này có thể ứng dụng cho các khoa lâm sàng, phân loại thành các tình huống bình thường, báo động vàng hay báo động đỏ. Tùy theo từng tình huống mà các khoa phòng có thể sử dụng đội ngũ cán bộ, trang thiết bị và quy trình khác nhau. Vì vậy, để giải quyết vấn đề trong tình trạng áp lực cao, thay vì phải ứng biến tại chỗ thì ta chỉ cần thực hiện theo quy định sẵn có. Điều này giúp tạo nên một hệ thống an toàn và đáng tin cậy hơn. Việc thành lập các đội phản ứng nhanh trong tình huống tiềm ẩn rủi ro cao như ngưng tim hay chấn thương nghiêm trọng là minh họa cho khả năng các cơ sở y tế có thể chủ động tái sắp xếp các nguồn lực nhằm đáp ứng các nhu cầu cấp cứu.

Việc hạn chế tính tùy biến thông qua việc áp dụng các quy trình thao tác chuẩn là một phương pháp hữu dụng đã giúp giảm thiểu sai sót. Vì công nghệ về hệ thống thông tin trở nên ngày một tinh vi hơn, nhiều quy định phức tạp sẽ được xây dựng. Tập hợp các quy định phức tạp này được gọi là hệ thống hỗ trợ quyết định. Các hệ thống này hứa hẹn vừa kết hợp các lợi ích của các quy định chuẩn vừa ngăn ngừa được nguy cơ đơn giản hóa các tình huống phức tạp.

Làm việc nhóm và quản lý nhóm

Thiếu giao tiếp hay giao tiếp thiếu hiệu quả đều là những nguyên nhân phổ biến của các sự cố nghiêm trọng. Tinh thần hợp tác là hàng phòng ngự hiệu quả các sai sót cá nhân vì việc theo dõi và kiểm tra được đảm bảo sát sao. *Quản lý nguồn lực nhóm (Crew Resource Management – CRM)* là một công cụ dùng trong ngành hàng không nhằm cải thiện tính an toàn. Công cụ này tập trung vào cách con người xoay xở trong hoàn cảnh phải chịu áp lực cao. CRM bao gồm các yếu tố như khả năng nhận thức tình huống, xác định vấn đề, ra quyết định, phân chia công việc, quản lý thời gian và giải quyết xung đột. Mục đích của CRM là ngừa lỗi xảy ra, tránh khả năng tiến triển lỗi và giảm nhẹ thiệt hại do lỗi gây ra. Đào tạo nhóm sẽ giúp tất cả mọi người hiểu rõ công việc và mục tiêu cũng như tăng cường đối thoại giữa các thành viên có chuyên môn khác nhau trong nhóm.

Trong vài năm gần đây, việc vận dụng các nguyên tắc CRM trong môi trường y khoa ngày càng được chú trọng. Các chương trình quản lý và đào tạo nhóm đã được áp dụng cho nhân viên cấp cứu, phẫu thuật và chăm sóc đặc biệt (Intensive care unit – ICU), với mục đích cải thiện khả năng giao tiếp và làm việc nhóm. Mặc dù các báo cáo cho rằng các chương trình đào tạo CRM đã thay đổi quan điểm trong môi trường y khoa, chúng ta vẫn cần thực hiện thêm nghiên cứu về định dạng phù hợp để áp dụng các nguyên tắc CRM cũng như ảnh hưởng chúng lên các sự cố. Chiến lược & công cụ để nâng cao hiệu quả công việc và an toàn bệnh

nhân (Strategies & Tools to Enhance Performance & Patient Safety – STEPPS)) là một chương trình khác do Bộ Quốc phòng Mỹ phát triển nhằm tăng cường tinh thần hợp tác thông qua sự hỗ trợ lẫn nhau, khả năng lãnh đạo, giám sát tình hình và đối thoại.

Một cách tiếp cận hiệu quả khác để tăng cường giao tiếp trong nhóm là tiêu chuẩn hóa cách thức trao đổi thông tin giữa đội ngũ nhân viên thông qua công cụ SBAR.

- **S** (situation) – tình huống: mô tả tình huống lâm sàng
- **B** (background) – bối cảnh: tìm hiểu tiền sử và hoàn cảnh lâm sàng
- **A** (assessment) – đánh giá: trình bày các vấn đề có thể có
- **R** (recommendation) – đề xuất: trình bày các giải pháp khả dĩ

Trong lúc bàn giao công việc hoặc chuyển giao công tác, việc giao tiếp hiệu quả cực kỳ quan trọng. Vì trách nhiệm được chuyển giao từ người này sang người khác nên nguy cơ xảy ra gián đoạn rất cao. Có thể giảm thiểu nguy cơ này bằng cách tổ chức công việc hợp lý nhằm hạn chế việc chuyển giao đồng thời tăng cường hiệu quả trao đổi trong khi bàn giao.

Các tổ chức tín nhiệm cao (High-Reliability Organizations - HROs)

Mặc dù các HRO thường xuyên phải đối mặt với các tình huống rủi ro cao, các tổ chức này vẫn hiếm khi phạm phải sai lầm hay gây ra tai nạn. Các minh chứng HRO điển hình là tổ chức giao thông hàng không, vận tải hàng không, hệ thống quản lý lưới điện, và nhà máy hạt nhân. Dù HRO thuộc lĩnh vực nào đi chăng nữa đều có các thuộc tính và năng lực chung.

Khả năng đối phó với thất bại là thuộc tính quan trọng của các HRO. Thuộc tính này bao gồm thường xuyên đề cao cảnh giác và đảm bảo tất cả các sự cố, dù lớn hay nhỏ, có gây thiệt hại hay không, bắt buộc phải được điều tra kỹ lưỡng. Sự thận trọng này biểu thị năng lực phát hiện và báo cáo sai sót; điều tra sai sót và thi hành các biện pháp ngăn ngừa tái phạm thích hợp của tổ chức. Thông thường, các hậu quả xấu thường xảy ra không báo trước; trong phần lớn các trường hợp, tổ chức đều đã biết nguồn gốc sâu xa của thảm họa, tuy nhiên họ lại bỏ qua vì cho rằng đó không phải vấn đề to tát.

Trớ trêu là nhiều tổ chức có tiêu chuẩn công việc rất cao lại không có khả năng đối phó với sự cố. Các tổ chức bị mờ mắt vì thành tích thường xem những cá nhân bày tỏ sự quan tâm đến các sự cố nhỏ là “thành phần chống đối”. Các lãnh đạo cấp cao có thói quen không thích nghe sự thật, cuối cùng sẽ trở nên mù mờ về tình hình thực tế tại tổ chức. Khả năng đối phó với sự cố cũng bao gồm thói quen giám sát liên tục quy trình và báo cáo phản hồi để phát hiện và sửa chữa thiếu sót. Một khi đã xác định được sai sót, cần điều tra kỹ càng để phát hiện các lỗi do con người cũng như tình trạng tiềm ẩn trong hệ thống góp phần gây ra sai sót.

Sự đơn giản hóa là một tính chất nữa của HRO. Thực tế, các tổ chức này thực hiện rất tốt việc đơn giản hóa mọi sự phức tạp nhằm tập trung vào các lĩnh vực và đối tượng ưu tiên. Tuy nhiên, chẳng dễ dàng biến đổi một hệ thống tương tác phức tạp thành những quy tắc đơn giản. Việc đơn giản hóa quá độ có thể có ích trong hầu hết các trường hợp nhưng lại dẫn đến thất bại ê chề khi một sự cố đột xuất xảy ra. Các tổ chức không đơn giản hóa mọi việc thường ít có nguy cơ gặp các sự cố này.

HRO cũng có đặc tính *nhạy bén với hoạt động*. Đội ngũ nhân viên tại tuyến đầu của các tổ chức đã quen với việc các vấn đề tiềm ẩn có thể gây ra các lỗ hổng trong các biện pháp bảo vệ. Nếu nhà lãnh đạo đứng ngoài các hoạt động thường nhật hay tệ hơn là bỏ ngoài tai những phản hồi của đội ngũ nhân viên, các vấn đề tiềm ẩn này sẽ không được giải quyết. HRO có thói quen: (1) tăng cường mối quan tâm đến các vấn đề vận hành tại tuyến đầu, thảo luận các vấn đề vận hành công khai trong toàn tổ chức, (2) cam kết giải quyết các vấn đề trong vận hành một khi đã được phát hiện.

Tôn trọng chuyên môn là một đặc tính nữa của HRO, cũng có thể xem đây là một thành phần của nhạy bén với hoạt động. Tôn trọng chuyên môn có nghĩa là trao quyền quyết định cho nhân viên am tường về vấn đề đó nhất, dù người đó nằm ở vị trí nào trong hệ thống cấp bậc của tổ chức đi chăng nữa. Ví dụ thực tế là giao quyền sắp xếp quy trình khám bệnh của bệnh nhân cho bộ phận văn phòng.

HRO cũng phải *linh hoạt*, nghĩa là tổ chức phải có khả năng phản ứng với các mối đe dọa bất ngờ cũng như khả năng hồi phục sau các sự cố. Các chính sách và quy trình được suy tính kỹ càng, chuẩn hóa đều có khả năng đẩy mạnh tính an toàn. Dù vậy, HRO cũng phải có khả năng nhận diện được các sự cố không thể dùng các quy trình sẵn có để giải quyết. Khả năng phát hiện và thích nghi với tình huống mới và khủng hoảng là đặc tính then chốt của HRO. Điều này đòi hỏi khả năng tối ưu hóa các quy chuẩn trong khi vẫn duy trì khả năng đối phó với thử thách mới. Đây được gọi là cải tiến trong khuôn khổ.

Xu hướng tương lai

Chúng tôi tin rằng trong tương lai gần, vấn đề an toàn cho bệnh nhân sẽ ngày càng trở nên quan trọng và nhận được nhiều sự chú ý trong ngành y tế. Chúng tôi hy vọng sẽ được nhìn thấy sự quan tâm hơn nữa vào việc loại bỏ sai sót và sự cố cũng như việc công khai toàn bộ sai sót cho bệnh nhân và hệ thống y tế.

Do việc báo cáo sự cố được thực hiện ngày một kỹ lưỡng và minh bạch, nên chúng tôi cho rằng sẽ có xu hướng gia tăng việc các công ty bảo hiểm từ chối chi trả cho những sự cố không mong muốn và các biến chứng. CMS đã bắt đầu từ chối các khoản chi phí liên quan đến những tình trạng không được ghi nhận tại thời điểm nhập viện.

Có khả năng các hệ thống chăm sóc y tế sẽ được khuyến khích loại bỏ hoàn toàn sự cố y khoa. Một số biến chứng trước đây từng được xem là hoàn toàn bình thường hay không thể tránh khỏi nhiều khả năng sẽ không còn được thừa nhận nữa. Chúng ta đã có nhiều dự án hợp tác nhằm giảm thiểu nguy cơ, đây là một minh chứng rõ ràng cho sự cải thiện đáng kể tình trạng nhiễm trùng liên quan đến việc đặt catheter và thở máy.

Nhờ vào sự phát triển của bệnh án điện tử và các công cụ thông minh ngay cạnh giường bệnh, hy vọng có thể cải tiến việc lưu trữ và giảm thiểu nguy cơ sai sót do con người. Chúng tôi dự đoán rằng sự tự động hoá sẽ hỗ trợ cho những công việc đòi hỏi phải tập trung cao độ và có tính lặp đi lặp lại điều mà con người khó có thể thực hiện được. Một số ví dụ đáng chú ý có thể kể đến như sử dụng các hệ thống robot trong cấp phát và dán nhãn thuốc hay quét mã vạch giường bệnh đã hỗ trợ bệnh nhân trong quá trình điều trị.

THAM KHẢO

1. Institute of Medicine. To Err Is Human: Quality Chasm Series. Washington, DC: National Academies Press; 1999.
2. Nuland SB. The Doctors' Plague: Germs, Childbed Fever, and the Strange Story of Ignac. New York/London: W.W. Norton & Co.; 2003.
3. Mallon WJ. Ernest Amory Codman. The End Result of a Life in Medicine. Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 2000.
4. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. Qual Saf Health Care. 2003;12:58–64. (Reprinted from Ann Intern Med. 1964;60:100–110.)
5. Leape LL. Error in medicine. JAMA. 1994;272:1851–1857.
6. Pierce EC Jr. The 34th Rovenstine lecture. 40 years behind the mask: Safety revisited. Anesthesiology. 1996;84:965–975.
7. Altman DE, Clancy C, Blendon RJ. Improving patient safety: Five years after the IOM report. N Engl J Med. 2004;351:2041–2043.
8. Reason J. The human error. Brit Med J. 2000;320:768–770.
9. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. N Engl J Med. 2003;348:1051–1056.
10. Lerner BH. A case that shook medicine. How one man's rage over his daughter's death sped reform of doctor training. Washington Post. November 28, 2006. http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2006/11/24/AR2006112400985_pf.html. Accessed December 28, 2007.
11. Asch D, Parker R. The Libby Zion case: One step forward or two steps backward? N Engl J Med. 1988;318:771–775.
12. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol, and performance impairment. Nature. 1997;388:235.
13. Gaba DM, Howard SK. Fatigue among clinicians and safety of patients. N Engl J Med. 2002;347:1249–1255.
14. Parshuram CS. The impact of fatigue on patient safety. Pediatr Clin N Am. 2006;53:1135–1153.
15. Steinbrook R. The debate over residents' work hours. N Engl J Med. 2002;347:1296–1302.
16. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, et al. Systems analysis of adverse drug events. JAMA. 1995;274:35–43.
17. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. JAMA. 1995;274:29–34.

18. Rozich JD, Haraden CR, Resar RK. Adverse drug event trigger tool: A practical methodology for measuring medication related harm. *Qual Saf Health Care*.2003;12:194–200.
19. Board on Health Care Services. Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series, 1st ed. Washington, DC: National Academies Press; 2007.
20. Healy GB, Barker J, Madonna G. Error reduction through team leadership: Applying aviation’s CRM model in the OR. *Bull Amer Coll Surg*.2006;91:10–15.
21. FY 2008 inpatient prospective payment system final rule. Improving the quality of hospital care. Centers for Medicare and Medicaid Services Website <http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter2338>. Accessed July 1, 2008.
22. Ko W, Lazenby WD, Zelano JA, et al. Effects of shaving methods and intraoperative irrigation on suppurative mediastinitis after bypass operations. *Ann Thorac Surg*.1992; 53(2):301–305.
23. Balthazar ER, Colt JD, Nichols RL. Preoperative hair removal: A random prospective study of shaving versus clipping. *South Med J*.1982;75(7):799–801.
24. Horgan MA, Piatt JH Jr. Shaving of the scalp may increase the rate of infection in CSF shunt surgery. *Pediatr Neurosurg*.1997;26(4):180–184.
25. Fletcher N, Sofianos D, Berkes MB, et al. Current concepts review: Prevention of perioperative infection. *J Bone Joint Surg*.2007;89:1605–1618.
26. Veenstra DL, Saint S, Saha S, Lumley T, Sullivan SD. Efficacy of antiseptic-impregnated central venous catheters in preventing catheter-related bloodstream infection: A metaanalysis. *JAMA*. 1999;281:261–267.
27. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Assoc*.2001;49(5):664–672.
28. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res*.1987;36(4):205–210.
29. Hodge J, Mounter J, Gardner G, Rowley G. Clinical trial of the Norton Scale in acute care settings. *Aust J Adv Nurs*.1990;8(1):39–46. [Norton scale for decubitus prevention.] *Krankenpflege (Frankf)*.1980;34(1):16.
30. Gosnell DJ. Pressure sore risk assessment: A critique. Part I. The Gosnell scale. *Decubitus*. 1989;2(3):32–38.
31. Maklebust J, Sieggreen M. Pressure Ulcers: Guidelines for Prevention and Nursing Management. 3rd ed. Springhouse, PA: Springhouse; 2001.
32. U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey Form. <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hformtxt.htm>. Accessed October 1, 2008.

33. Wald H, Shojania KG. Incident reporting. In: Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43, AHRQ Publication No. 01-E058; July 2001. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat1.section.59490>. Accessed January 25, 2008.
34. Leape LL. Reporting of adverse events. *NEJM*.2002;347:1633–1638.
35. Braithwaite RS, DeVita MA, Mahidhara R, et al. Use of medical emergency team (MET) responses to detect medical errors. *Qual Saf Health Care*.2004;13:255–259.
36. Mardstein EL, Simmons RL, Ochoa JB. Patient safety: Effect of institutional protocols on adverse events related to feeding tube placement in critically ill. *J Am Coll Surg*.2004;199:39–47.
37. Dinardo MM, Naschese M, Korytkowski M, Freeman S. The medical emergency team and rapid response system: Finding, treating, and preventing hypoglycemia. *Jt Comm J Qual Saf*.2006;32:591–595.
38. Donihi AC, Dinardo MM, Devita MA, Korytkowski MT. Use of a standardized protocol to decrease medication errors and adverse events related to sliding scale insulin. *Qual Saf HealthCare*.2006;15:89–91.
39. U.S. Department of Veterans Affairs. National Center for Patient Safety. Safety Assessment Code(SAC) Matrix.http://www.va.gov/ncps/SafetyTopics/HFMEA/HFMEA_SAC.html. Accessed July 1, 2008.
40. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, et al. Do house officers learn from their mistakes? *JAMA*.1991;265:2089–2094.
41. Gallagher RM, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients: A time for professional action. *Arch Int Med*. 2005;165:1819–1824.
42. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, et al. Patient and physician attitudes regarding disclosure of medical errors. *JAMA*.2003;289:1001–1007.
43. Witman AB, Park DM, Hardin SB. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. *Arch Intern Med*.1996;156:2565–2569.
44. Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients. *N Engl J Med*.2007;356:2713–2719.
45. Kraman SS, Hamm G. Risk management: Honesty may be the best policy. *Ann Intern Med*.1999;131:963–967.
46. Reason J. Managing the Risks of Organizational Accidents.1st ed. Burlington, VT: Ashgate Publishing Company; 1997.

47. Senge P. The Fifth Discipline: The Art & Practice of the Learning Organization. New York: Doubleday; 2006.
48. Anonymous. Poor communication is common cause of errors; communication critical, says JCAHO official. Health Care Benchmarks and Quality Improvement (BNET Business Network); August 2002. http://findarticles.com/p/articles/mi_m0NUZ/is_/ai_90683346. Accessed October 1, 2008.
49. Grogan EL, Stiles RA, France DJ, et al. The impact of aviation-based teamwork training on the attitudes of health-care professionals. J Am College of Surgeons. 2004;199:843–848.
50. Oriol MD. Crew resource management. Applications in healthcare organizations. J Nurs Adm. 2006;36:402–406.
51. Dunn EJ, Mills PD, Neely J, et al. Medical team training: applying crew resource management in the Veterans Health Administration. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2007;33:317–325.
52. Department of Defense. About Team STEPPS™: DoD Patient Safety Program. <http://dodpatientsafety.usuhs.mil/teamstepps>. Accessed March 19, 2008.
53. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care. 2004;13(suppl 1): i85–i90.
54. Weick KE, Sutcliffe KM. Managing the Unexpected: Resilient Performance in an Age of Uncertainty. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
55. Agency for Healthcare Research and Quality. High reliability organizations: Organizational advice. <http://www.ahrq.gov/qual/hroadvice>. Accessed October 9, 2008.

CÁC NGUỒN ĐỌC THÊM

The Joint Commission (TJC; <http://www.jointcommission.org>) provides assistance in the form of requirements for accredited health care organizations including annual National Patient Safety Goals.

The Institute for Safe Medication Practices (ISMP; <http://www.ismp.org>) is an excellent resource for information about safety in the medication system and pharmacy practice.

The Institute for Healthcare Improvement (IHI; <http://www.ihi.org>) is dedicated to the task of improving the quality of the health care system. Reduction of harm and error is an important part of the IHI's mission.

The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ; <http://www.ahrq.gov>) is the federal organization tasked with responsibility for improving the quality, safety, efficiency, and effectiveness of health care for all Americans and is an excellent resource for patient safety information.

Journal of Patient Safety

The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety

American Journal of Medical Quality

American Medical Association. Patient safety and quality tools. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/12582.html>.

University of California at San Francisco (UCSF)-Stanford University Evidence-Based Practice Center. Making health care safer: A critical analysis of patient safety practices. <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/pdf/ptsafety.pdf>.

Cohen MR. Medication Errors. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 1999.

The Joint Commission. Joint commission resources: preventing medication errors: Strategies for pharmacists. <http://www.jcrinc.com/ProductDetails3309.aspx>.

Morath JM, Turnbull JE. To Do No Harm: Ensuring Patient Safety in Health Care Organizations, 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2004.

Vincent C. Patient Safety. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone; 2006.

Wachter RM. Understanding Patient Safety. New York: McGraw-Hill; 2008

Chương 4: Thiết kế và quản lý tổ chức

TS. James T. Ziegenfuss Jr. và BS. Thomas Biancaniello

Dịch: TS.DS. Võ Thị Hà

Tóm tắt

Nghiên cứu liên tục và chuyên sâu về những thái độ, hành vi của con người, các hệ thống quản lý, và các cấu trúc tổ chức nhằm tạo ra các tổ chức chăm sóc y tế và y khoa chất lượng cao là một đặc điểm then chốt của các tổ chức thành công. Lĩnh vực thiết kế tổ chức và quản lý là lĩnh vực xem xét mọi người hành xử như thế nào và vì sao lại hành xử như thế khi mọi người đang làm việc trong một cơ sở được tổ chức. Thách thức của những người lãnh đạo chịu trách nhiệm về chất lượng là thiết kế một cấu trúc tổ chức và các hệ thống quản lý nhằm đánh giá công khai tình trạng hiện tại về chất lượng, những nỗ lực liên tục để cải thiện chất lượng, và kiểm soát liên tục về chất lượng chăm sóc. Bằng cách cung cấp kiến thức về cách thức cũng như lý do tại sao các cá nhân và các nhóm lại hành xử như họ đã làm, các lý thuyết và khái niệm về hành vi liên quan đến tổ chức giúp cho các nhà lãnh đạo thiết kế các hệ thống quản lý - hệ thống mà có thể giúp cho các bác sĩ (BS) và đội ngũ cán bộ đạt được và duy trì chất lượng y khoa cao.

Những nhà lãnh đạo hiệu quả là những người có năng lực cải thiện nhận thức, tạo động lực và trao quyền cho các thành viên cũng như tạo nên sự năng động trong nhóm, kiến tạo các đội với những đặc điểm giúp làm việc với hiệu suất cao, và tạo ra các chiến lược giúp hợp tác giữa các nhóm. Ngoài ra, những nhà lãnh đạo hiệu quả về cải tiến chất lượng (CTCL) còn biết cách làm thế nào để các yếu tố khác nhau khi thiết kế tổ chức có thể đóng góp tạo ra các tổ chức có chất lượng cao. Những yếu tố này bao gồm các biện pháp khuyến khích, các chiến lược củng cố, lên kế hoạch chiến lược, phát triển và duy trì văn hóa và các giá trị, và các khía cạnh tâm lý khi cho phép truy cập mở nguồn thông tin cũng như các dữ liệu về phản hồi.

Trong chương này, chúng tôi miêu tả các yếu tố chính của thiết kế và quản lý tổ chức cho các lãnh đạo của CTCL.

Các mục tiêu bài học:

Sau khi hoàn thành chương này, người đọc có thể:

- Miêu tả những kiến thức cơ bản về các hệ thống tổ chức
- Xác định các trách nhiệm chính yếu của một nhà lãnh đạo về cải tiến chất lượng (CTCL)
- Miêu tả các bước cần thiết trong việc lên kế hoạch một chương trình CTCL và
- Thảo luận các đặc điểm chính của các tổ chức được học.

Lịch sử

Những thập niên 1980, 1990, những nhà chuyên môn và nhà nghiên cứu về chất lượng y khoa dẫn đầu bởi Crosby, Deming và Juran đã xem xét xem liệu các biện pháp "cải tiến chất lượng áp dụng trong công nghiệp" có thể đóng góp giải quyết các khuyết tật của "hệ thống bảo đảm chất lượng truyền thống" vốn phức tạp và không đầy đủ trong đánh giá và không mang lại sự cải thiện về chất lượng [trong y tế].

Hệ thống bảo đảm chất lượng truyền thống với đặc trưng lịch sử là quy trách nhiệm cá nhân cho nhà chuyên môn để duy trì tính tự chủ của mỗi cá nhân, và xem thẩm quyền chuyên môn và hành chính vượt trội hơn thẩm quyền về [quản lý] chất lượng. Các nhóm bảo đảm chất lượng thiết lập các mục tiêu thông qua lập kế hoạch, trong đó nhiều kế hoạch là để phản ứng lại những lời phàn nàn. Việc đánh giá hồi cứu về hiệu quả [của phương pháp truyền thống này] đã cho thấy thất bại trong việc đạt mục tiêu đề ra. Trái lại, mô hình quản lý chất lượng toàn diện (total quality management - TQM) để cải tiến chất lượng (Quality Improvement - QI) đưa ra phương pháp tiếp cận định hướng theo nhóm (team-oriented), được quản lý (management-led), và tiếp cận ở quy mô tập thể thay vì từng cá nhân (collective). Mô hình này được miêu tả ở Chương 1. Toàn bộ quản lý chất lượng tổ chức có tính chủ động (proactive) và từ nội lực bên trong, với mong muốn tìm kiếm liên tục một cấu trúc hành chính và lâm sàng tốt nhất cho tổ chức.

Tư duy và lý thuyết về hệ thống tổ chức

Đầu thế kỉ 21, các nhà lý thuyết xem tổ chức như một toàn thể (a whole), được điều hành bởi các giá trị và các nguyên tắc, gồm các hệ thống con tương tác với nhau, có sự tích hợp của các cấu trúc và các quá trình. Một nhà lãnh đạo CTCL hiệu quả dùng "tư duy hệ thống" (systems thinking) để phối hợp các hệ thống khác nhau để đánh giá, cải tiến, và kiểm soát chất lượng dùng lý thuyết về tổ chức và các quy tắc về hành vi.

Ackoff định nghĩa một hệ thống như một bộ của 2 hay nhiều phần tử thỏa mãn 3 điều kiện sau: (1) Hành vi của mỗi *phần tử* ảnh hưởng lên hành vi của *hệ thống*. (2) Hành vi của các phần tử và ảnh hưởng của các hành vi lên hệ thống là phụ thuộc lẫn nhau. (3) Bất kể các nhóm nhỏ của các phần tử được thành lập như thế nào, mỗi nhóm nhỏ có một ảnh hưởng nhất định lên hành vi của hệ thống và không có nhóm nhỏ nào là có ảnh hưởng độc lập lên hệ thống.

Những nhà quản lý hành chính và lâm sàng chỉ đạo và điều hành việc CTCL, xem các hệ thống như các *hệ thống xã hội-kỹ thuật*. Pasmore đã giải thích quan điểm này bằng cách làm rõ một vài giả thuyết quan trọng được ghi chú ở Bảng 4-1.

Tương tự, Kast và Rosenzweig xem một tổ chức thành công như một tổ chức mở ra với môi trường bên ngoài (là các sự kiện và các thay đổi chính sách bên ngoài tổ chức/cơ sở được ghi nhận hoặc được lập kế hoạch) và được tạo bởi nhiều hệ thống con. Những miêu tả sau đây dựa trên tác phẩm gốc của Kast và Rosenzweig và được điều chỉnh với các nghiên cứu và các nhìn nhận của các nhà lý thuyết khác. Mỗi hệ thống được xem là có thể được tạo nên từ 5 hệ thống con bao gồm hệ thống con về kỹ thuật, cấu trúc, tâm lý, quản lý, và tổ chức như miêu tả ở dưới.

Bảng 4-1. Quan điểm xã hội-kỹ thuật của cải tiến chất lượng

- Chất lượng phát sinh từ việc giải quyết các công việc một cách tổng thể, chứ không phải từ các bộ phận nhỏ của các công việc.
- Nhân viên phải tự chủ (autonomy) để CTCL.
- Thẩm quyền về CTCL phải được ủy thác.
- Các phần thưởng theo nhóm phải hỗ trợ việc CTCL dựa trên nhóm.
- Các rào cản để CTCL phải được loại bỏ.
- CTCL tiến triển bằng cách nhận ra giá trị mang lại của mọi người.
- Đổi mới để cải tiến góp phần nâng cao chất lượng.
- Chất lượng được thúc đẩy bởi các yếu tố bên trong và bên ngoài.

1. Hệ thống con về kỹ thuật và sản phẩm

Hệ thống con về kỹ thuật và sản phẩm bao gồm công việc cốt lõi của các tổ chức chăm sóc y tế - là cung cấp chăm sóc y khoa. Hệ thống con này khác nhau dựa trên các hoạt động của tổ chức như một tổng thể và như các tiểu đơn vị của nó (như các khoa phòng).

Ví dụ, công nghệ được dùng trong các bệnh viện khác nhau nhiều so với công nghệ được dùng trong một tổ chức duy trì sức khỏe (*health maintenance organization - HMO*¹). Tương tự, công nghệ và các sản phẩm của một phòng cấp cứu tại BV là khác với một phòng xét nghiệm. Hệ thống con về kỹ thuật và sản phẩm được định hình bằng việc sản xuất và quá trình phân phối, chuyên môn hóa về kiến thức và các kỹ năng được yêu cầu, các loại thiết bị liên quan và sự bố trí các cơ sở vật chất.

2. Hệ thống con về cấu trúc

Hệ thống con này liên quan đến cách thức trong đó các công việc của tổ chức được phân chia (phân hóa) và phối hợp (tích hợp). Các biểu đồ tổ chức, các miêu tả về công việc và vị trí chức vụ, các quy định và quy trình định hình nên cấu trúc của hệ thống theo nghĩa chính thức. Cấu trúc còn được xác định bởi các khuôn mẫu (chính thức và mới xuất hiện) về thẩm quyền, cách thức giao tiếp, và quy trình làm việc. Cấu trúc của một tổ chức là cơ sở để thiết lập các mối quan hệ chính thức giữa thực hành lâm sàng và tâm lý của nhân viên. Ví dụ, các hình thức khích lệ bằng tài chính là một công cụ về mặt cấu trúc (structural tool) có thể được dùng để thúc đẩy chất lượng trong thực hành lâm sàng. Nhiều ví dụ về lỗi thực hành bị gia tăng do các hệ thống khen thưởng sai lầm được áp dụng, vì nó là một công cụ có tính cấu trúc hỗ trợ cho các hành vi không mong đợi. Các tương tác và mối quan hệ không chính thức kết nối hệ thống con về kỹ thuật với hệ thống con về tâm lý-xã hội và có thể thoát khỏi cấu trúc chính thức.

Phân tích tình huống

Cấu trúc thúc đẩy chức năng như thế nào

Năm 2005, các nhóm bảo đảm chất lượng và quản lý nguy cơ của bệnh viện (BV) trường Stony Brook đã phân tích dữ liệu từ hệ thống Mạng lưới An toàn Bệnh nhân và các trường hợp lâm sàng đã xác định rằng vấn đề thất bại trong hồi sức bệnh nhân cần được giải quyết.

Thất bại trong hồi sức liên quan đến các tình huống trong đó tình trạng của BN xấu đi và phản ứng của cán bộ y tế hoặc là không đủ hoặc quá chậm để làm đảo ngược tình trạng xấu đi về lâm sàng của BN.

Năm 1995, Lee và đồng sự đã miêu tả đợt đào tạo cho các đội cấp cứu y khoa tại Úc. Những đội này tập trung vào việc phản ứng với các BN có tình trạng lâm sàng xấu đi để bảo đảm rằng BN được hồi sức trước khi BN cần phải chuyển khẩn cấp đến các đơn vị chăm sóc tăng cường hoặc dừng tim-phổi.

Những đội cấp cứu y khoa này được biết đến như đội phản ứng nhanh (ĐPUN - rapid response teams) và bao gồm những nhà lâm sàng có kinh nghiệm - những người mà khi được triệu tập đến bên giường BN có thể đánh giá nhanh chóng tình trạng lâm sàng và thực hiện các biện pháp để xoay ngược tình trạng của BN. Nói tóm lại, bất kì ai chăm sóc cho BN được ủy quyền là phải gọi cho ĐPUN nếu (1) họ nghĩ rằng tình trạng BN đang xấu đi, (2) họ không an tâm về BN dù bất kì lí do gì, hoặc (3) họ không an tâm với mức độ phản ứng như vậy. Nhóm trưởng của ĐPUN có thể là một người có kinh nghiệm - một y tá với kinh nghiệm về chăm sóc tích cực, một nội trú sinh lâu năm hoặc bác sĩ, hoặc nhà điều trị về hô hấp bởi vì các vấn đề về hô hấp là thường xảy ra ở những BN này.

Đội quản lý chất lượng và các nhà lãnh đạo y khoa của BV Stony Brook đã quyết định thử nghiệm một ĐPUN ban đầu dựa vào một ca trực bởi y tá cho một đơn vị lâm sàng. Bởi vì thử nghiệm pilot đầu tiên thành công, chương trình này được áp dụng rộng ra quy mô toàn BV. Trong 22 tháng đầu tiên, số cuộc gọi tăng từ 4 lần/tháng đến 47 lần/tháng. Số trường hợp bị ngừng tim-phổi giảm từ 8/1000 trường hợp xuất viện xuống còn 5.99. Khoa gây mê báo cáo rằng hóa đơn của họ cho phòng phẫu thuật giảm 50%. Gần đây hơn, các hệ thống cảnh báo sớm đã được áp dụng để đẩy nhanh các biện pháp dự phòng để xác định BN (dùng các tín hiệu chức năng sống và các thông số đánh giá lâm sàng khác) cần được can thiệp bởi nhóm chăm sóc BN thậm chí trước khi ĐPUN trở nên cần thiết. Vì vậy, quản lý nguy cơ, đo lường chất lượng, và quyết định hỗ trợ xác định vấn đề; quản lý chất lượng và đội ngũ BV, y tá, y khoa phản ứng thông qua một tổ chức được cấu trúc thành các ĐPUN.

3. Hệ thống con về tâm lý-xã hội

Mỗi tổ chức có một hệ thống con về tâm lý - xã hội (psychosocial subsystem) - chính là sự thay đổi về tâm lý-xã hội của các cá nhân và các nhóm khi tương tác với nhau. Những yếu tố bên ngoài cấu trúc nội tại giúp thiết lập môi trường tâm lý của tổ chức mà trong đó các BS, nhà quản lý, và nhân viên thực hiện các vai trò và hoạt động hành chính và lâm sàng của mình. Bởi vì mỗi tổ chức có một hỗn hợp độc nhất về các yếu tố này, nên môi trường tâm lý giữa các tổ chức khác nhau nhiều. Ví dụ, từ quan điểm của các nhân viên, môi trường của một HMO chắc chắn sẽ khác với môi trường của một đơn vị nhi khoa hay phẫu thuật cấp cứu. Các phần tử của hệ thống con này có thể gồm hành vi và động lực cá nhân, tình trạng và các mối quan hệ về vai trò, và sự năng động cũng như giá trị của nhóm, thái độ, mong đợi, và khát vọng của những người trong tổ chức. Nhiều người tin rằng sự quan tâm tham gia của nhân viên là trọng tâm của cải tiến liên tục [chất lượng].

4. Hệ thống con về quản lý

Hệ thống con về quản lý là sự tích hợp giúp gắn kết tổ chức với môi trường của nó; đặt ra các mục tiêu; phát triển các kế hoạch có thể vận hành được, có tính chiến lược và đầy đủ; thiết kế cấu trúc; và thiết lập việc đánh giá và các quá trình kiểm soát. Các hoạt động quản lý được miêu tả theo cách truyền thống bằng các thuật ngữ lập kế hoạch, tổ chức, phát triển, điều hành, lãnh đạo, và kiểm soát. Những nhiệm vụ này được thực hiện thông qua một chuỗi các vai trò quản lý - giữa các cá nhân, mang tính thông tin và để đưa ra quyết định. Gần đây hơn, thiết kế, giáo dục, và quản lý được xem là các nhiệm vụ cốt lõi; vì vậy, các công việc quản lý bao gồm phát triển chương trình và đào tạo những nhà lãnh đạo y khoa mới. Quản lý điều phối và tích hợp các hệ thống con về sản xuất, cấu trúc, tâm lý và văn hóa với nhau.

5. Văn hóa tổ chức

Văn hóa tổ chức là hệ thống con cuối cùng trong năm hệ thống con. Để thành công và sống sót, các tổ chức phải đáp ứng các yêu cầu xã hội, bao gồm các mục tiêu và giá trị của môi trường bên ngoài. Ở đây chúng tôi bao gồm ý niệm về văn hóa đoàn thể và khả năng hiệu văn hóa như một phần của giải quyết vấn đề về hành chính và lâm sàng. Hệ thống con này liên kết các mục tiêu và giá trị của các thành viên của hệ thống với các mục tiêu và giá trị của xã hội rộng lớn hơn.

Mỗi hệ thống con này là một phần của một kiến trúc mà phải được tạo nên để kích thích CTCL, dù cho mỗi hệ thống con có chứa các rào cản như kiến thức lâm sàng không đủ, làm việc nhóm kém, và lãnh đạo bảo thủ. Chúng được xem là thành phần nội tại khi nhìn từ góc nhìn của tổ chức (ví dụ, bệnh viện, thực hành tư nhân, HMO). Có một "đại hệ thống bên ngoài" bao gồm tất cả các yếu tố bên ngoài ranh giới của một tổ chức (được định nghĩa bởi 5 hệ thống con ở trên). Những yếu tố bên ngoài này có thể bao gồm đa dạng các vấn đề như các xu hướng quốc gia, quốc tế, các tình huống cạnh tranh hay môi trường (một số chúng là các rào cản của chất lượng). Một ví dụ của hỗn hợp phong phú các khía cạnh bên ngoài này bao gồm các nội dung về môi trường được phân loại như sau:

- Kinh tế (ví dụ: kinh tế nhà nước và kinh tế tự nhiên)
- Chính trị (ví dụ: ngăn chặn về giá, các sáng kiến chính sách)
- Công nghệ (ví dụ: thiết bị mới, thuốc)
- Luật (ví dụ: quy định về thực hành sai)
- Văn hóa (ví dụ: các mong đợi, các phương pháp điều trị thay thế)
- Các nguồn lực thiên nhiên (ví dụ: nước, thời tiết)
- Toàn cầu hóa (ví dụ: chiến tranh, ô nhiễm)

Những yếu tố môi trường này vừa là những cơ hội để phát triển vừa có thể dẫn đến sự lãng phí nguồn lực nếu nó không được lên kế hoạch sử dụng đúng.

Các trách nhiệm của một nhà lãnh đạo trong cải tiến chất lượng

Vậy những yêu cầu về khả năng lãnh đạo nào là cần thiết đối với các nhà lãnh đạo về chất lượng? Vì họ lãnh đạo các nỗ lực về CTCL của tổ chức nên 5 trách nhiệm sau là thiết yếu: (1) khả năng diễn thuyết và vận động; (2) đưa ra chính sách, lên kế hoạch và có tầm nhìn; (3) hỗ trợ đưa ra quyết định cho hệ thống cung cấp; (4) phân tích và kiểm soát chất lượng; và (5) đại diện và kết nối với bên ngoài. Năm trách nhiệm này được biểu lộ trong các năng lực quản lý đã được biết nhiều trong ngành công nghiệp về kiến thức, tầm nhìn và kỹ năng phát triển, giao tiếp, và năng lực tương tác giữa các cá nhân, và nó được phản ánh trong các nhiệm vụ và hoạt động nền tảng sau.

Khả năng diễn thuyết và vận động

Nhà lãnh đạo chất lượng y khoa nhận lĩnh vai trò dẫn đầu trong việc khòp nối và kích thích thảo luận về các giá trị liên quan đến chất lượng với đội ngũ hành chính và lâm sàng. Anh ấy/chị ấy nâng cao triết lý và mục đích về chất lượng trong tổ chức và vận động về nó trong nhiều forum, các buổi gặp gỡ hành chính cho tới các hội nghị chuyên ngành của khoa.

Đưa ra chính sách, lên kế hoạch và có tầm nhìn

Quan điểm về chất lượng được giới thiệu tốt như thế nào trong các cuộc thảo luận chiến lược? Liệu nó có được đánh giá là nổi bật khi nó được giới thiệu là làm giảm chi phí, tăng các tỷ suất lợi nhuận, và chia sẻ thị trường? Ở đây nhà lãnh đạo được mong đợi là xác định và giới thiệu các lợi thế cạnh tranh của chất lượng và, quan trọng nhất, là dẫn dắt sự phát triển của các chính sách chính thức của tổ chức về quản lý chất lượng. Thiết kế chính sách bao gồm cân nhắc về các mục tiêu, các phương pháp quản lý chất lượng, các nguồn lực, tổ chức nhân sự, và tác động/ảnh hưởng. Và, như một nỗ lực tăng cường, nhà lãnh đạo chịu trách nhiệm về kiến tạo tầm nhìn về chất lượng tương lai của tổ chức.

Hỗ trợ đưa ra quyết định cho hệ thống cung cấp

Hầu hết các tổ chức chăm sóc y khoa đều cân nhắc liên tục việc thiết kế lại các hệ thống cung cấp [dịch vụ/sản phẩm] của họ. Nhiều tổ chức đang phát triển quá trình tích hợp nội tại các khoa lớn hơn và các hệ thống tinh vi hơn để theo dõi các bệnh nhân, các dịch vụ và giao dịch tài chính. Các tổ chức khác thì tiến hành thảo luận về sát nhập và mua lại. Đẩy mạnh tích hợp, những nhà lãnh đạo về CTCL phải có khả năng liên kết với nhiều mức độ thẩm quyền, và làm cầu nối giữa văn hóa và nhận thức. Nhà lãnh đạo chất lượng y khoa nên đóng vai trò quan trọng trong thiết kế lại và tái cấu trúc các nỗ lực, giữ cho chúng luôn định hướng nhằm đạt được chất lượng và an toàn kinh doanh và lâm sàng tổng thể.

Phân tích và kiểm soát chất lượng

Trong hệ thống đang tồn tại, luôn tồn tại nhu cầu xác định và thu thập dữ liệu về chất lượng, tiến hành các phân tích được yêu cầu, và hành động dựa trên các kết quả này để kích thích cải tiến liên tục hệ thống cung cấp. Nhà lãnh đạo chất lượng được mong đợi là nhà điều phối các quá trình làm việc nhóm trong việc quyết định thông tin nào là xác đáng và quản lý phản hồi dữ liệu sau đó.

Đại diện và kết nối bên ngoài

Người mua, nhà lập chính sách/quản lý (regulators), và người tiêu thụ ngày nay [chủ động] tìm kiếm thông tin về chất lượng chăm sóc của tổ chức. Chúng tôi mong đợi giám đốc điều hành là một nhà lãnh đạo về chất lượng theo nghĩa biểu tượng, thiết lập một văn hóa với các giá trị về chất lượng và triết lý cải tiến liên tục. Chúng tôi mong đợi nhà lãnh đạo chất lượng y khoa giới thiệu đầy đủ những giá trị này trong thực hành, giúp tổ chức đáp ứng và vượt được các tiêu chuẩn thẩm định và nghề nghiệp. Khi những người mua công nghiệp và các nhóm giám sát đòi hỏi dữ liệu, các ví dụ về lợi nhuận mang lại của việc cải tiến liên tục, và các miêu tả chi tiết thực hành quản lý chất lượng, một ai đó phải trả lời được; nhà lãnh đạo chất lượng y khoa điển hình cùng lúc nhận lĩnh trách nhiệm về điều phối và vai trò lãnh đạo.

Vì vậy, để hoàn thành những trách nhiệm giới thiệu ở trên, các nhà quản lý chất lượng hành động trong một vài vai trò then chốt trong hệ thống chất lượng. Đầu tiên, các nhà lãnh đạo chất lượng phải là các *chuyên gia về nội dung (content experts)*, hướng dẫn tổ chức đến một hệ thống hiệu quả và rõ ràng dựa trên triết lý và các phương pháp về chất lượng. Thứ hai, họ phải hành xử như những *nhà giáo dục (educators)*, dạy cho đội ngũ lâm sàng và hành chính về kiến thức và các kỹ năng cơ bản cũng như nâng cao trong lĩnh vực chất lượng. Nhà lãnh đạo về chất lượng (LDVCL) phải giành thời gian giải thích tại sao và làm thế nào việc quản lý chất lượng lại giúp góp phần đạt được các mục tiêu của tổ chức. Thứ 3, họ phải hành xử như những *chuyên gia về quá trình (process experts)*, dùng các kỹ năng làm việc nhóm, kỹ năng giao tiếp giữa các cá nhân để dẫn dắt đội ngũ lâm sàng và quản lý trong quá trình phát triển và sử dụng hệ thống quản lý chất lượng. Cuối cùng, các nhà LDVCL phải có thể và sẵn sàng hành xử như những *nhà đánh giá (evaluators)*, thường xuyên đánh giá tình trạng của hệ thống quản lý chất lượng của cơ sở và tìm kiếm các cách thức để cải tiến thiết kế cũng như vận hành của nó.

Những vai trò của nhà LDVCL được minh họa rõ hơn bằng tập hợp các vai trò quản lý kinh điển của Henry Mintzberg. Hãy nghĩ về nhà LDVCL như nhà quản lý về quá trình chất lượng trong toàn thể của nó.

Thực hiện thành công những vai trò này đòi hỏi những nhà LDVCL được trao quyền (authority) và có năng lực (power) để ảnh hưởng lên hành vi của người khác (ví dụ: để tạo những nỗ lực phối hợp để cung cấp và cải tiến không ngừng chất lượng).

Tiếp cận vấn đề từ hai phía (double track)

Một khi chúng ta nhận ra rằng những quyết định chiến lược ảnh hưởng đến chất lượng, thì rõ ràng rằng những nhà lãnh đạo quản lý chất lượng phải có tiếng nói trong việc chỉ đạo tổ chức (*chiến lược*) và trong việc thực hiện các chiến lược đó (*triển khai*).

Tiếp cận vấn đề từ hai phía đòi hỏi các nhà lãnh đạo trong CTCL tiếp cận các vấn đề và các cơ hội theo hai hướng. Hướng thứ nhất, ở *mức độ tổ chức*, các nhà lãnh đạo phải cam kết một cách chiến lược và công khai với việc cải tiến chất lượng (ví dụ: cải tiến các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và y khoa trong tổ chức). Mức độ có tính chất chiến lược này đòi hỏi các nhà

lãnh đạo cấp cao cần thúc đẩy tầm quan trọng mang tính chiến lược của việc tái thiết kế hệ thống và tạo một tầm nhìn về cải tiến chất lượng trong tương lai. Nhấn mạnh ở đây là việc chọn chiến lược và kiến trúc về tổ chức (ví dụ: các biện pháp khuyến khích, trao quyền, các mối quan hệ, bố trí nhân lực).

Hướng thứ 2, *tiếp cận ở cấp độ nhóm hoặc dự án*, liên quan đến các vấn đề triển khai và rất cụ thể-chuyên biệt (ví dụ: lập kế hoạch xuất viện, sắp xếp sao cho sử dụng các phòng phẫu thuật tối ưu, làm thế nào để thông tin cho các gia đình nghèo về tiêm chủng cũng như các nhu cầu về dinh dưỡng, các thủ thuật tuyển dụng và giữ các bác sĩ lại vùng nông thôn). Một khi vấn đề được xác định, một nhóm được thành lập và các câu hỏi sau được nhanh chóng đặt ra: Chẩn đoán của chúng ta về vấn đề này là gì? Chúng ta cần làm gì? Các thủ thuật giải quyết vấn đề được tiến hành khi nhóm phác thảo các giải pháp đặc hiệu. Có rất nhiều báo cáo về tái cấu trúc và các protocol về CTCL được dùng để hướng dẫn các nỗ lực, một số cho thấy thành công đột phá.

Hướng tiếp cận hai chiều dựa trên một số mục đích phổ biến, bao gồm đánh giá và lượng giá (ví dụ: của cung cấp dịch vụ hiện tại, của ảnh hưởng những thay đổi); dạy và học (ví dụ: về sức khỏe, hiệu quả và hiệu lực của các mô hình cung cấp dịch vụ); và thay đổi và phát triển về tổ chức (ví dụ: cải tiến tiếp cận chăm sóc sức khỏe). Hướng tiếp cận hai chiều với việc hình thành và thực thi các chiến lược là đặc biệt thành công khi công việc được làm với tầm nhìn là tạo nên một tổ chức không ngừng học hỏi.

Các đội làm việc hiệu suất cao (high-performace teams)

Trách nhiệm chính yếu của các nhà LDVCL là nâng cao hiệu quả và hiệu suất của các đội làm việc hiệu suất cao (ĐHSC), nó bao gồm các đặc điểm sau.

Quy mô và cấu trúc

Quy mô của đội hay hội đồng là từ 8 đến 15 người. Với quá nhiều người tham gia, thì theo nghĩa đen của nó sẽ không đủ "đường truyền" [tương tác] giữa các cá nhân. Việc chia đội làm các tiểu nhóm, tiểu ban có thể hữu ích để giải quyết những chủ đề chuyên sâu nhưng chúng có thể làm phức tạp hóa, làm giảm sự linh động và tốc độ [làm việc] của nhóm.

Tầm nhìn chung

Đồng thời tạo nên bởi các nhà lãnh đạo và nhóm, các thành viên của ĐHSC hiểu rõ họ đang đi về đâu (ví dụ: các mục đích của đội) và làm thế nào để công việc của đội phù hợp với các mục tiêu của tổ chức. Tầm nhìn này không phải được thực thi mà được sản sinh bởi cả nhóm.

Các mục tiêu tập trung

Các dự án đặc hiệu được định nghĩa rõ ràng. Các thành viên chọn các mục tiêu có thể quản lý được trong thời gian và nguồn lực hiện có và có mục đích xác định - hạn chế. Mục tiêu càng tập trung, hiệu quả của nhóm càng cao. Sự sáng tạo được tập trung và có mục đích nghĩa là các nhà lãnh đạo tiếp tục bám sát các chủ đề trọng tâm, thúc đẩy các ý tưởng để thảo luận xa hơn, mở ra các lựa chọn mới hoặc dẫn dắt đến các hành động đặc hiệu. Những điều này dẫn đến hoàn thành nhiệm vụ chính của nhóm.

Lãnh đạo

Lãnh đạo của nhóm chú ý đến cả các công việc - cải tiến chất lượng - và mối quan hệ giữa các thành viên của nhóm. Nhà lãnh đạo biết rằng cùng với thời gian, năng lực của nhóm sẽ mang lại những giá trị có ý nghĩa đối với công việc chỉ khi nhà lãnh đạo chú ý đến việc quản lý nhóm. Nhóm đòi hỏi việc lãnh đạo chỉ thực hiện sau khi thu thập thông tin và sự tham gia của mọi người - điều này chỉ có thể đạt được khi thu nhận "input" từ tất cả các thành viên. Các thành viên nhanh chóng hiểu phong cách và định hướng của nhà lãnh đạo. Sự thống trị của lãnh đạo hay lãnh đạo mất kiểm soát sẽ nhanh chóng làm cắt đứt nhiệt tình và cam kết của các thành viên.

Một chương trình làm việc với thời gian xác định - có giới hạn và được chuẩn bị phải được phân phát [cho các thành viên] trước đó. Mỗi thành viên nhóm phải hiểu rõ điều gì được thực hiện - đạt được tại mỗi cuộc họp. Các nhà lãnh đạo phải bám vào lịch trình bằng cách tuân thủ chiều dài cuộc họp được xác định trước đó trong khi duy trì các thời hạn. Những buổi họp dài và những ngày dự định họp bị bỏ lỡ cho tín hiệu rằng nhóm đang bị trôi dạt và dường như không hoạt động hiệu quả.

Sự gắn kết

Trong các ĐHSC, các thành viên nhóm phối hợp hài hòa nhau trong công việc và quan tâm đến các giá trị và vị trí của các thành viên khác. Sự quan tâm và nuôi dưỡng nhóm là phương tiện để nhóm đạt được lịch trình của nó. Các nhà lãnh đạo quản lý xung đột, các quan điểm trái chiều không hợp tác, và bảo đảm rằng sự đóng góp được thực hiện từ tất cả các thành viên. Họ còn bảo đảm rằng không thành viên nào thống trị hoặc theo đuổi một chương trình mà hi sinh cả nhóm.

Hành động

Việc xử lý liên tục các tài liệu về các hoạt động của nhóm trong khi công việc thì không tiến triển về phía trước sẽ nhanh chóng làm giảm hứng thú của các thành viên.

Theo dõi

ĐHSC chú ý lớn đến hai câu hỏi: Các hành động của chúng ta tạo nên ảnh hưởng gì? Đóng góp lâu dài của chúng ta đối với khả năng thực thi của tổ chức là gì? Chú ý đến kết quả của nhóm vừa phải được củng cố và cung cấp thông tin chi tiết.

Lập kế hoạch kiểu Hoshin

Trong các biện pháp ủng hộ quản lý chất lượng, lập kế hoạch chiến lược là thường liên quan đến khái niệm của Nhật về lập kế hoạch kiểu Hoshin. Dù có một số nỗ lực để phân biệt lập kế hoạch chiến lược và lập kế hoạch kiểu Hoshin, trong thực hành tổ chức hiện đại, chúng khá gần nhau. Mục đích của lập kế hoạch kiểu Hoshin là xây dựng khả năng thực hành của tổ chức bằng cách tập trung vào chất lượng của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và y khoa. Hoshin chủ ý kết nối việc lập kế hoạch chiến lược (mức độ cao, dài hạn) với lập kế hoạch để triển khai và thực hiện (người trực tiếp thực hiện, ngắn hạn) bảo đảm rằng những tầm nhìn và dự định tốt nhất sẽ được thực hiện. Những yếu tố của Hoshin được chỉ dẫn để làm cho hai nỗ

lực (chiến lược và triển khai) cùng hòa trộn ở phạm vi tổ chức thành một nỗ lực tích hợp, trơn tru.

Các phương pháp của Hoshin có thể được nắm bắt bằng những yếu tố thiết yếu đầu tiên.

1. Nỗ lực CTCL cần phải bao gồm cả đội ngũ ở tất cả các cấp. Vì vậy, nó là sự nhất quán với quản lý chất lượng tổng thể - bao gồm các cấp và các chức năng, từ những nhà quản lý điều hành cấp cao đến tất cả các cấp nhân viên.

2. Khả năng lãnh đạo của một tổ chức phải ủng hộ rõ ràng quá trình lên kế hoạch, đặc biệt quan tâm lắng nghe đội ngũ cấp thấp hơn và khuyến khích các nhóm liên chức năng. Nỗ lực ban đầu là những cơ hội biểu thị cao đầu tiên của các lãnh đạo. Cơ hội thứ hai là các lãnh đạo tiếp tục chú ý đến các nỗ lực và thành quả của đội.

3. Các nguồn lực là quan trọng và, như trong các nỗ lực quản lý chất lượng khác, được dùng để hỗ trợ việc đào tạo ngay từ ban đầu, với các dịch vụ huấn luyện và tư vấn trong quá trình liên tục thực hiện.

Quá trình lên kế hoạch bao gồm các bước sau:

1. Xác định vấn đề chiến lược then chốt mà tổ chức đối mặt (ví dụ: an toàn của bệnh nhân).
2. Thiết lập các mục đích và mục tiêu kinh doanh tổng quát (bao gồm nhưng không ngoại trừ chất lượng).
3. Chọn các chiến lược để đạt được mục đích (ví dụ: các chiến lược CTCL).
4. Xác định các mục tiêu cụ thể cho mỗi chiến lược.
5. Tạo các thông số đo lường và các dữ liệu để xác định đặc điểm của tình trạng ban đầu (baselines) và sự tiến bộ.
6. Xác định các đo lường tiến triển then chốt dùng để theo dõi chính thức sự tiến bộ.

Lập kế hoạch kiểu Hoshin dựa vào điều cơ bản là sự tham gia của mọi người bằng cách xuất bản [các dữ liệu] về sự tiến bộ, và như thế, phụ thuộc vào văn hóa mở và không phải sợ hãi [của mọi nhân viên]. Quá trình thực hiện được theo dõi với việc xem xét thực thi đều đặn được trình bày và đăng cho tất cả mọi người cùng thấy.

Các tổ chức không ngừng học hỏi (learning organizations)

Làm thế nào chúng ta có thể hiểu xa hơn về chiến lược tổng thể - làm thế nào các kiểu quản lý chất lượng làm việc như một tổng thể? Chúng ta có thể làm gì về quản lý chất lượng trong một tổ chức khi nó tiếp tục tăng trưởng và phát triển? Các tổ chức không ngừng học hỏi được đào tạo kỹ năng để đạt được sự hiểu biết về kinh nghiệm của chính nó và của tổ chức khác và điều chỉnh cách thức mà chúng vận hành dựa trên kiến thức này. Chúng dùng kiến thức này để cải tiến liên tục chất lượng chăm sóc và thực hiện liên quan đến cả chiến lược và cách vận hành.

Năm 1995, Nevis, Dibella, và Gould liệt kê 7 yếu tố then chốt mô tả khuynh hướng của một hệ thống không ngừng học hỏi. Chúng tôi miêu tả chúng trong bối cảnh của CTCL.

Nguồn kiến thức: Nội tại - Bên ngoài

Yếu tố này nhấn mạnh sử dụng kiến thức thu thập từ các kinh nghiệm tổ chức nội tại trong quá khứ bởi tổ chức không ngừng học hỏi cũng như các kiến thức từ bên ngoài thu thập từ so sánh với tổ chức khác (benchmarking), điều này cung cấp bối cảnh so sánh và các ý tưởng để cải tiến và đổi mới.

Tập trung vào sản phẩm-quá trình

Yếu tố này nhấn mạnh cần tập trung vào cả quá trình và kết quả [sản phẩm] để hiểu trọn vẹn chất lượng và đưa chất lượng tiến lên.

Phương thức lưu trữ tài liệu: cá nhân - công cộng

Yếu tố này nhấn mạnh việc phổ biến các kiến thức trong tổ chức minh bạch, công khai với cộng đồng cũng như một số dữ liệu chỉ cho phép tiếp cận bởi các cá nhân hoặc nhóm.

Phương thức phổ biến: Chính thống - không chính thống

Yếu tố này liên quan đến các phương thức khác nhau của phổ biến thông tin và kiến thức trong tổ chức học hỏi không ngừng vốn quan trọng để nâng cao khả năng thực thi. Điều này bao gồm các phương pháp không chính thống về tương tác và mô hình hóa theo vai trò (role modeling) cũng như các phương pháp chính thống hơn của phổ biến có thể liên quan đến xem xét lại khả năng thực thi, tái khẳng định.

Tập trung vào học hỏi: Gia tăng - Chuyển đổi

Yếu tố này đưa ra vấn đề về việc tập trung vào học để gia tăng hoặc học để phức hợp lỗi và học để chuyển đổi hay học tận gốc. Tăng cường các sản phẩm hay quá trình tạo ra những lợi ích gia tăng hoặc tiến hóa so với các lợi ích gốc rễ đạt được thông qua chiến lược chuyển đổi khi chuyển đổi từ chiến lược tập trung vào chăm sóc cấp sang phòng bệnh.

Tập trung giá trị-chuỗi: Thiết kế-Cung cấp

Yếu tố này nhấn mạnh việc tập trung của tổ chức không ngừng học hỏi vào các hoạt động dịch vụ và bán hàng so với tập trung truyền thống hơn vào hoạt động sản xuất.

Tập trung phát triển kỹ năng: Cá nhân - Nhóm

Yếu tố này nhấn mạnh việc tập trung của tổ chức không ngừng học hỏi vào việc phát triển các kỹ năng làm việc nhóm/đội so với tập trung truyền thống vào phát triển cá nhân một mình.

Các xu hướng tương lai

Khi cân nhắc tương lai của tổ chức và các mặt quản lý của quản lý chất lượng, 4 chủ đề sau xuất hiện:

- Sự phức tạp gia tăng của nỗ lực quản lý chất lượng cộng với quy mô đầu tư sẽ tăng thách thức cho quản lý (ví dụ: ai lãnh đạo, đầu tư bao nhiêu cho CTCL, các áp lực về ứng dụng công nghệ).

- Cần thiết cân nhắc khả năng lãnh đạo và quản lý liên hệ với quản lý nguy cơ, vận động bệnh nhân, an toàn, và các biến về chất lượng khác sẽ tăng lên nhanh chóng.
- Duy trì đầu tư cho quản lý chất lượng sẽ bị cạnh tranh trong khi áp lực về chi phí để duy trì và đòi hỏi chứng tỏ lợi ích mang lại của việc đầu tư này.
- Làm thế nào để các cải tiến trong chất lượng sẽ phù hợp với chiến lược tổ chức chung và có thể tích hợp vào các quá trình hình thành chiến lược.

Tài liệu tham khảo:

1. Crosby PB. *Quality Is Free*. New York: McGraw-Hill; 1979.
2. Deming WE. *Out of the Crisis*. Cambridge, MA: MIT Press; 1986.
3. Juran JM. *Juran on Leadership for Quality*. New York: Free Press, 1989.
4. McLaughlin CP, Kaluzny AD. Total quality management in health: Making it work. *Health Care Manage Rev*. 1990;15(3):7–14.
5. Flood AB, Fennell ML. Through the lenses of organizational sociology: The role of organizational theory and research in conceptualizing and examining our health care system. *J Health Soc Behav*. 1995;extra issue:154–169.
6. Ackoff RL. *Creating the Corporate Future*. New York: Wiley; 1981.
7. Pasmore WA. *Designing Effective Organizations: The Sociotechnical Systems Perspective*. New York: Wiley; 1988.
8. Kast FE, Rosenzweig JE. *Organization and Management: A Systems and Contingency Approach*, 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1985.
9. Ziegenfuss JT. *Organization and Management Problem Solving: A Systems and Consulting Approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Books; 2002.
10. Goldfarb S. The utility of decision support, clinical guidelines, and financial incentives as tools to achieve improved clinical performance. *Jt Comm J Qual Improv*. 1999;25(3):137–144.
11. Kerr S. On the folly of rewarding A, while hoping for B: More on the folly. *Acad Manage Exec*. 1995;9(1):7–16.
12. Lee A, Bishop G, Hillman KM, Daffurn K. The medical emergency team. *Anesth Intens Care*. 1995;23:183–186.
13. Hammermeister KE. Participatory continuous improvement. *Ann Thorac Surg*. 1994;58(6):1815–1821.
14. Mintzberg H. The manager's job: Folklore and fact. *Harv Bus Rev*. 1975;49–61.
15. Colenda CC, Wadland W, Hayes O, et al. Training tomorrow's clinicians today—managed care essentials: A process for curriculum development. *Am J Manag Care*. 2000;6(5):561–572.
16. Blair JD, Payne GT. The paradox prescription: Leading the medical group of the future. *Health Care Manage Rev*. 2000;25(1):45–58.
17. Smircich L. Concepts of culture and organizational analysis. *Adm Sci Q*. 1983;28:339–358.

18. Schein EH. *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1985.
19. Lundberg CC. Knowing and surfacing organizational culture: A consultant's guide. In: Golembiewski RT, ed. *Handbook of Organizational Consultation*. New York: Marcel Dekker; 1993.
20. Ziegenfuss JT Jr. Organizational barriers to quality improvement in medical and health care organizations. *Qual Assur Util Rev*. 1991;6(4):115–122.
21. Langlais RJ. Recognizing organizational impediments to the total quality management process. *Best Pract Benchmarking Healthc*. 1996;1(1):16–20.
22. Reinertsen JL. Collaborating outside the box: When employers and providers take on environmental barriers to guideline implementation. *Jt Comm J Qual Improv*. 1995;21(11):612–618.
23. Reinhardt UE. The United States: Breakthroughs and waste. *J Health Polit Policy Law*. 1992;17(4):637–666.
24. Ziegenfuss JT. Five responsibilities of medical quality leaders. *Am J Med Qual*. 1997;12(4):175–176.
25. Ashkenas RN, Fracis SC. Integration managers: Special leaders for special times. *Harv Bus Rev*. 2000;78(6):108–116.
26. Ziegenfuss JT. *The Organizational Path to Health Care Quality*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1993.
27. Ziegenfuss JT. Toward a general procedure for quality improvement: The double track process. *Am J Med Qual*. 1994;9(2):90–97.
28. Nackel JG. Breakthrough delivery systems: Applying business process innovation. *J Soc Health Syst*. 1995;5(1):11–21.
29. Shortell SM, Jones RH, Rademaker AW, et al. Assessing the impact of total quality management and organizational culture on multiple outcomes of care for coronary artery bypass graft surgery patients. *Med Care*. 2000;38(2):207–217.
30. Nevis EC, Dibella AJ, Gould JM. Understanding organizations as learning systems. *Sloan Manage Rev*. 1995;36(2):73–85.

Additional Resources–Further Reading

- Ancil B, Winters M. Linking customer judgments with process measures to improve access to ambulatory care. *Jt Comm J Qual Improv*. 1996;22(5):345–357.
- Begun, JW, Luke RD. Factors underlying organizational change in local health care markets, 1982–1995. *Health Care Manage Rev*. 2001;26(2):62–72.
- Blumenthal D, Edward N. A tale of two systems: The changing academic health center. *Health Aff*. 2000;19(3):86–101.
- Bossidy L. The job no CEO should delegate. *Harv Bus Rev*. 2001;79(3):46–49, 163.
- Checkland P. *Systems Thinking, Systems Practice*. New York: Wiley; 1981.
- Chisholm R, Ziegenfuss JT. Applying the sociotechnical systems approach to health care organizations. *J Appl Behav Sci*. 1986;22(3):315–327.
- Goldsmith J. The Internet and managed care: A new wave of innovation. *Health Aff*. 2000;19(6):42–56.

- Hofer TP, Hayward RA, Greenfield S, et al. The unreliability of individual physician “report cards” for assessing the costs and quality of care of a chronic disease. *JAMA*. 1999;281(22):2098–2105.
- Kazandjian VA, Thomson RG, Law WR, Waldron K. Do performance indicators make a difference? *Jt Comm J Qual Improv*. 1996;22(7):482–491.
- Keating CB. A systems-based methodology for structural analysis of health care operations. *J Manag Med*. 2000;14(3–4):170–198.
- Kritchevsky SB, Simmons BP. Continuous quality improvement: Concepts and applications for physician care. *JAMA*. 1991;266(13):1817–1823.
- Landon BE, Wilson IB, Cleary PD. A conceptual model of the effects of health care organizations on the quality of medical care. *JAMA*. 1998;279(17):1377–1382.
- Lesser CS, Ginsburg PB. Update on the nation’s health care system, 1997–1999. *Health Aff*. 2000;19(6):206–216.
- Maxwell C, Ziegenfuss JT, Chisholm RF. Beyond quality improvement teams: Sociotechnical systems theory and self-directed work teams. *Qual Manage Health Care*. 1993;1(2):59–67.
- McLaughlin CP. Balancing collaboration and competition: The Kingsport, Tennessee experience. *Jt Comm J Qual Improv*. 1995;21(11):646–655.
- Nackel JG. Breakthrough delivery systems: Applying business process innovation. *J Soc Health Syst*. 1995;5(1):11–21.
- Prahalad CK, Krishnam MS. The new meaning of quality in the information age. *Harv Bus Rev*. 1999;77(5):109–118, 184.
- Schein EH. Culture: The missing concept in organizational studies. *Admin Sci Q*. 1996;11(2):229–240.
- Schein EH. Three cultures of management: The key to organization. *Sloan Manage Rev*. 1996;38(1):9–20.
- Schein EH. *Organizational Culture and Leadership*, 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2004.
- Shortell SM, Bazzoli GJ, Dubbs NL, Kralovec P. Classifying health networks and systems: Managerial and policy implications. *Health Care Manage Rev*. 2000;25(4):9–17.
- Weil TP. Management of integrated delivery systems in the next decade. *Health Care Manage Rev*. 2000;25(3):9–23.
- Wyszewianski L. Quality of care: Past achievements and future challenges. *Inquiry*. Spring 1988;25(1):13–24.

Chương 5. Thông tin học trong y khoa

Louis H. Diamond, Cử nhân Y khoa, Cử nhân Phẫu thuật, Hội viên Hiệp hội Bác sĩ Nội Khoa Mỹ, và Stephen T. Lawless, Bác sĩ, Thạc sĩ Quản trị Kinh Doanh

Dịch: DS. Hồ Đức Cường

Hiệu đính: TS.DS. Võ Thị Hà

Tóm tắt nội dung

Việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phụ thuộc mật thiết vào quá trình trao đổi thông tin giữa bệnh nhân và chuyên gia chăm sóc sức khỏe, cũng như giữa các chuyên gia sức khỏe với nhau. Lĩnh vực thông tin học y khoa (TTHYK) nghiên cứu cấu trúc, cách thức thu thập, và ứng dụng của thông tin chăm sóc sức khỏe. Các thành phần của một hạ tầng thông tin bao gồm bệnh án (bao gồm các thành tố như hồ sơ sức khỏe cá nhân và dữ liệu sức khỏe được cập nhật liên tục; các công cụ hỗ trợ ra quyết định tại chỗ; và các hệ thống đánh giá hiệu quả). Tất cả những thành phần này hỗ trợ cho cả việc quản lý từng bệnh nhân riêng lẻ cũng như quản lý các quần thể bệnh nhân.

Công nghệ có thể nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe và công tác đánh giá chất lượng bằng nhiều cách khác nhau. Nó tăng tính chuẩn xác và kịp thời, cho phép cập nhật liên tục các chứng cứ lâm sàng và dữ liệu cho công cụ hỗ trợ ra quyết định để sử dụng ngay tại thời điểm khám bệnh, cải thiện khả năng điều phối thông tin giữa các bác sĩ lâm sàng, giữa bệnh nhân và bác sĩ lâm sàng, và tăng cường khả năng thu thập và báo cáo thông tin về mức độ hiệu quả. Hơn nữa, công nghệ có thể quyết định cách thức thu thập thông tin liên quan trong các kế hoạch chăm sóc sức khỏe để phục vụ cho công tác đánh giá chất lượng, đồng thời quyết định mức độ mà các nhà hoạch định chính sách có thể đánh giá chuyển biến trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe qua từng giai đoạn.

Khả năng truy cập vào hồ sơ bệnh án và các tài liệu y học điện tử về các phương pháp chữa trị tốt nhất và dữ liệu nghiên cứu trên các quần thể bệnh nhân có thể giúp đẩy nhanh sự phát triển của y học chứng cứ. Ngoài ra, “những hệ thống cảnh báo” điện tử có thể hỗ trợ việc ra quyết định điều trị bệnh. Cuối cùng, công nghệ giúp các bác sĩ đẩy nhanh quá trình hình thành thông tin thực hành lâm sàng mới và phổ biến cho những bác sĩ lâm sàng khác, đặc biệt là trong việc cung cấp thông tin về hiệu quả, một yêu cầu cần thiết nhưng chưa đủ để các nhà cung cấp điều chỉnh và tái cấu trúc hệ thống.

Chương này cung cấp một cái nhìn tổng quan về TTHYK cần thiết cho một chuyên gia quản lý chất lượng.

Mục tiêu:

Sau khi hoàn thành chương này, bạn đọc có thể:

- mô tả các sáng kiến quốc gia tạo nên sự phát triển của hạ tầng thông tin chăm sóc sức khỏe quốc gia
- mô tả các thành phần của một hạ tầng thông tin chăm sóc sức khỏe quốc gia
- nhận diện các thành phần cơ bản của các hệ thống mã hóa phân loại tại Mỹ
- thảo luận về bệnh án điện tử (electronic medical record - EMR) và ảnh hưởng của nó đến an toàn và chất lượng; và
- mô tả nguyên lý và các thành phần của một hệ thống hỗ trợ ra quyết định.

Lịch sử: Sự phát triển của TTHYK ở Mỹ

Một điều được nhiều người công nhận đó là việc ứng dụng công nghệ thông tin (CNTT) trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe đang chậm hơn từ 10 đến 15 năm so với các lĩnh vực khác như ngân hàng, sản xuất và hàng không. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đối mặt với một thời đại chưa từng có của cạnh tranh và quản lý dịch vụ chăm sóc, đang chủ động tìm kiếm các cơ hội sử dụng CNTT để cải thiện độ an toàn, chất lượng và chi phí chăm sóc sức khỏe. Trong những năm gần đây, ngân sách cho CNTT trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe ước tính khoảng 12 đến 14 triệu Đô la Mỹ.

Lịch sử gần đây của TTHYK ở nước Mỹ được trình bày ở Bảng 5-1. Trong báo cáo của Viện Y tế Hoa Kỳ (IOM) - *Khắc phục lỗ hổng về chất lượng (Crossing the Quality Chasm)* cho thấy một nhu cầu cấp bách về việc phát triển cơ sở hạ tầng thông tin chăm sóc sức khỏe đảm bảo an toàn và chất lượng. Họ cảm thấy rằng trong bối cảnh thiếu một cam kết quốc gia trong việc xây dựng một cơ sở hạ tầng thông tin y tế trên phạm vi toàn quốc, tiến độ cải thiện chất lượng sẽ vẫn tiếp tục trì trệ. Vào năm 2004, David Brailer đã được bổ nhiệm đứng đầu Văn phòng Điều phối Quốc gia về Công nghệ Thông tin Y tế (ONCHIT), một phòng mới được thành lập trong Bộ Y tế và thuộc Khoa dịch vụ sức khỏe và con người (Department of Health and Human Services-HHS). Theo lệnh của Tổng thống Bush, nhiệm vụ hàng đầu của ONCHIT là tạo ra Mạng lưới Thông tin Y tế Quốc gia Mỹ (U.S. National Health Information Network-NHIN) với những mục tiêu nhất định cho từng giai đoạn. Bản dự thảo đưa ra bốn mục tiêu bao quát: truyền tin thử nghiệm lâm sàng, liên kết các bác sĩ lâm sàng, cá nhân hóa chăm sóc sức khỏe và cải thiện sức khỏe cộng đồng. Các chiến lược cụ thể đã được xây dựng để đạt được những mục tiêu này.

Cộng đồng thông tin y tế Mỹ (American Health Information Community-AHIC) đã được thành lập dưới sự bảo trợ của ONCHIT. AHIC có trách nhiệm toàn diện trong việc hỗ trợ các nhà đầu tư ở cả khu vực nhà nước lẫn tư nhân đưa ra những định hướng chiến lược và đẩy nhanh quá trình xây dựng một cơ sở hạ tầng thông tin y tế quốc gia.

Nhiều bước đột phá khác cũng được mong đợi trong lĩnh vực TTHYK khi ngành công nghiệp chăm sóc sức khỏe triển khai bệnh án điện tử (EMR), nâng cấp hệ thống thông tin bệnh viện,

thiết lập các mạng nội bộ để chia sẻ thông tin giữa các nhà đầu tư, và sử dụng các mạng lưới công cộng như internet để phổ biến thông tin y tế và cung cấp các chuẩn đoán từ xa. Cùng với những thay đổi mạnh mẽ và hướng đi mới trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, năng lực chăm sóc sức khỏe tại chỗ của hệ thống TTHYK đã có những bước tăng trưởng đáng kể trong những năm qua.

Bảng 5-1: Lịch sử TTHYK ở nước Mỹ trong những năm qua

Mốc thời gian	Sự kiện quan trọng
3-2001	Thế chế liên bang đầu tiên về Y tế điện tử được ban hành
10-2001	Sáng kiến hợp nhất TTHYK được triển khai
11-2001	Ra mắt cơ sở hạ tầng thông tin y tế quốc gia
6-2002	Thế chế liên bang về kê đơn điện tử được ban hành
11-2002	Báo cáo của IOM được công bố
12-2003	Thông qua dự luật năm 2003 về thuốc kê đơn, đổi mới và cải cách Medicare (chương trình bảo hiểm y tế dành cho những người cao tuổi, tàn phế hoặc mắc bệnh hiểm nghèo) – bao gồm các dự án thử nghiệm
1-2004	Công nghệ thông tin y tế (Health Information Technology-HIT) được nhấn mạnh trong thông điệp Liên bang của Tổng thống Bush
4-2004	Tổng thống Bush ban hành pháp lệnh về việc thực hiện việc triển khai HIT
5-2004	Văn phòng điều phối quốc gia về công nghệ thông tin y tế (ONCHIT) được thành lập
6-2004	Hội đồng Tư vấn về CNTT của Tổng thống công bố báo cáo với tiêu đề <i>hiện đại hóa chăm sóc sức khỏe với sự trợ giúp công nghệ thông tin (Revolutionizing Healthcare through Information Technology)</i> .
7-2004	HHS phát động kỷ nguyên HIT, một bản dự thảo chiến lược về cơ sở hạ tầng thông tin y tế quốc gia
5-2005	HHS công bố bản báo cáo cuối cùng của Ban Lãnh đạo HIT
6-2005	HHS Công bố Mời thầu để triển khai ấn định tiêu chuẩn, xây dựng Mạng lưới Thông tin Y tế Quốc gia Hoa Kỳ (NHIN), thiết lập một ủy ban cấp chứng nhận, và đảm bảo an toàn bảo mật.
10-2005	HHS đề xuất các dự luật về kê đơn thuốc điện tử
8-2006	AHIC công bố việc thành lập nhiều nhóm làm việc
8-2006	Ban hành đạo luật kê đơn thuốc điện tử hoàn thiện
10-2006	Ban quản lý tiêu chuẩn HIT (HIT Standards Panel-HITSP) đề xuất tiêu chuẩn tương thích đầu tiên

Những thành phần thiết yếu của cơ sở hạ tầng thông tin y tế

Các nguồn dữ liệu

Dữ liệu đặc thù của từng bệnh nhân cần phải được thu thập để cung cấp cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe bệnh nhân, để phục vụ cho hệ thống hỗ trợ ra quyết định chăm sóc y tế tại chỗ, và trợ giúp đánh giá chất lượng thực hiện. Việc nhận diện tiêu chuẩn đánh giá sau đó đối chiếu với các dữ liệu thực tế và tiêu chuẩn bắt buộc của HIT để thu thập và lưu trữ dữ liệu là quy trình thiết yếu để hình thành một kế hoạch hành động chi tiết. Cả AHIC và hội đồng thẩm định khung trình độ quốc gia đã bắt đầu thực hiện quy trình này từ giữa năm 2007.

Dữ liệu có thể thu được từ nhiều nguồn khác nhau: dữ liệu trên hệ thống; dữ liệu trên giấy như bệnh án; và các hệ thống chính thức cung cấp các thông tin thanh toán, như dữ liệu khám chữa bệnh và dữ liệu khảo sát. Một số dữ liệu dạng này có thể được các tổ chức tra cứu thông qua các hệ thống điện tử nội bộ.

Các định nghĩa dữ liệu

Chất lượng của dữ liệu trong một cơ sở hạ tầng thông tin tùy thuộc vào khả năng đáp ứng nhu cầu của người dùng cũng như mức độ hoàn thiện, chi tiết và chính xác của dữ liệu được lưu trữ. Trong hệ thống thông tin chăm sóc sức khỏe, một bộ dữ liệu là một tập hợp các yếu tố dữ liệu được nhiều người công nhận dùng trong một lĩnh vực lâm sàng xác định. Những khái niệm liên quan đến quá trình này bao gồm thuật ngữ, phân loại và danh pháp có thể được dùng thay thế cho nhau. Thuật ngữ là những khái niệm chăm sóc sức khỏe và định nghĩa được dùng để truyền tải thông tin qua hệ thống điện tử thông qua một tập hợp các yếu tố dữ liệu được mã hóa. Về cơ bản, các danh pháp càng được phân loại chính xác thì các thuật ngữ càng được phân biệt một cách rõ ràng và cụ thể.

Hiện nay, hơn 150 hệ thống phân loại lâm sàng, danh pháp, từ điển, thuật ngữ, danh sách từ vựng, và bộ mã đang được sử dụng ở Mỹ. Mỗi hệ thống phân loại được thiết kế để đáp ứng một nhu cầu cụ thể (ví dụ chi trả tiền bồi hoàn cho bác sĩ). Mỗi hệ thống khác nhau về phạm vi áp dụng: đa khoa, chuyên khoa hay lĩnh vực cụ thể. Ngoài ra, nội dung và cấu trúc của các hệ thống phân loại là rất đa dạng. Xây dựng một cơ sở hạ tầng thông tin tương lai đòi hỏi phải phát triển được một hệ thống đo lường chuẩn hóa quốc tế và dễ hiểu. Các thuật ngữ chuẩn cho phép việc thu thập dữ liệu được tiến hành theo một cách thức có hệ thống, đơn giản hóa quá trình thu thập thông tin và tăng cường khả năng phân tích dữ liệu.

Hệ thống phân loại mã hóa

Việc xây dựng một hệ thống phân loại cũng như các tiêu chuẩn cho các yếu tố dữ liệu là rất cần thiết, bao gồm chuyển giao dữ liệu, lưu trữ, phân tích và sử dụng dữ liệu. Sau đây là mô tả về vài hệ thống phân loại.

Hệ thống phân loại bệnh tật quốc tế (International Classification of Diseases-ICD)

Hệ thống chăm sóc sức khỏe ở Mỹ sử dụng hệ thống phân loại bệnh tật quốc tế, phiên bản thứ 9, và được bổ sung các sửa đổi lâm sàng để áp dụng tại Hoa Kỳ (ICD-9-CM) như một hệ thống chính thức để mã hóa các khái niệm liên quan đến chẩn đoán cũng như các thủ tục được thực hiện trong bệnh viện. Hệ thống phân loại được sử dụng trong việc bồi hoàn chi phí cho nhà cung cấp, kiểm định, đo lường và đánh giá chất lượng. Dựa trên hệ thống phân loại của tổ chức Y tế Thế giới (WHO), phiên bản thứ 10 của ICD (ICD-10) được sử dụng để mã

hóa và phân loại các số liệu tử vong từ các hồ sơ chứng tử. Ở Mỹ, Trung tâm quốc gia về thống kê y tế (National Center of Health Statistics-NCHS) và Trung tâm dịch vụ Medicare và Medicaid (CMS) quản lý hệ thống và chỉnh sửa nó để phù hợp với các nhu cầu đặc thù của một hệ thống chăm sóc sức khỏe đang phát triển của quốc gia. Những nỗ lực hiện tại được tập trung vào việc hoàn thiện các sửa đổi lâm sàng trong hệ thống ICD-10 (ICD-10-CM). Ngoài ra, CMS cũng đã hoàn thành việc phát triển một hệ thống phân loại các thủ tục đi kèm với ICD-10. Hệ thống phân loại này có tính linh hoạt và khả năng thích ứng với những công nghệ mới nhanh chóng hơn so với hệ thống ICD-9-CM đã được cập nhật hệ thống phân loại thủ tục trước đó.

Thuật ngữ về các thủ tục hiện hành (Current Procedural Terminology-CPT)

Một hệ thống dùng để phân loại thủ tục lâm sàng và các dịch vụ được cung cấp bởi các bác sĩ gọi là Thuật ngữ về các thủ tục hiện hành (CPT), phiên bản thứ tư (CPT-4). Hệ thống được phát triển dưới sự bảo hộ của Hiệp hội Y tế Hoa Kỳ (AMA) và được sử dụng bởi các tổ chức cấp chứng nhận; bởi người chi trả trong các mục đích hành chính, tài chính và phân tích; và bởi các chuyên gia nghiên cứu hiệu quả, sáng kiến sức khỏe cộng đồng, và dịch vụ sức khỏe. Các nỗ lực đang được tập trung vào việc phát triển thế hệ kế tiếp của CPT (CPT-5). Hệ thống mới được thiết kế để đáp ứng với với những yêu cầu của Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Bảo mật Thông tin về Bảo hiểm Y tế năm 1996 (HIPAA) và hỗ trợ giao diện điện tử. Cụ thể, CPT-5 được thiết kế để tương tác tốt với các hệ thống thông tin nhân khẩu học, hồ sơ sức khỏe điện tử, và các cơ sở dữ liệu phân tích ở nhiều cấp độ chi tiết khác nhau. Có thể đoán chắc rằng CPT-5 sẽ là tiêu chuẩn dùng trong các báo cáo dịch vụ y tế được cung cấp bởi các bác sĩ dưới quy định của HIPAA.

Danh mục y tế hệ thống hóa (Systematized Nomenclature of Medicine-SNOMED)

Được sử dụng ở hơn 40 quốc gia, danh mục y tế hệ thống hóa (SNOMED) bao quát các khái niệm chăm sóc sức khỏe trong phạm vi rộng lớn. SNOMED được tạo ra để lập chỉ mục cho toàn bộ các hồ sơ y tế, bao gồm các dấu hiệu và triệu chứng, các chẩn đoán, và các thủ tục. Nó đang được sử dụng trên toàn thế giới như một chuẩn để lập chỉ mục cho các thông tin hồ sơ y tế. SNOMED có thể được sử dụng trong quản lý danh mục bệnh, nghiên cứu các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nghiên cứu kết quả cũng như phân tích cải thiện chất lượng. SNOMED được phát triển dưới vai trò là một hệ thống mà thông qua đó các thông tin lâm sàng cụ thể có thể được chia sẻ giữa các chuyên khoa, cơ sở khám chữa bệnh và các nền tảng hệ thống thông tin khác.

Hệ thống ngôn ngữ y tế hợp nhất (Unified Medical Language System-UMLS)

Phát triển bởi Thư viện Y khoa Quốc gia, UMLS cung cấp một liên kết điện tử giữa hệ thống từ vựng lâm sàng và tài liệu y khoa từ các nguồn riêng biệt. Mục đích là để phát triển một phương tiện mà nhờ đó nhiều ứng dụng khác nhau có thể khắc phục các vấn đề gây ra bởi những sự khác biệt về thuật ngữ và sự phân tán các thông tin liên quan giữa các cơ sở dữ liệu. Ví dụ, UMLS giúp dễ dàng tạo ra các liên kết giữa các hồ sơ bệnh án của bệnh nhân trên máy tính, cơ sở dữ liệu thư mục, cơ sở dữ liệu thực tế, và các hệ thống chuyên môn. Thư viện Y khoa Quốc gia phát hành các ấn bản này hằng năm, miễn phí dưới dạng hợp đồng bản quyền,

và khuyến khích các phản hồi giúp mở rộng cơ sở dữ liệu. Mạng ngữ nghĩa UMLS bao gồm thông tin về các kiểu mẫu hoặc phạm trù mà qua đó tất cả các khái niệm trong “Siêu Từ điển Y Khoa” (Metathesaurus) được phân chia (vd. Bệnh lý hay hội chứng, virus) cũng như các mối quan hệ giữa chúng (vd. Vi rút gây ra một bệnh lý hoặc hội chứng nào đó).

“Sức khỏe cấp độ 7” (Health Level Seven-HL7)

HL7 là một tổ chức phi lợi nhuận, được chứng nhận bởi Viện Tiêu chuẩn Quốc gia Hoa Kỳ (ANSI), với nhiệm vụ cung cấp các tiêu chuẩn trong việc trao đổi, quản lý và tích hợp dữ liệu y tế giúp hỗ trợ chăm sóc bệnh nhân lâm sàng và quản lý, cung cấp, cũng như đánh giá các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. HL7 hỗ trợ một giao thức cho việc trao đổi các dữ liệu lâm sàng và các dữ liệu quản lý liên quan thông qua hệ thống điện tử. Ứng dụng này truyền đạt các y lệnh, thông tin điều hướng bệnh nhân (đề xuất cơ sở khám chữa bệnh cho bệnh nhân), các kết quả chuẩn đoán, và thông tin thăm khám. HL7 có thể được xem như một chuẩn xây dựng dữ liệu hồ sơ chăm sóc sức khỏe được trao đổi giữa các hệ thống cá nhân mà trong đó dữ liệu và thuật ngữ liên tục được chỉnh sửa và mở rộng để đáp ứng nhiều nhu cầu khác nhau trong hệ thống TTHYK.

Hệ thống định danh theo dõi, tên gọi và mã số Hhợp lý hóa (Logical Observation Identifiers, Names, and Codes-LOINC)

Quá trình phát triển một hệ thống được biết đến với tên gọi Hệ thống định danh theo dõi, tên và mã số hợp lý hóa (LOINC) bắt đầu từ việc sử dụng một bộ các mã số và tên gọi để báo cáo các kết quả thử nghiệm. Sau đó, nó được mở rộng để hình thành một cơ sở dữ liệu các tên gọi, từ đồng nghĩa, mã số, và cả các đánh giá lâm sàng, như dữ liệu EKG. Dữ liệu của LOINC tiếp tục được mở rộng để lưu trữ nhiều đánh giá trực tiếp cũng như quan sát lâm sàng ở bệnh nhân. Dữ liệu LOINC có thể truy cập được thông qua website HL7 của viện Regenstrief. Một nhận xét chi tiết về những tiêu chuẩn cần thiết này được đưa ra trong báo cáo gần đây của IOM với tiêu đề “An toàn bệnh nhân: hình thành một tiêu chuẩn mới trong chăm sóc sức khỏe.” (*Patient Safety: Achieving a New Standard of Care.*)

Các nhóm chẩn đoán tương đồng (Diagnosis-Related Groups-DRGs)

Trong DRGs, các bệnh nhân được phân thành 498 nhóm dựa trên các chẩn đoán, phẫu thuật đã trải qua, độ tuổi, giới tính và các biến chứng cũng như rối loạn gặp phải. Các nhóm chẩn đoán tương đồng là các nhóm đồng nhất được phân loại dựa trên ước tính về viện phí và thời gian nhập viện, được biết đến nhiều nhất trong quản lý viện phí cho chương trình bảo hiểm Medicare, nhưng ngoài ra cũng được sử dụng trong so sánh viện phí và các nghiên cứu hiệu quả.

Các nhóm chẩn đoán tương đồng hướng bệnh nhân (All Patient Refined Diagnosis-Related Groups-APR-DRGs)

Phương pháp này sử dụng một giản đồ hỗn hợp DRG với các mức độ nghiêm trọng dựa trên chẩn đoán để thể hiện mức độ bệnh tật của bệnh nhân. Mặc dù bản chất của phương pháp DRG là dựa trên nguồn tài nguyên, nó sử dụng các xét đoán lâm sàng và nghiên cứu thực nghiệm để thiết kế và thẩm định mức độ nghiêm trọng của bệnh tật.

Trao đổi dữ liệu

Trao đổi dữ liệu là một thành phần quan trọng của cơ sở hạ tầng thông tin. Các vấn đề xung quanh an toàn trao đổi dữ liệu bao gồm cơ chế truyền tin; các chuẩn nội dung và định dạng; một định danh duy nhất để đảm bảo hồ sơ của từng cá nhân được cập nhật chính xác; duy trì tính bảo mật của thông tin; và các cơ chế bảo mật dữ liệu. Những vấn đề này đã và đang nhận được nhiều sự quan tâm, điển hình như trong pháp chế HIPAA năm 1996, được mô tả chi tiết ở chương 9.

Dữ liệu được lưu trữ ở nhiều định dạng khác nhau cần được sắp xếp và định nghĩa. Nếu như thiếu các tiêu chuẩn, việc định nghĩa phải được thực hiện thủ công, tốn kém và có khả năng sai sót. Những tiêu chuẩn định dạng dữ liệu và các yếu tố cấu thành có thể loại bỏ những thao tác nặng nhọc này. Hiện nay, nhiều tổ chức chăm sóc sức khỏe đã sử dụng HL7 để tiến hành tiêu chuẩn hóa.

Một vấn đề quan trọng và gây tranh cãi trong trao đổi dữ liệu chăm sóc sức khỏe là việc sử dụng một mã số nhận dạng duy nhất cho từng bệnh nhân. Mã số nhận dạng duy nhất có thể cho phép truy cập những trải nghiệm chăm sóc sức khỏe trong suốt cuộc đời của từng bệnh nhân thông qua hệ thống điện tử. Sự phát triển của mã số nhận dạng chăm sóc sức khỏe duy nhất được đưa ra trong pháp chế HIPAA năm 1996 nhằm tối ưu năng lực của các hệ thống dữ liệu chăm sóc sức khỏe điện tử. Tuy nhiên, vài năm trước, Quốc hội tạm hoãn việc triển khai một mã số nhận dạng duy nhất cho từng bệnh nhân trên phạm vi quốc gia vì những rắc rối trong triển khai. Có những nguy cơ bảo mật đáng lưu tâm xung quanh việc sử dụng một mã số nhận dạng bệnh nhân duy nhất. Ví dụ, việc sử dụng các mã số an sinh xã hội có thể vô tình tạo ra một liên kết đến những dữ liệu thông tin cá nhân không liên quan đến chăm sóc sức khỏe. Rất nhiều phương pháp không sử dụng số trong việc nhận dạng bệnh nhân đã được đề xuất, bao gồm nhận dạng DNA hay nhận dạng vân tay; tuy nhiên, có vẻ như thậm chí việc truyền tải các thông tin này vẫn phải được thực hiện thông qua các con số. Những vấn đề vừa nêu cũng như nhiều lo ngại về quyền riêng tư khác đã khiến cho việc triển khai một mã số nhận dạng bệnh nhân duy nhất bị trì hoãn đến vô hạn.

Trao đổi thông tin chăm sóc sức khỏe (Health Information Exchange-HIE)

HIE là trao đổi thông tin chăm sóc sức khỏe, và như trong tên gọi của nó, thể hiện việc trao đổi thông tin bằng điện tử. Các thành phần của HIE bao gồm trao đổi thông tin với các bác sĩ lâm sàng - Ví dụ, với các bác sĩ tại bệnh viện và phòng thí nghiệm hoặc giữa các bác sĩ lâm sàng và bệnh nhân. Những yêu cầu cơ bản cho HIE bao gồm các tiêu chuẩn HIT và định nghĩa dữ liệu được chuẩn hóa giữa các cơ sở khám chữa bệnh và các bác sĩ lâm sàng, giúp cho việc thu thập và trao đổi thông tin trở nên dễ dàng hơn. Các tổ chức thông tin y tế địa phương và những thực thể khác sẽ cần một phương thức quản lý và tổ chức để việc triển khai HIE được dễ dàng hơn và cần phải xác định một mô hình hoạt động để xây dựng và duy trì các chức năng cũng như hoạt động. Những hoạt động được hỗ trợ bởi HIE bao gồm kết nối bảo mật; chia sẻ kết quả khám chữa bệnh; hội chẩn điện tử; lược sử bệnh nhân, bao gồm đơn thuốc và thậm chí một hồ sơ sức khỏe đầy đủ; và các công cụ hỗ trợ ra quyết định tự động liên quan hỗ trợ cho cả các chuyên gia chăm sóc y tế lẫn bệnh nhân.

Lưu trữ dữ liệu

Các phương pháp lưu trữ dữ liệu có quan hệ mật thiết với cách sử dụng của chúng. Phương pháp lưu trữ phải cho phép các nhà cung cấp, bệnh nhân, các nhà quản lý và những người khác truy cập vào dữ liệu dưới một định dạng có thể đáp ứng được những nhu cầu đặc thù của họ. Các chức năng riêng biệt của ba hệ thống lưu trữ dữ liệu phổ biến – kho dữ liệu hiệu lực, kho dữ liệu lưu trữ, và kho dữ liệu đặc thù – phải được hiện diện.

Kho dữ liệu hiệu lực lưu trữ dữ liệu thời gian thực, là kho dữ liệu hướng quá trình, cung cấp dữ liệu đầu ra dạng văn bản, và phục vụ cho một chức năng hoạt động riêng biệt. Kho dữ liệu hiệu lực phục vụ cho các hệ thống hỗ trợ ra quyết định lâm sàng (*clinical decision support systems*-CDSS) - các hệ thống hội chẩn lâm sàng sử dụng số liệu thống kê của các nhóm bệnh nhân kết hợp với các kiến thức chuyên môn để đưa ra các thông tin thời gian thực cho các bác sĩ lâm sàng. Mục đích trọng tâm của những hệ thống này đó là quản lý từng bệnh nhân riêng lẻ, và những thông tin đặc thù của bệnh nhân được đưa vào để phân tích. Những hệ thống này rất hữu dụng trong việc hỗ trợ đưa ra các quyết định hàng ngày.

Kho dữ liệu lưu trữ về cơ bản khác với kho dữ liệu hiệu lực ở chỗ kho dữ liệu được thiết kế để hỗ trợ việc đưa ra các quyết định chiến lược hơn là hỗ trợ đưa các quyết định về hoạt động hàng ngày. Kho dữ liệu chứa các dữ liệu cũ được tổng hợp trong các bộ dữ liệu phân tích, và phương thức phân tích được thiết kế linh hoạt để đáp ứng các nhu cầu nghiên cứu khác nhau. Kho dữ liệu cung cấp cách thức thể hiện thông tin dạng đồ họa và phục vụ các chức năng quản lý.

Một kho dữ liệu lưu trữ là một kho dữ liệu tập trung chứa các bản sao dữ liệu tích hợp của một tổ chức được thu thập từ nhiều nguồn khác nhau; đáp ứng nhu cầu của toàn bộ tổ chức; và thông thường bao gồm dữ liệu từ những nguồn như dữ liệu khám chữa bệnh, dữ liệu từ nhà cung cấp, nhà thuốc, phòng thí nghiệm và dữ liệu quản lý cơ sở vật chất. Kho dữ liệu có chức năng phân tích, tham vấn và cũng có thể phân tích các thông tin lâm sàng và tài chính một cách chính xác phục vụ cho việc đánh giá các dịch vụ y tế, đánh giá chi phí cấu thành và hiệu quả làm việc của các bác sĩ lâm sàng.

Thường được xem như “đồ cổ trong thông tin chăm sóc sức khỏe”, kho dữ liệu lưu trữ thông thường chứa thông tin trong khoảng thời gian từ 3 đến 5 năm trước và được sử dụng để đánh giá lâm sàng và hiệu quả tài chính trong các nhóm bệnh nhân sau khi nhận được các dịch vụ chăm sóc y tế. Mặc dù kho dữ liệu lưu trữ chứa các thông tin quan trọng cho phân tích các nhóm bệnh nhân, lượng dữ liệu khổng lồ vẫn khiến nó trở nên cồng kềnh. Kho dữ liệu lưu trữ có mục đích chính là lưu trữ và xây dựng kho dữ liệu đặc thù hỗ trợ cho những mục đích cụ thể.

Kho dữ liệu đặc thù là kho dữ liệu dành riêng cho từng chuyên khoa, có quy mô nhỏ hơn, quản lý ít tốn kém hơn, và tốn ít thời gian để xây dựng. Được xây dựng cho mục đích phân tích cụ thể và phục vụ một nhóm nhỏ các nhà phân tích. Một kho dữ liệu đặc thù cải thiện khả năng truy cập dữ liệu và giảm bớt những vấn đề bảo trì cho các nhà quản trị dữ liệu. Một khi dữ liệu được lưu trữ trong một kho dữ liệu đặc thù, việc trích xuất chúng để phân tích trở nên dễ dàng hơn bao giờ hết.

Phân tích dữ liệu

Khả năng thu thập và quản lý thông tin chăm sóc sức khỏe và sự trao đổi thông tin dựa trên một cơ sở hạ tầng thông tin là cần thiết cho việc hỗ trợ đánh giá chất lượng và quản lý. Những đo lường chất lượng và báo cáo được mô tả chi tiết hơn ở Chương 2. Ngày nay, nhiều phương pháp luận nổi tiếng và có giá trị có thể được tích hợp trong kho dữ liệu dùng trong các nghiên cứu kết quả, các phân tích hồ sơ nhà cung cấp, quản lý thanh toán và dự báo. Những phương pháp luận có sự điều chỉnh dựa trên nguy cơ được biết đến nhiều là DRGs, APR-DRGs, phân nhóm theo giai đoạn bệnh, liệu trình, phân nhóm điều trị theo liệu trình, phân nhóm liệu trình, các phương pháp đánh giá tài nguyên, các điều kiện lâm sàng ngoại trú, và phân nhóm chi phí chuẩn đoán. Những phương pháp điều chỉnh dựa trên nguy cơ và mức độ nghiêm trọng của bệnh tật đã được thiết kế để tính toán nguy cơ cho các bệnh nhân được điều trị. Chúng được sử dụng để tính toán viện phí và quản lý hiệu quả lâm sàng và chi phí của bệnh viện.

Phân loại giai đoạn bệnh

Phân loại giai đoạn bệnh bao gồm hai phương pháp điều chỉnh theo nguy cơ. Phương pháp thứ nhất dựa trên sự tiến triển của bệnh tật và bao gồm việc theo dõi các cấp độ nghiêm trọng tăng dần của bệnh được biết với tên gọi các giai đoạn bệnh (*disease stages*). Hơn 600 loại bệnh đã được phân loại và các bệnh nhân có thể được xếp vào nhiều hơn một nhóm bệnh dựa trên số lượng các chẩn đoán được lưu trữ trong dữ liệu của bệnh viện. Chi phí điều trị, thời gian nằm viện, và thang đánh giá tử vong trong một giai đoạn nhất định của bệnh là các dữ liệu cơ bản cho phương pháp điều chỉnh theo nguy cơ thứ hai. Việc phân loại này cho phép các ước tính lượng tài nguyên sử dụng và tỷ lệ tử vong trong bệnh viện ở cấp độ bệnh nhân.

Liệu trình (Episodes)

Một đơn vị phân tích trong phương pháp điều chỉnh rủi ro theo liệu trình là một đợt điều trị được xác định dựa trên diễn biến lâm sàng của bệnh tật. Các dữ liệu chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân nội trú và ngoại trú được liên kết với một liệu trình. Một liệu trình kết thúc sau một khoảng thời gian không có dữ liệu khám chữa bệnh mới nào và bệnh nhân được cho là đã phục hồi từ một bệnh tật hay tình trạng nào đó. Các liệu trình mãn tính thông thường là không giới hạn và các dữ liệu khám chữa bệnh mới được tích lũy trong suốt thời gian nghiên cứu.

Phân nhóm điều trị theo liệu trình (*Episodic Treatment Groups - ETGs*)

Phương pháp ETGs sử dụng các liệu trình điều trị tương đồng để phân loại bệnh nhân theo tình trạng bệnh và các can thiệp phẫu thuật hay y tế. Các tỷ trọng chi phí tài nguyên thể hiện hiệu quả điều trị bệnh nhân của bác sĩ.

Phân nhóm liệu trình MEDSTAT (*MEDSTAT Episode Grouper - MEG*)

Trong phương pháp MEG, các liệu trình được thiết kế dựa trên bệnh tật hoặc các tình trạng bệnh lý của bệnh nhân, không phụ thuộc vào phương pháp điều trị. Mỗi liệu trình được thiết kế cho một giai đoạn phát triển của bệnh dựa trên loại bệnh và mức độ nghiêm trọng. Phương

pháp này cho phép người sử dụng so sánh và đối chiếu thời điểm và sự phù hợp của các can thiệp y tế.

Các phương pháp đánh giá tài nguyên

Các phương pháp điều chỉnh nguy cơ dựa trên chẩn đoán (Diagnosis-based risk-adjustment methods) tính toán chi phí đã điều chỉnh theo nguy cơ được trả cho các bác sĩ và bệnh viện. Các phương pháp đánh giá hiệu quả sử dụng tài nguyên này được ứng dụng trong quản lý bệnh và nghiên cứu hồ sơ nhà cung cấp.

Phân nhóm lâm sàng ngoại trú (*Ambulatory Clinical Groupings* - ACGs)

Phương pháp phân nhóm lâm sàng ngoại trú dựa trên việc sử dụng các chẩn đoán và dữ liệu nhân khẩu học của bệnh nhân được thu thập từ các dữ liệu bệnh nhân nội và ngoại trú. Bệnh nhân được sắp xếp vào một nhóm ACG duy nhất dựa trên thông tin nhân khẩu học và các chẩn đoán trong thời gian nghiên cứu. Trong một vài trường hợp, ACG được sử dụng trong nghiên cứu các tình trạng bệnh lý cụ thể; tuy nhiên, đa phần phạm vi của các nhóm nghiên cứu rất rộng (ví dụ, các tình trạng mãn tính, không ổn định).

Phân nhóm chi phí chẩn đoán (*Diagnostic Cost Groups* – DCGs)

Mục đích cơ bản của phương pháp điều chỉnh rủi ro dựa trên phân nhóm chi phí chẩn đoán (DCGs) là thiết kế một phương pháp để ước tính chi phí chăm sóc sức khỏe ngoại trú phải trả cho bác sĩ. Ban đầu, các chẩn đoán lấy từ dữ liệu bệnh nhân nội - ngoại trú được chia thành 543 nhóm chẩn đoán. Các nhóm này lại được chia thành 118 nhóm nhỏ tùy theo mức độ tình trạng bệnh lý (hierarchical condition categories - HCCs). Dựa trên HCCs của bệnh nhân, các ước tính thống kê sẽ phản ánh chi phí phát sinh trong từng trường hợp. Bệnh nhân có thể được phân loại dựa trên các đặc điểm nhân khẩu học (tuổi tác, giới tính, tình trạng bảo hiểm, và các đặc điểm kinh tế xã hội khác), cũng như dựa trên đánh giá tình trạng sức khỏe. Phương pháp điều chỉnh hỗn hợp này dự đoán các dịch vụ y tế sẽ cung cấp cũng như chi phí. Nhiều ứng dụng phân nhóm khác, như ACGs, DCGs, và các ứng dụng phân loại giai đoạn bệnh cũng có thể được sử dụng. Những phương pháp phân loại và phân tích này rất quan trọng trong việc nghiên cứu nâng cao chất lượng bởi vì chúng phản ánh chất lượng chăm sóc sức khỏe thông qua theo dõi tình trạng sức khỏe của bệnh nhân trong quá trình điều trị.

Nhiều phương pháp điều chỉnh khác cũng được sử dụng phổ biến. ACGs sử dụng dữ liệu chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân để nhóm các bệnh nhân (có nhiều khả năng) cần một lượng tài nguyên chăm sóc sức khỏe như nhau lại với nhau, dựa trên giả thiết rằng mỗi tình trạng bệnh lý thì cần sử dụng một lượng tài nguyên nhất định. ACGs sử dụng các quy tắc chẩn đoán ICD-9 và dữ liệu nhân khẩu học để xếp các bệnh nhân vào một trong 83 nhóm riêng biệt được khảo sát có cùng một nhu cầu về tài nguyên. Tương tự, DCGs cần các dữ liệu chẩn đoán ICD-9 từ dữ liệu chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân, trong đó việc phân nhóm được dựa trên chi phí mẫu của những bệnh nhân có sử dụng bảo hiểm Medicare. Việc phân nhóm bệnh tật theo giai đoạn là một cách để điều chỉnh sự chênh lệch về mức độ nghiêm trọng của bệnh

lý ở bệnh nhân, dựa trên quan niệm rằng bệnh tật phát triển một cách tự nhiên theo giai đoạn và giả thiết rằng những giai đoạn có thể được đánh giá một cách độc lập mà không phụ thuộc vào các dịch vụ y tế được cung cấp.

Bệnh án điện tử (Electronic Medical Record-EMR)

Hệ quả của một nền dân số già lên nền kinh tế và hệ thống chăm sóc sức khỏe đã quá rõ ràng. Những thay đổi gây ra bởi cơ cấu dân số sẽ tạo ra nhiều nguồn lực khác nhau, bao gồm các nguồn lực liên quan đến công nghệ, những nguồn lực này sẽ định hình nền công nghiệp chăm sóc sức khỏe trong những năm tới. Bệnh án điện tử là một phương tiện để xây dựng một trung tâm thông tin dữ liệu để phục vụ dưới vai trò là một kho chứa dữ liệu thông minh để nâng cao năng lực của các tổ chức tham vấn sức khỏe và nhân lực trong lĩnh vực thu thập và phân tích dữ liệu. Trung tâm thông tin dữ liệu này có thể đóng vai trò như một phương tiện để xúc tiến và phổ biến các khái niệm về dữ liệu chuẩn hóa cũng như các phương pháp chăm sóc sức khỏe tốt nhất cho các nhà cung cấp, người bệnh, và tất cả những ai quan tâm đến nỗ lực nâng cao chất lượng mang tầm quốc gia nói riêng và quốc tế nói chung.

Hiện tại, hơn 60% người sử dụng tin rằng bệnh nhân sẽ nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt hơn và các sai sót sẽ được giảm thiểu nếu thông tin được chia sẻ giữa các bác sĩ và các nhà nghiên cứu thông qua các hệ thống điện tử. Hơn 50% người sử dụng tin rằng chi phí chăm sóc sức khỏe cũng có thể được giảm xuống. Hơn 90% người sử dụng nghĩ rằng bệnh nhân nên được tiếp cận với các thông tin Bệnh án điện tử được quản lý bởi bác sĩ của họ; 67% tin rằng những lợi ích của Bệnh án điện tử hoàn toàn lấn át những quan ngại về tính bảo mật riêng tư. Tuy nhiên, chỉ khoảng 25% trong số đó cho biết rằng bác sĩ của họ có sử dụng Bệnh án điện tử ở một mức độ nào đó.

Những kỳ vọng không đi đôi với mức độ trải nghiệm tạo ra một lỗ hổng kiến thức đối với bệnh nhân và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Một số tiêu chuẩn lý tưởng của Bệnh án điện tử được liệt kê trong Bảng 5 – 2.

Một hệ thống Bệnh án điện tử cho phép nhiều quá trình không còn phải phụ thuộc vào con người. Các sai sót về mặt con người và hệ thống là những rào cản chính đối với việc quyết định các phương pháp điều trị tốt nhất. Những sự chênh lệch đáng kể so với kết quả được mong đợi thường được gây ra bởi những sai sót đó. Việc giảm thiểu những chênh lệch này chỉ có thể thực hiện được nếu như một cơ sở hạ tầng được thiết lập để giúp việc thu thập và phân tích dữ liệu trở nên dễ dàng hơn và ứng dụng các kết quả đó vào thực tiễn.

Màn hình theo dõi, bơm thông minh dùng tiêm thuốc, dùng mã vạch để nhận dạng, và các công nghệ mới khác hướng về chăm sóc đã được đưa vào sử dụng tại giường bệnh nhưng vẫn chưa được tích hợp một cách hoàn thiện với EMRs. Việc thiếu đồng bộ giữa các thiết bị trên giường bệnh này và EMRs tạo ra một gánh nặng mới cho các nhân lực trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe và có thể làm họ bối rối gây ảnh hưởng đến hiệu quả nghiệp vụ lâm sàng cũng như trách nhiệm của họ.

Hệ thống ra y lệnh điện tử (Computerized Physician Order Entry-CPOE)

CPOE (xem chương 3) là một quá trình ra y lệnh điện tử từ các chỉ định điều trị của bác sĩ cho bệnh nhân. Những y lệnh này được trao đổi với các khoa phòng phù hợp, đội ngũ hỗ trợ,

và các nhà cung cấp khác thông qua một hệ thống máy tính để giảm sự chậm trễ trong việc ra mệnh lệnh và loại bỏ các sai sót do không rõ ràng trong chỉ định viết tay của bác sĩ. Kinh nghiệm cho thấy các sai sót trong kê đơn được giảm thiểu khi CPOE được ứng dụng. Phụ thuộc vào mức độ tinh vi của hệ thống CPOE được ứng dụng, nhiều lợi ích khác sẽ được thể hiện trong việc kê đơn và bảo đảm an toàn sức khỏe cho bệnh nhân, cũng như loại bỏ nguy cơ chỉ định bị lặp lại.

Nhiều bệnh viện tại Mỹ có một ứng dụng được thiết kế giành cho những người không phải là bác sĩ để đánh máy các y lệnh viết tay của bác sĩ trong sổ khám bệnh của bệnh nhân, nhưng chỉ một số nhỏ ứng dụng CPOE. Các nghiên cứu về chất lượng của việc sử dụng hệ thống CPOE mà không có khả năng hỗ trợ ra quyết định cho thấy mặc dù các sai sót liên quan đến tính rõ ràng của chỉ định viết tay được loại bỏ, nhưng lại tồn tại một lượng lớn các sai sót về kê đơn thuốc khác không liên quan đến tính rõ ràng của chỉ định viết tay (Hình 5 – 1).

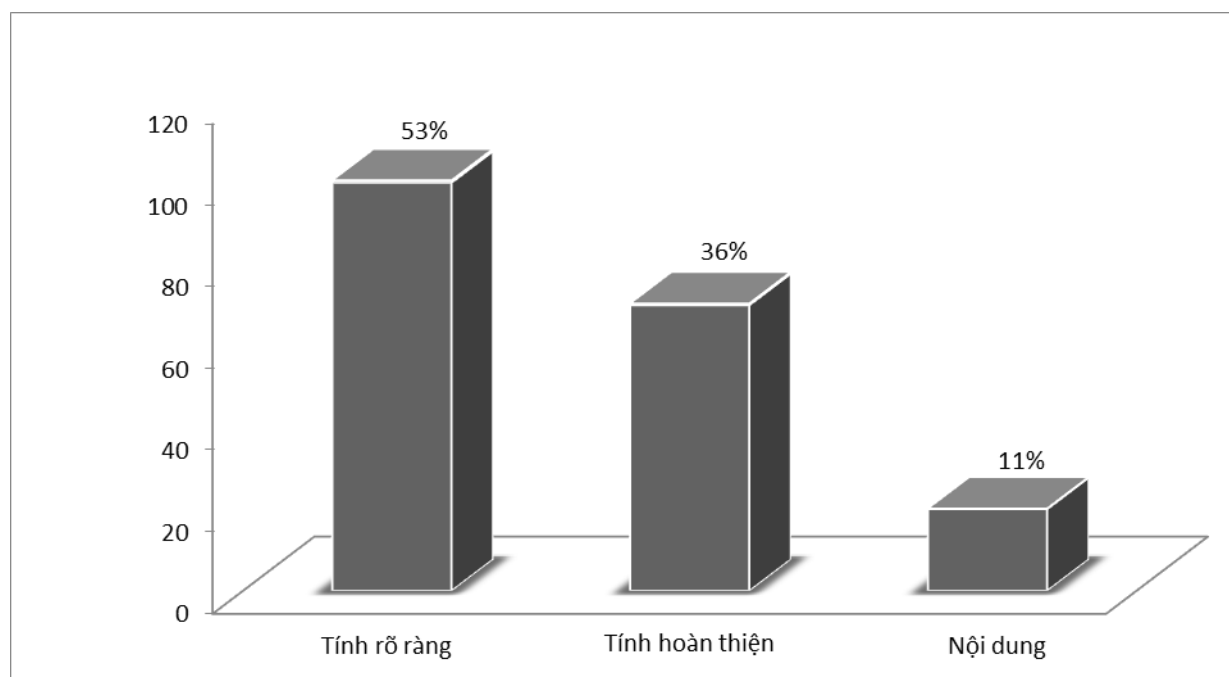
Bảng 5 – 2 Những kỳ vọng về hệ thống EMR

Cung cấp khả năng lưu trữ mọi thông tin về bệnh nhân, cả trong quá trình trị liệu cũng như định kỳ.

Đóng vai trò như một nguồn dữ liệu duy nhất chứa đựng tất cả các thông tin về bệnh nhân trong suốt cuộc đời họ.

Cho phép các nhà cung cấp đang làm việc với bệnh nhân có thể tra cứu thông tin của bệnh nhân một cách kịp thời.

Nếu được tích hợp với một kho dữ liệu lưu trữ, dữ liệu từ nhiều hệ thống EMR và ứng dụng có thể được tổng hợp lại nhằm cung cấp một phương tiện để quyết định phương pháp chữa trị tốt nhất, các phác đồ chăm sóc phù hợp nhất, và giúp cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng.



Hình 5 – 1. Các sai sót liên quan đến kê đơn viết tay và có thể được phòng tránh nhờ CPOE

Nguồn: Biểu đồ này được cung cấp bởi Nemours và được lấy từ đánh giá chất lượng trong giai đoạn một tháng năm 2001. <http://www.nemours.org>

Các bác sĩ còn chậm thích ứng với CPOE bởi vì nó làm tăng thời gian viết một chỉ định; nó có thể khiến việc đưa ra các quyết định phụ thuộc vào mức độ phức tạp của cấu trúc y lệnh; và nó yêu cầu một kỹ năng không liên quan đến chuyên ngành (đánh máy) mà có thể nhiều bác sĩ cao tuổi không có. Nhiều bằng chứng gần đây cho thấy EMR có thể giúp giảm thiểu tối đa các sai sót y tế, đặc biệt là những sai sót liên quan đến kê đơn viết tay trên giấy.

Các hệ thống hỗ trợ ra quyết định (Decision Support Systems)

Các hệ thống hỗ trợ ra quyết định là một khía cạnh khác của các hệ thống thông tin dựa trên sự hỗ trợ của máy tính, chúng là các hệ thống dựa trên chứng cứ, được tích hợp với EMR, và bao gồm các kiến thức giúp hỗ trợ việc ra quyết định. Các hỗ trợ ra quyết định có thể được đưa ra dưới dạng “nhắc nhở” hoặc dưới dạng đề nghị hoặc yêu cầu thực hiện các hành động. Mức độ cảnh báo của một nhắc nhở thể hiện mức độ nghiêm trọng của thông điệp. Một “cảnh báo nhẹ nhàng” vẫn cho phép cân nhắc có thực hiện hành động đó hay không, trong khi một “cảnh báo nghiêm khắc” yêu cầu thực hiện một hành động hoặc dừng thực hiện một hành động nào đó và thậm chí yêu cầu chọn ra một hành động từ một danh sách các tùy chọn được định sẵn. Bất cập của hệ thống cảnh báo này đó là tình trạng “bội thực cảnh báo” và làm giảm phản ứng của người dùng đối với các cảnh báo. Tuy nhiên, rõ ràng là những công cụ hỗ trợ ra quyết định này là cần thiết ở một mức độ nào đó, vì nếu không có chúng, những sai sót đáng ra đã có thể phòng tránh được sẽ vẫn xảy ra.

Các hệ thống hỗ trợ ra quyết định thực sự hữu ích. Trong nhiều trường hợp, một cảnh báo dự ứng trong khi ra y lệnh giúp phòng tránh các phản ứng có hại của thuốc cho bệnh nhân. Nhiều công cụ hỗ trợ ra quyết định phức tạp khác được tích hợp trong Bệnh án điện tử yêu cầu chi phí lập trình đáng kể và đắt đỏ hơn. Các nghiên cứu được công bố đã cho thấy giá trị của các công cụ hỗ trợ ra quyết định trong các ứng dụng đưa ra nhắc nhở và yêu cầu.

Ứng dụng của Bệnh án điện tử trong An toàn chất lượng

Một hệ thống Bệnh án điện tử được tích hợp hoàn thiện có thể được xem như xương sống của một hệ thống chăm sóc sức khỏe. Bệnh án điện tử có thể được xem như là một cổng thông tin được sắp xếp hợp lý sao cho bệnh nhân và người thân có thể nhận được nhiều lợi ích ngoài việc chỉ đơn thuần được chăm sóc sức khỏe theo yêu cầu, bao gồm các vai trò được Tổ chức bảo vệ quyền lợi người bệnh liệt kê sau đây:

- **Nắm bắt kiến thức:** hiểu được một cách khái quát cách thức mà hệ thống chăm sóc sức khỏe hoạt động và biết cách truy cập vào các dịch vụ.
- **Giữ gìn sức khỏe:** nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo hướng phòng bệnh hơn chữa bệnh và biết cách giữ gìn sức khỏe.

- Nâng cao sức khỏe: đáp ứng các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt.
- Sống với bệnh tật: điều phối hoạt động chăm sóc sức khỏe hiệu quả cho các bệnh nhân mãn tính hoặc có tình trạng đặc biệt đồng thời đảm bảo chất lượng khám chữa bệnh.
- Đáp ứng các nhu cầu mới và hỗ trợ các ca tử vong: đáp ứng các nhu cầu về thể chất, tâm lý, xã hội, và tâm hồn cho các bệnh nhân và người thân của họ đối với các trường hợp ốm yếu tàn tật kinh niên và khắc phục tác động của những ca tử vong trẻ em, điều được cho là bất thường và không tự nhiên trong xã hội.

Bệnh án điện tử đang cải thiện hiệu quả khám chữa bệnh, có thể thấy được điều đó trong hồ sơ bệnh nhân và thông tin chứa đựng trong đó. Việc công khai bệnh án giúp bệnh nhân tiếp cận được với những thông tin chăm sóc sức khỏe và các kết quả xét nghiệm một cách kịp thời, đồng thời cho phép các bác sĩ đưa ra được những quyết định chính xác trong việc đưa ra lời khuyên cũng như kê đơn cho bệnh nhân. Như đã được công bố, những “tổn thất y tế” (những tiến trình hay quá trình không đạt hiệu quả chi phí, không giảm được tỉ lệ sai sót hay số lượng các bước tiến hành) trong hệ thống chăm sóc sức khỏe chiếm đến 30% tổng chi phí chăm sóc sức khỏe.

Sai sót là điều không thể tránh khỏi trong chăm sóc sức khỏe; các sai sót trong kê đơn theo báo cáo xảy đến với 55% tổng số bệnh nhân, bên cạnh đó 12% gặp phải các phản ứng có hại của thuốc do sai sót trong quá trình kê đơn. Một vài ứng dụng CNTT có thể giảm tỉ lệ sai sót trong kê đơn. CPOE và các công cụ hỗ trợ ra quyết định khác có thể giảm đáng kể tỉ lệ các sai sót nghiêm trọng.

Các yêu cầu trong công tác khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế phải được phân tích kỹ càng trước khi các công nghệ như CPOE có thể được phát triển và ứng dụng một cách hợp lý. Việc ứng dụng EMR, CPOE, và các công cụ hỗ trợ ra quyết định khác là có rủi ro. Các nghiên cứu cho thấy công nghệ CPOE vẫn đang trong quá trình phát triển và cần được tiếp tục đánh giá về hiệu quả “tích hợp hệ thống” và “giao diện người – máy” – kể cả đối với những yếu tố có thể dự đoán được và không thể dự đoán được – về mặt chăm sóc bệnh nhân và kết quả lâm sàng.

Đã có những kết quả khả quan trong quá trình chăm sóc bệnh nhân cũng như các kết quả lâm sàng. Các bệnh nhân được chữa trị với cả hệ thống CPOE cũ và mới đều cho kết quả tương đương về các tiêu chí đánh giá. Với hệ thống CPOE cải tiến, việc quản lý tiêm thuốc vận mạch, giảm đau và máy thở trở nên dễ dàng hơn rất nhiều.

Bệnh án điện tử được xem như là một công cụ mạnh mẽ đáp ứng nhu cầu tiếp cận các thông tin chăm sóc sức khỏe. Liệu EMR cũng có thể được sử dụng để cải thiện các phương diện chăm sóc sức khỏe (ví dụ, chuyển tuyến)? Các báo cáo gần đây cho thấy các sai sót nghiêm trọng có thể tác động tiêu cực đến bệnh nhân thực ra xuất phát từ việc các biên bản bàn giao dữ liệu (cân nặng, đơn thuốc, các thể dị ứng) khi giao ca không được tích hợp trực tiếp trong EMR. Việc thiết kế một ứng dụng bàn giao dữ liệu dựa trên EMR cho các bác sĩ nội trú khi giao ca đã giải quyết được vấn đề này. Các bác sĩ lâm sàng ứng dụng EMR có xu hướng quan tâm đến các chủ đề chăm sóc sức khỏe hàng ngày nhiều hơn bao gồm chế độ ăn uống, nhận thức được các vấn đề về tâm lý xã hội, hút thuốc, đánh giá mức độ nhiễm độc chì, bạo lực gia

đình hay cộng đồng, tàng trữ vũ khí trong nhà, các giai đoạn phát triển hành vi hoặc nhận thức xã hội, tư thế ngủ của trẻ sơ sinh, bú sữa mẹ, ngăn ngừa độc tố và an toàn cho trẻ. Điều thú vị là nhiều báo cáo của bác sĩ sử dụng EMR cho thấy sự giao tiếp bằng mắt trực tiếp giữa bác sĩ với bệnh nhân giảm nhưng tăng thời gian của một lần khám bệnh. Tất cả các bác sĩ sử dụng hệ thống này đều tin tưởng và muốn tiếp tục sử dụng nó. Việc ứng dụng EMR giúp cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe.

Việc ứng dụng EMR vẫn còn đang trong giai đoạn trứng nước, nhưng nó đang ngày càng được nhiều tổ chức sử dụng. Việc triển khai nó vẫn đang còn gặp nhiều trở ngại về chi phí cũng như năng lực ứng dụng công nghệ mới của các bác sĩ. Tuy nhiên tương xứng với những nỗ lực bỏ ra, EMR và hệ thống hỗ trợ ra quyết định kèm CPOE có thể giúp giảm thiểu tối đa những sai sót y tế (đặc biệt là sai sót trong kê đơn). Các ứng dụng chuyên sâu khác của EMR trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe vẫn đang được tiếp tục phát triển.

Hệ thống hỗ trợ ra quyết định tiên tiến, cùng với những hồ sơ bệnh án được tích hợp thông tin thăm khám trong một EMR có thể được ứng dụng để cải thiện năng lực điều phối công tác chăm sóc sức khỏe. Các hệ thống cảnh báo giúp hỗ trợ việc ra quyết định có thể giúp kịp thời phát hiện ra các tiến triển của bệnh tật, cho phép đánh giá lại quá trình điều trị, lấy người bệnh làm trung tâm, và tiếp cận được với các thông tin liên quan đến các tác động về mặt thực tiễn và lý thuyết đến kết quả và chất lượng cuộc sống trong ngắn hạn cũng như dài hạn.

NGHIÊN CỨU VỀ MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH

Hỗ trợ điều phối công tác chăm sóc sức khỏe thông qua một hệ thống Bệnh án điện tử (EMR) hoạt động hiệu quả: Một trường hợp giả thiết về phát hiện, điều trị, và hậu điều trị đối với một ca béo phì ở trẻ em sử dụng EMR.

Một bệnh nhân được hẹn kiểm tra thể chất định kỳ hàng năm. Trong quá trình khám, chiều cao và cân nặng được nhập vào EMR. Sau khi được nhập vào, chỉ số cơ thể BMI được tự động tính toán theo thang đo 100. Bệnh nhân này có một chỉ số BMI cao hơn 95% dân số. Kết quả đo chỉ số BMI vượt ngưỡng bình thường này được so sánh với kết quả đo huyết áp. Nếu huyết áp cũng ở một ngưỡng nhất định (ví dụ, cao hơn 90% dân số), một cảnh báo sẽ được đưa ra để nhắc nhở nhà cung cấp dịch vụ y tế thực hiện các chẩn đoán về béo phì và tăng huyết áp. Đơn vị này sau đó sẽ được nhắc nhở nhập các thông tin quan trọng vào trong hồ sơ khám thể chất cũng như bệnh sử của bệnh nhân. Một lệnh xét nghiệm nhằm phát hiện các dấu hiệu bệnh tật sẽ được chuyển đến cho một phòng xét nghiệm thích hợp (ví dụ, phòng xét nghiệm máu và dung nạp đường huyết) để phát hiện bệnh đái tháo đường và các chứng bệnh tim mạch. Một lịch khám sẽ được đưa ra trong EMR, đồng bộ với kết quả xét nghiệm trả về. Một kế hoạch chăm sóc sức khỏe riêng biệt cho từng bệnh nhân sẽ được lập ra và bao gồm các tư liệu hướng dẫn để bệnh nhân có thể đọc hiểu và tham khảo, các tư liệu cộng đồng để giúp quản lý, đưa ra lời khuyên về các hoạt động thể chất cũng như chế độ ăn uống để bảo vệ sức khỏe. Những nguồn tài nguyên này có thể tiếp cận được thông qua cả những công cụ được tích hợp trong EMR và các liên kết website cho phép truy cập dễ dàng. Nhật ký về các hoạt động thể chất, cân nặng, huyết áp từ đó về sau có thể được cập nhật vào EMR thông qua bệnh nhân khi truy cập vào EMR tại nhà hoặc từ các thiết bị số đã được thiết lập tại nhà (như nhiệt kế, máy đo huyết áp, máy đo đường huyết). Nhật ký bệnh nhân được ghi chép lại ở cả

các thời điểm cố định hay thay đổi nhằm theo dõi kết quả và chất lượng cuộc sống cũng được nhập vào EMR thông qua kết nối Internet để giúp bác sĩ có thể đưa ra các pháp đồ điều trị dựa trên sự chuyển biến sức khỏe của bệnh nhân. Các kết quả này có thể được theo dõi và các kế hoạch điều trị có thể được xem xét lại khi cần thiết không chỉ ở lần tái khám tiếp theo mà còn có thể dựa trên những thuật toán hỗ trợ ra quyết định thông qua theo dõi các tiến triển nhỏ nhất và cảnh báo một cách tự động khi các trường hợp ngoài dự tính xảy ra hoặc khi các mục tiêu đưa ra không có dấu hiệu khả quan.

Hồ sơ Sức khỏe Cá nhân (Personal Health Record-PHR)

Hồ sơ sức khỏe cá nhân (PHR) là một thành phần của hệ thống TTHYK. Nó là một dạng hồ sơ điện tử lưu giữ thông tin sức khỏe của bệnh nhân. Bệnh nhân là người trực tiếp sử dụng, quản lý và chia sẻ thông tin có trong hồ sơ sức khỏe cá nhân. Các mục đích sử dụng khác của PHR là giúp cho các bác sĩ và y tá có thể tiếp cận được với các thông tin của bệnh nhân và giúp việc chia sẻ thông tin trở nên dễ dàng hơn, từ đó tránh được các sai sót cũng như hiểu nhầm để nâng cao hiệu quả chăm sóc bệnh nhân.

Về mặt cấu trúc, PHR bao gồm 3 loại chính: (1) thông tin riêng lẻ là các thông tin được nhập bởi bệnh nhân; (2) thông tin tích hợp, được kết nối trực tiếp và tạo ra bởi Bệnh án điện tử và hồ sơ điện tử của bệnh viện; và (3) thông tin được tạo ra bởi người chi trả hoặc người sử dụng lao động, với các dữ liệu chăm sóc sức khỏe và các dữ liệu khác. Hai loại sau có thể coi là một và đều có các đặc trưng cho phép bệnh nhân có thể nhập thêm thông tin (ví dụ, các loại thuốc đã uống, các phương diện chất lượng cuộc sống, chỉ số huyết áp đo được tại nhà). Cho dù sử dụng phương pháp nào để thu thập, dữ liệu trong PHR phải được tổ chức và sắp xếp một cách dễ hiểu, với các thông tin hữu ích và có thể sử dụng bởi bệnh nhân cũng như các bác sĩ và y tá.

Một vài trở ngại có thể gặp phải trong việc triển khai PHR đó là sự nghi ngại của bệnh nhân về tính an toàn và bảo mật; sự nghi ngờ của các bác sĩ về tính chính xác của dữ liệu (và khả năng xảy ra những sự trùng hợp ngẫu nhiên); thiếu sự đồng bộ dữ liệu giữa Bệnh án điện tử và công tác chăm sóc sức khỏe; thiếu các chuẩn TTHYK và sự rõ ràng minh bạch; và thiếu nhận thức về phía bệnh nhân cũng như các chuyên gia chăm sóc sức khỏe. Ngoài ra, còn nhiều vấn đề khác gặp phải trong việc xây dựng một mô hình khám chữa bệnh có thể giải quyết được bài toán về chi phí để duy trì hoạt động của hệ thống PHR.

Đánh giá một Cơ sở hạ tầng thông tin

Việc đánh giá một hệ thống thông tin cần tập trung vào hiệu quả về mặt kỹ thuật và khả năng đáp ứng được nhu cầu của người dùng cuối. Để đạt được hiệu quả về mặt kỹ thuật, các thành phần của một cơ sở hạ tầng thông tin phải được đánh giá để quyết định những gì là cần thiết và khảo sát hiệu quả hoạt động của cơ sở hạ tầng. Để làm hài lòng người dùng cuối, việc đánh giá cần tập trung xem xét liệu những yêu cầu và tiêu chí đặt ra của người bệnh, bác sĩ, các tổ chức và chính phủ có được đáp ứng hay không.

Về mặt kỹ thuật, các câu hỏi sau đây cần được đặt ra:

- Các nguồn dữ liệu quan trọng có thể tiếp cận được hay không?

- Các nội dung dữ liệu, cấu trúc và mã hóa đã được thiết kế theo chuẩn hay chưa?
- Thông tin đã đủ chi tiết để trả lời các câu hỏi quan trọng hay chưa?
- Dữ liệu có thể được chia sẻ một cách dễ dàng giữa các tổ chức hay chưa, và liệu các hệ thống đã tương tác hiệu quả với nhau?
- Dữ liệu đã được lưu trữ theo các cách phù hợp nhất để đảm bảo có thể trích xuất và phân tích dễ dàng hay chưa?
- Các hệ thống có thân thiện với người sử dụng hay không?
- Các báo cáo có thể được tạo ra nhanh chóng và thuận tiện hay không?
- Dữ liệu có cập nhật và chính xác hay không?
- Giao diện Internet có thân thiện với người dùng hay không?
- Dữ liệu có an toàn hay không? Bảo mật tường lửa nhiều lớp đã được sử dụng hay chưa? Khả năng ngăn cản những người dùng không có thẩm quyền truy cập vào cơ sở dữ liệu?

Đối với người dùng cuối, việc trả lời các câu hỏi sau là rất quan trọng:

- Sự đầu tư này có hiệu quả so với chi phí bỏ ra hay không?
- Hệ thống hoạt động có hiệu quả hay không?
- Các nguồn dữ liệu có được cung cấp đủ để trả lời các câu hỏi quan trọng hay không?
- Hệ thống góp phần vào việc đánh giá và nâng cao chất lượng đến đâu?
- Sự đầu tư có tăng mức độ hài lòng của người dùng hay không?
- Các kết quả có được cải thiện hay không?
- Việc đầu tư đem lại những lợi ích gì?
- Sự chênh lệch về hiệu quả điều trị có được giảm thiểu hay không?
- Các nhu cầu về thông tin và trao đổi thông tin của bệnh nhân, bác sĩ và các nhà quản lý có được đáp ứng hay không?

Các rào cản trong việc phát triển một cơ sở hạ tầng thông tin sức khỏe

Mặc dù một cơ sở hạ tầng thông tin điện tử hứa hẹn đem lại nhiều sự cải thiện về chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sự phát triển nhanh chóng của CNTT vẫn gặp rất nhiều trở ngại về kỹ thuật, tài chính và chính trị. Các rào cản về mặt kỹ thuật bao gồm sự phức tạp, phân quyền, và rời rạc của hệ thống chăm sóc sức khỏe và sự thiếu hụt các chuẩn về thuật ngữ, mã hóa, và truyền tải dữ liệu. Các rào cản về mặt tài chính bao gồm chế độ lương thưởng dựa trên chất lượng làm việc của cán bộ công nhân viên chức trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe chưa được chú trọng, khó khăn trong việc chứng minh tỷ lệ hoàn vốn khi đầu tư một hệ thống CNTT tốn kém, vốn đầu tư cho CNTT thấp, và sự lo ngại của các tổ chức chăm sóc sức khỏe trong việc trao đổi thông tin với các tổ chức cạnh tranh. Các rào cản về chính trị cũng tồn tại, đó là các vấn đề về quy chế trong các ngành công nghiệp, các vấn đề về sở hữu trí tuệ, và lo ngại về bảo mật cũng như quyền riêng tư.

Bản chất phức tạp và rời rạc của hệ thống chăm sóc sức khỏe tại Mỹ gây khó khăn cho việc thu thập và phân tích dữ liệu trong nội bộ cũng như giữa các tổ chức. Các quá trình thu thập và phân tích dữ liệu đòi hỏi việc tổng hợp dữ liệu từ nhiều nguồn khác nhau và đưa ra các so

sánh từ nhiều hệ thống thông tin và quá trình khác nhau. Việc đánh giá chất lượng chăm sóc sức khỏe đòi hỏi khả năng truy cập đến một lượng lớn thông tin từ nhiều nguồn khác nhau; tuy nhiên, các chương trình, kế hoạch, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể sử dụng nhiều gói hệ thống phần mềm khác nhau cho các yêu cầu khác nhau (ví dụ, xử lý dữ liệu khám chữa bệnh, quản lý dịch vụ y tế, và ủy nhiệm nhà cung cấp), và các dữ liệu cơ bản, như danh tính bệnh nhân, có thể thay đổi giữa các kế hoạch chăm sóc sức khỏe khác nhau và đôi khi thậm chí giữa các nhà cung cấp khác nhau trong một kế hoạch chăm sóc sức khỏe. Ngoài ra, nhiều nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không nằm trong hệ thống các nhà cung cấp lớn với các mạng lưới thông tin rộng khắp. Hệ thống chăm sóc sức khỏe tại Mỹ mang tính phân quyền cao, thiếu sự nhất quán trong các chuẩn dành cho thuật ngữ, mã hóa dữ liệu, hoặc chuyển giao dữ liệu giữa các nhà cung cấp hoặc phân phối. Mặc dù một vài chuẩn được phát triển bởi các tổ chức được chính thức công nhận bởi Viện Các Tiêu Chuẩn Quốc Gia Mỹ và được sử dụng rộng rãi, vẫn tồn tại rất nhiều biến thể, bởi vì nhiều tổ chức sửa đổi các tiêu chuẩn này để phục vụ cho mục đích riêng của họ. Hơn nữa, nhiều nhà cung cấp các dịch vụ lâm sàng nhỏ lẻ có các hệ thống thống phân loại riêng biệt của họ. Sự thiếu nhất quán của các chuẩn dữ liệu là một rào cản lớn đối với việc ứng dụng công nghệ để cải thiện chất lượng, bởi vì nó cản trở việc đồng bộ thông tin từ cấp độ địa phương ra cấp độ quốc gia. Việc đánh giá và phân tích kết quả, liên tục cải thiện chất lượng, và việc phân bổ các tài nguyên có hạn để tối ưu hiệu quả và chất lượng đòi hỏi một cơ sở dữ liệu đồng nhất và có thể đối chiếu được.

Hiện tại, một rào cản chính đối với việc ứng dụng CNTT trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe đó là ngân sách cho việc ứng dụng CNTT rất hạn chế so với các ngành công nghiệp khác. Ví dụ, ngân sách ứng dụng CNTT trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe chỉ là 543 đô la trên một nhân viên, trong khi là 12.666 đô la trong lĩnh vực môi giới chứng khoán. Chăm sóc sức khỏe chỉ xếp thứ 38 trên tổng số 58 ngành công nghiệp về đầu tư CNTT.

Một nguyên nhân dẫn đến hạn chế về đầu tư ngân sách đó là khó khăn trong việc chứng minh tỷ lệ hoàn vốn đầu tư. Một nguyên nhân khác đó là việc đầu tư vào các kho dữ liệu lớn đã không đáp ứng được mong đợi. Đầu tư vào các công nghệ nâng cao chất lượng có thể một phần bị hạn chế bởi việc cán bộ chăm sóc sức khỏe không được trả lương theo chất lượng công việc. Lo ngại trong việc chia sẻ thông tin với các đối thủ cạnh tranh cũng có thể làm chậm quá trình phát triển của cơ sở hạ tầng thông tin được tích hợp bởi vì các nhà cung cấp có thể nghĩ rằng nó có thể ảnh hưởng đến vị thế cạnh tranh của họ. Ngoài ra, các nhà cung cấp có thể không muốn thay đổi các hệ thống quản lý dữ liệu của mình để tích hợp các hệ thống chuẩn hóa bởi vì họ cho rằng chi phí bỏ ra cho nó là không cần thiết.

Trong lĩnh vực chính trị, có thể thấy được tầm quan trọng của an toàn và bảo mật dữ liệu. Rào cản quy chế là một trở ngại khác. Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ hiện vẫn đang còn tranh cãi về việc liệu có nên xem các phần mềm hỗ trợ ra quyết định lâm sàng như một thiết bị y tế hay không. Các lo ngại khác liên quan đến các vấn đề và trách nhiệm pháp lý về sở hữu trí tuệ.

Thông tin y khoa và Tỷ lệ hoàn vốn

Thông tin học y khoa đang ngày càng được công nhận như một hệ thống giúp giảm thiểu sai sót và các phản ứng nguy hại của thuốc, nâng cao hiệu quả và chất lượng, và cho phép điều phối công tác chăm sóc sức khỏe cũng như theo dõi sức khỏe. Đối với mỗi phương diện kể trên, các nghiên cứu vẫn còn rất mơ hồ, gây khó khăn cho việc đưa ra các kết luận từ các dẫn chứng về hiệu quả ứng dụng thử nghiệm tại các trung tâm nghiên cứu, mô hình cụ thể, các hệ thống TTHYK đang được phát triển.

Có rất ít các nghiên cứu liên quan đến chi phí đầu tư và chi phí triển khai cũng như duy trì hoạt động của một mạng lưới thông tin y tế. Kaushal và các cộng sự đã ước tính được chi phí đầu tư là 156 triệu đô-la, với 48 triệu đô-la chi phí duy trì hoạt động hàng năm. Chaudhry và các cộng sự đã nhấn mạnh những khó khăn trong việc khái quát hóa và các vấn đề liên quan trong báo cáo mang tính hệ thống của họ về tác động của TTHYK đối với chất lượng, hiệu quả và chi phí. Một nghiên cứu được thực hiện bởi Hillestad và các cộng sự khẳng định rằng hơn 81 triệu đô-la có thể được tiết kiệm mỗi năm nhờ vào việc triển khai các hệ thống và mạng lưới Bệnh án điện tử.

Tuy nhiên những con số thống kê này được tính toán ở cấp độ quốc gia, vì vậy không dễ gì có thể áp dụng cho các khu vực cũng như địa phương cụ thể. Ngoài ra, các chi phí không được chia đều cho các cổ đông khác nhau, và các lợi ích thì lại được chia đều cho nhiều cổ đông khác nhau, nhưng nhiều khi lại không đến tay người phải đứng ra chi trả các chi phí đó. Vai trò của các tổ chức nhà nước cũng như tư nhân trong lĩnh vực tài chính vẫn đang còn bỏ ngỏ.

Các xu hướng tương lai

Chúng tôi tin rằng TTHYK sẽ đóng một vai trò quan trọng trong tương lai trong việc nâng cao chất lượng và đảm bảo an toàn cho bệnh nhân. Việc xuất hiện ngày càng nhiều các công nghệ và hệ thống thông tin mới sẽ giúp giảm thiểu hoặc xóa bỏ hoàn toàn những nguy cơ nghiêm trọng đến an toàn sức khỏe của bệnh nhân và đồng thời sẽ có hiệu quả chi phí cao hơn, cho phép ứng dụng rộng rãi hơn các hệ thống thông tin tại các cơ sở y tế vừa và nhỏ cũng như bệnh viện. Những hệ thống này sẽ giúp các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe làm việc hiệu quả hơn và tạo ra một môi trường làm việc như mong đợi giúp nâng cao sự hài lòng trong công việc, tạo ra nhiều việc làm và phát triển ổn định. Một khi các chương trình nhận-lương-theo-chất-lượng-công-việc được triển khai, việc phát triển cơ sở hạ tầng thông tin y tế sẽ là một điều hiển nhiên để cung cấp các đánh giá chất lượng một cách chính xác. Các hệ thống ra quyết định thế hệ tiếp theo sẽ giúp cải thiện các dịch vụ khám bệnh tại chỗ và tạo điều kiện cho phương pháp chăm sóc sức khỏe thực chứng phát triển.

Mặc dù chúng tôi không thảo luận về các nhánh khác của TTHYK (ví dụ, kê đơn từ xa, hệ thống hình ảnh chẩn đoán số hóa, số hóa thông tin bệnh nhân, theo dõi từ xa, ứng dụng robot) trong chương này, những lĩnh vực này cũng đóng một vai trò quan trọng trong việc nâng cao định hướng lấy bệnh nhân làm trung tâm và đảm bảo an toàn cho người bệnh, và chúng tôi tin rằng, những lĩnh vực này sẽ phát triển mạnh mẽ trong một vài thập kỷ tới.

Tài liệu tham khảo

1. Chassin MR. Is health care ready for six sigma quality? *Milbank Q.* 1998;76(4):565–591, 610.
2. Chassin MR, Gavin RW, National Roundtable on Health Care Quality. The urgent need to improve health care quality. *JAMA.* 1998;280(11):1000–1005.
3. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.* Washington, DC: National Academies Press; 2001.
4. National Library of Medicine. Unified Medical Language System (UMLS). <http://www.nlm.nih.gov/research/umls>. Accessed October 8, 2008.
5. Bakken S. An informatics infrastructure is essential for evidence-based practice. *J Am Med Inform Assoc.* 2001;8(3):199–201.
6. McDonald CJ. Need for standards in health information. *Health Aff.* 1998;17(6):44–46.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Health Statistics. Classification of Diseases and Functioning and Disability. <http://www.cdc.gov/nchs/icd9.htm>. Accessed October 1, 2008.
8. American Medical Association. CPT (Current Procedural Terminology). <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/3113.html>. Accessed October 9, 2008.
9. HL7. What Is HL7? <http://www.hl7.org>. Accessed October 9, 2008.
10. The Regenstrief Institute. Logical Observation Identifiers, Names, and Codes. <http://www.regenstrief.org/loinc>. Accessed October 1, 2008.
11. Institute of Medicine, Committee on Data Standards for Patient Safety. In Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM, eds. *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care.* Washington, DC: National Academies Press; 2004.
12. Unique Patient Identifiers. Future Initiatives Having HIPAA Implications. http://www.medscape.com/viewarticle/506843_5. Accessed October 9, 2008.
13. Bush D. Why is data warehousing failing us? *Managed Healthcare News.* 2000;16:6.
14. Breen C, Rodrigues LM. Implementing a data warehouse at Inglis Innovative Services. *JHIM.* 2001;15(2):87–97.
15. Inmon B. Data mart does not equal data warehouse. November 1999. <http://www.dmreview.com/dmdirect/19991120/1675-1.html>. Accessed October 9, 2008.
16. Ramick DC. Data warehousing in disease management programs. *JHIM.* 2001;15(2):99–105.
17. Bright B. Benefits of electronic health records seen as outweighing privacy risks. *Wall Street Journal Online/Harris Interactive Health-Care Poll*, November 29, 2007. <http://online.wsj.com/public/article/SB119565244262500549.html>.
18. Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, et al. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *JAMA.* 2001;285(16):2114–2120.
19. Ali NA, Mekhjian HS, Kuehn PL, et al. Specificity of computerized physician order entry has a significant effect on the efficiency of workflow for critically ill patients. *Crit Care Med.* 2005;33(1):110–114.
20. Kaushal R, Barker KN, Bates DW. How can information technology improve patient safety and reduce medication errors in children’s health care? *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001;155(9):1002–1007.
21. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, et al. Systems analysis of adverse drug events. *JAMA.*

1995;274(1):35–43.

22. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: Implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297(8):831–841.

23. Walker J, Pan E, Johnson D, et al. The value of health care information exchange and interoperability. *Health Aff*. January 19, 2005. <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.w5.10/DC1>. Accessed October 10, 2008.

24. Hillestad R, Bigelow J, Bower A, et al. Can electronic medical record systems transform healthcare? Potential health benefits, savings and costs. *Health Aff*. 2005;24(5):1103–1117.

25. Balas EA, Weingarten S, Garb CT, et al. Improving preventative care by prompting physicians. *Arch Intern Med*. 2000;160(3):301–308.

26. Morris AH. Treatment algorithms and protocolized care. *Curr Opin Crit Care*. 2003;9(3):236–240.

27. Foundation for Accountability. Patient-Centered Care Measures for the National Health Care Quality Report, 2001. http://www.markle.org/resources/facct/doclibFiles/documentFile_168.pdf. Accessed March 25, 2005.

28. Han YY, Carcillo JA, Venkataraman ST, et al. Unexpected increased mortality after implementation of a commercially sold computerized physician order entry system. *Pediatrics*. 2005;116:1506–1512.

29. Frank G, Lawler LA, Jackson AA, et al. Resident miscommunication: Accuracy of the resident sign-out sheet. *J Healthc Qual*. 2005;27(2):4–14.

30. Frank G, Lawless ST, Steinberg TH. Improving physician communication through an automated, integrated sign-out system. *JHIM*. 2005;19(4):68–74.

31. Adams WG, Mann AM, Bauchner H. Use of an electronic medical record improves the quality of urban pediatric primary care. *Pediatrics*. 2003;111(3):626–632.

32. Moran D. Health information policy: On preparing for the next war. *Health Aff*. 1998;17(6):9–22.

33. Kaushal R, Blumenthal D, Poon EG, et al. The costs of a national health information network. *Ann Intern Med*. 2005;143(3):165–173.

34. Chaudhry B, Wang J, Wu S, et al. Systematic review: Impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med*. 2006;144(10):742–752.

Additional Resources–Further Reading

Health Information Privacy and Security Collaborative (HISPO): <http://www.hss.gov/healthit>
American Health Information Community (AHIC): <http://www.hhs.gov/healthit/community/background>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): <http://www.AHRQ.gov>

Health Resources and Service Administration (HRSA): <http://www.hrsa.gov>

National Institute of Standards and Technology (NIST): <http://www.nist.gov>

Health Information Technology Standards Panel (HITSP): <http://www.hitsp.com>

National Quality Forum. *CEO Survival Guides Series. Personal Health Records*. 2007 ed. http://www.nqfstore.org/store/category.aspx?categoryID_10.

HIT Standards (Abbreviated)

LOINC, Laboratory testing coding: <http://www.loinc.org>

SNOMED CT3, Clinical text coding (within EMR): <http://www.cap.org>

UMLS, Overall Coded Medical Language: <http://www.nlm.gov>

ICD-10, Diagnosis/Procedure Coding (hospitals): <http://www.who.int/en>

CCR, Continuity of Care Record (for snapshot of patient for next caregiver):
<http://www.astm.org>

Chương 6. Kinh tế và Tài chính trong quản lý chất lượng y khoa

Donald Fetterolf và Rahul K. Shah

Dịch: TS.DS. Võ Thị Hà

Tóm tắt

Giới chuyên môn về cải tiến chất lượng (CTCL) thường được yêu cầu đánh giá các vấn đề liên quan lỗi y khoa, hài lòng của bệnh nhân, tính hữu dụng và hiệu quả của các kỹ thuật mới và đưa ra các quyết định quan trọng khác nhau liên quan đến sự thích hợp và phù hợp của chăm sóc y khoa. Những vấn đề này gắn bó chặt chẽ trong cơ cấu kinh tế của xã hội chúng ta. Những thách thức hiện tại lớn nhất là cân bằng giữa trọng tâm hướng về kinh doanh để đạt kết quả tài chính ngắn hạn với trọng tâm hướng đến y khoa để đạt những lợi ích dài hạn được kiến tạo bằng các phương pháp CTCL.

Một quan điểm được chấp nhận rộng rãi là "chất lượng cao giúp giảm chi phí" và những nỗ lực cải tiến chất lượng được đề nghị là một phương pháp giúp giảm chi phí y tế đang tăng nhảy vọt. Khi các nhà quản lý chất lượng được yêu cầu chọn các hoạt động quản lý y khoa kinh tế-hiệu quả, điều trở nên hiển nhiên là thỉnh thoảng chất lượng cao hơn tốn chi phí *nhều hơn* - dù có lẽ vẫn thấp hơn nếu điều đó được thực hiện không đúng. Khi thể hệ kế tiếp của quản lý chất lượng hình thành, những nhà quản lý chất lượng y khoa, cùng với các nhà lãnh đạo cơ sở y tế khác, phải đương đầu với một cân bằng giữa một số yếu tố chất lượng và chi phí được sản sinh bởi một xã hội luôn tìm kiếm cải tiến sức khỏe cho cộng đồng của mình. Kỳ thực, những cách thức mới để xem xét giá trị của các sáng kiến về chất lượng là đòi hỏi sự tham gia của đa ngành và xem xét các biến liên quan đến tài chính, lâm sàng, vận hành, và các biến vô hình khác.

Cuối cùng, áp lực gia tăng từ cộng đồng phải chi trả đòi hỏi phải báo cáo tỷ lệ hoàn vốn đầu tư (return on investment - ROI) của các hoạt động CTCL. Các nhà quản lý lợi nhuận của các công ty lớn thường yêu cầu được biết ROI của các hoạt động CTCL lâm sàng là gì và liệu những hoạt động này có đáng bỏ tiền ra mua hay không. Bài học của các bác sĩ chịu trách nhiệm về chất lượng liên quan đến kinh tế, chính sách y tế là rằng những thay đổi lớn được lập kế hoạch, hoặc thậm chí là không mong đợi xảy ra ở một trong các lĩnh vực này sẽ thường ảnh hưởng đến lĩnh vực khác. Tiên lượng kết quả của những vận động này trở thành

ngày càng phức tạp khi kết quả là không xác định, hoặc thậm chí là vô hình - chứ không phải là kết quả của các nguồn lực dịch chuyển ảnh hưởng chi phí y tế, thay đổi chất lượng chăm sóc hoặc ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận y tế. Thậm chí khi đó, những vận động này có thể được xem xét từ, hoặc đo lường tại những mức độ khác nhau mà chúng không nhất thiết là nhất quán và so sánh được với nhau.

Chương này xem xét lại các kiến thức cơ bản của kinh tế, tài chính và chính sách của chất lượng y khoa ở các cấp độ địa phương, bang và quốc gia và minh họa làm thế nào 3 lĩnh vực này tương tác với nhau.

Mục tiêu bài học

Sau khi hoàn thành chương này, người đọc nên có thể:

- Thảo luận các nguyên tắc kinh doanh chung và các khái niệm quan trọng trong học thuyết kinh tế mà nhà thực hành chất lượng y khoa phải hiểu
- hiểu các khái niệm tài chính và kế toán cơ bản và chi tiết làm thế nào những công cụ này được sử dụng trong các mô hình mới của phân tích và vận hành cơ sở cung cấp dịch vụ y tế.
- Thảo luận những sự kiện kinh tế và chính sách khiến cho chính phủ trở nên quan tâm tới chất lượng y khoa
- Phác họa những vai trò của giá trị và chính sách y tế Mỹ trong đó những nhà thực hành chất lượng y khoa nên thực hiện những công việc của mình.

Lịch sử

Sự tiến triển của những nỗ lực chất lượng y khoa tại Mỹ đã diễn ra song song bằng nhiều cách với sự phát triển tương tự trong thế giới kinh doanh. Các hoạt động hướng đến chất lượng tiến triển từ cách tiếp cận dựa trên quá trình thanh tra sang các phương pháp phân tích, dựa trên dữ liệu, hiện đại hơn và các nguyên tắc kiểm soát chất lượng dựa trên thống kê. Tại thời điểm đó, cách tiếp cận của giới chuyên môn chất lượng y khoa trở nên gắn chặt ngày càng tăng với các hoạt động kinh doanh khác nhau. Sự tiến triển này có thể được chia làm các giai đoạn: bảo đảm chất lượng, kiểm soát chất lượng dựa trên thống kê và cải tiến chất lượng liên tục, phân tích tập trung vào kết quả, tất cả những giai đoạn này được trình bày chi tiết trong Chương 1, 2, và 7.

Những báo cáo giành cho công chúng bởi bác sĩ về các kết quả lâm sàng được thảo luận trong nhiều năm, nhưng với sự chuyển dịch ngày càng tăng sang các chương trình chăm sóc y khoa được chi phối bởi người tiêu dùng và với khả năng truy cập dữ liệu tốt hơn, công chúng đang đặt câu hỏi là tại sao không thể truy cập nhiều thông tin hơn. Những mập mờ/khó khăn trong việc diễn giải dữ liệu chăm sóc y tế thường gặp bởi các nhân viên thống kê và bác sĩ bị chỉ trích một cách sôi nổi bởi cộng đồng như các rào cản ngăn cản đòi hỏi của cộng đồng là có thể tìm ra những bác sĩ tốt và loại bỏ các nhân viên y tế không hiệu quả hay nguy hiểm. Những áp lực từ cộng đồng này sẽ thúc đẩy việc công bố công động các dữ liệu đó là điều chắc chắn, nhưng kết quả của việc này thế nào thì lại không chắc. Đồng thời, các trường dữ

liệu lớn của chính phủ, các tổ chức bảo hiểm đã dẫn đến khả năng thực hiện các đánh giá về quá trình dựa trên nguồn thông tin này. Việc sử dụng các mô hình tiên lượng, khai thác dữ liệu, và ứng dụng các kỹ thuật phức tạp khác nhau để định vị và truy xuất thông tin liên quan đến các hoạt động chất lượng y khoa tăng với tốc độ chưa từng có.

Các khái niệm cơ bản của kinh doanh và kinh tế

Cung cấp kiến thức chuyên sâu về kinh tế kinh doanh và tài chính vượt quá khuôn khổ của một chương trong cuốn sách này hướng đến đào tạo cơ bản cho giới chuyên môn về chất lượng. Những kiến thức này sẽ ngày càng quan trọng cho tất cả các nhân viên y tế. Những mục chính của kinh tế, kế toán, tài chính sẽ được giới thiệu ngắn gọn, đặc biệt những thông tin liên quan đến giới chuyên môn về chất lượng.

Kinh tế

Một sự hiểu lầm phổ biến trong các nhân viên y tế được đào tạo về lâm sàng là rằng kinh tế là chỉ bàn về tiền. Sự thật, kinh tế tập trung vào kiến tạo, tiến triển và cung cấp *giá trị* (value), giá trị này có thể bao gồm nhưng yếu tố không phải là tiền như lực lượng lao động, các yếu tố ảnh hưởng đến chu kỳ kinh doanh, ảnh hưởng của lịch sử, và những tư tưởng và động cơ nói chung của cộng đồng.

Các trường kinh doanh phân chia các nghiên cứu về kinh tế học thành kinh tế vĩ mô và kinh tế vi mô. Kinh tế vĩ mô thường liên quan đến "bức tranh lớn" về cấu trúc và hoạt động của các thị trường công nghiệp và hành vi của xã hội nói chung. Lượng tiền cung ứng và làm thế nào nó ảnh hưởng đến tiền lương, giá cả, việc làm, lạm phát và tăng trưởng dài hạn và năng suất tạo nên một phần quan trọng của kinh tế vĩ mô. Kinh tế vĩ mô chủ yếu tập trung vào hành vi của nền kinh tế nói chung và tổng sản lượng và hoạt động của nền kinh tế quốc gia hoặc quốc tế. Nó cũng đề cập tới những hoạt động theo thời gian và nghiên cứu cách chúng ảnh hưởng đến sự giàu có của các quốc gia và các chu kỳ kinh doanh tổng thể.

Kinh tế vĩ mô thường tập trung vào các thị trường tổng thể hơn về một khu vực hay sản phẩm nhỏ cụ thể, nhưng nó có thể được áp dụng cho địa phương. Các sinh viên của kinh tế vĩ mô nhận ra rằng nó là một khoa học không chính xác đã phát triển một loạt các phương pháp tiếp cận. Kinh tế học Keynes (Keynesian approach) đã được phát triển trong những năm đầu của thế kỷ 20, và nguyên lý của nó đã thường xuyên được trích dẫn như là nguyên tắc hướng dẫn cho đến cuối thế kỷ 20. Cách tiếp cận của Keynes kể từ khi được bổ sung bởi một loạt các cấu trúc lý thuyết khác đã tiếp tục phát triển không ngừng.

Quy định về việc cung cấp tiền tệ của Cục dự trữ liên bang đưa ra gần đây một cách tiếp cận thuộc "trường phái tiền tệ" với kinh tế học và nó được thúc đẩy bởi các mô hình máy tính kinh tế lượng phức tạp. Bất đồng đáng kể phát sinh giữa các trường phái khác nhau về kinh tế và phương pháp tiếp cận nào là tốt nhất, cách mà thị trường phản ứng với các yếu tố thúc đẩy khác nhau, và những hành động nào tốt nhất của một chính phủ có thể làm. Những lý thuyết này cũng bị ảnh hưởng một phần bởi các quan điểm chính trị của các cá nhân nhà phân tích, ví dụ một số người có thể nhấn mạnh vai trò của các tổ chức và kinh doanh hơn so với nhu cầu nhận thức để cải thiện chất lượng cuộc sống cho cộng đồng nói chung.

Hệ thống chăm sóc sức khỏe nói chung rõ ràng là một vấn đề kinh tế vĩ mô, hiện tại tổng chi phí chăm sóc sức khỏe chiếm 16% đến 17% tổng sản phẩm nội địa của Hoa Kỳ. Khi hệ thống chăm sóc sức khỏe được mở rộng, nó đã đảm nhận vai trò ngày càng lớn trong nền kinh tế tổng thể, bao gồm sản xuất, lao động, và các nền kinh tế của chính phủ.

Các nhà kinh tế đã ghi nhận một mối quan hệ gần gũi trong thực tế giữa việc tiêu thụ chi tiêu và thu nhập sau thuế. Rõ ràng, xu hướng hiện nay trong việc sử dụng thu nhập sau thuế trong chi tiêu chăm sóc sức khỏe là không bền vững từ góc độ toán học. Thay đổi lịch sử trong nền kinh tế Mỹ trong thời kỳ suy thoái kinh tế đã dẫn đến tạo áp lực đáng kể vào các doanh nghiệp lớn để giảm chi phí chăm sóc sức khỏe bởi vì chúng trở thành một phần ngày càng tăng của các chi phí của công ty, và theo cách này làm cho các công ty kém cạnh tranh trên thị trường thế giới. Một trong những ví dụ nổi bật nhất của vấn đề như vậy đã làm giảm sức cạnh tranh tài chính của một tập đoàn đa quốc gia là vấn đề phải đối mặt của General Motors, một trong những "ông lớn thứ 3" sản xuất ô tô tại Mỹ, công ty chịu trách nhiệm cho phúc lợi y tế của những người lao động hiện hành và đã nghỉ hưu là hơn \$ 50 tỉ USD! Một sự hiểu biết về cấu trúc của kinh tế vĩ mô là hữu ích cho các chuyên gia chất lượng khi mà môi trường kinh tế trong chăm sóc sức khỏe ngày càng trở nên phức tạp.

Phần thứ hai của kinh tế tập trung vào kinh tế vi mô, hoặc "kinh tế của công ty." Ngược lại với kinh tế vĩ mô, trong đó tập trung vào cấu trúc và hiệu quả của thị trường công nghiệp, kinh tế vi mô tập trung vào các tác động của những lực lượng khác nhau này lên các doanh nghiệp cá nhân và khu vực hoặc các phân đoạn thị trường. Trong chăm sóc sức khỏe, các nghiên cứu kinh tế vi mô tập trung vào thực hành của các cá nhân bác sĩ, các hoạt động của thị trường bệnh viện và các khu vực dịch vụ, và các sắc thái của hệ thống thanh toán cho bác sĩ. Nhu cầu thị trường và đường cong nhu cầu là mối quan tâm của nhiều loại hình công ty cá nhân đang tìm kiếm để thiết lập giá và khối lượng dịch vụ họ muốn cung cấp. Khu vực này của kinh tế rõ ràng là có liên quan đến một hệ thống chăm sóc y tế mà đã được phát triển trong 5 thập kỷ qua, đặc biệt với sự hỗ trợ trợ cấp từ chính phủ.

Kinh tế vi mô còn quan tâm tới cách hành vi của các cá nhân có liên quan đến một tổ chức. Làm thế nào cá nhân xem giá dịch vụ của một công ty là liên quan đến các tiện ích mà họ cung cấp qua các dịch vụ này. Trong các tổ chức, cung cấp hàng hóa là dịch vụ chăm sóc sức khỏe ngày càng được định vị như là một loại hàng hóa mà đối tượng chi trả cấp độ cá nhân hoặc doanh nghiệp có thể không khác nhau cho dù nhà cung cấp nào được sử dụng và sẽ di chuyển đến giá cao hơn hoặc các nhà cung cấp khác chỉ khi các mối quan hệ phức tạp hơn làm thay đổi nhu cầu, chẳng hạn như những thay đổi trong cấu trúc đồng chi trả hoặc các thiết kế chương trình y tế được khấu trừ cao.

Phân tích kinh tế vi mô có thể đánh giá hành vi của người tiêu dùng trong việc mua các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Các hãng bảo hiểm lớn tiến hành nghiên cứu thị trường và sau đó xem xét một cách toán học cách thức mà hành vi tiêu dùng có thể được thay đổi, chẳng hạn như thông qua nhiều loại phí, chất lượng cảm nhận. Ví dụ, công ty bảo hiểm và người chi trả quan tâm đến các loại ưu đãi có thể thay đổi các khả năng mà người tiêu dùng sẽ tìm kiếm các dịch vụ y tế, đặc biệt là khả năng ngày liên quan đến giá cả, cái này gọi là độ co giãn của cầu theo giá (Bảng 6-1).

Các phản ứng của các cá nhân trong thị trường độc quyền người bán (monopoly) và độc quyền người mua (monopsony) cũng được quan tâm bởi các hãng bảo hiểm lớn trên cả thị trường lao động tập trung cao và không tập trung. Trong một thị trường độc quyền, một người bán các dịch vụ đại diện cho một nhà cung cấp duy nhất hoặc nổi trội. Giá dịch vụ có thể được đặt cao hơn các thị trường cạnh tranh hơn. Trong các thị trường tập trung cao độ, nơi mà chỉ có một vài công ty bảo hiểm cho một khu vực, các cá nhân và doanh nghiệp có thể phàn nàn rằng chính ảnh hưởng này là điều làm cho phí bảo hiểm của họ cao. Họ có thể cho rằng "rào cản gia nhập" cao vào thị trường ngăn chặn sự cạnh tranh để giảm giá. Những lời phàn nàn tương tự phát sinh khi một "nhà cung cấp cộng đồng duy nhất" các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, chẳng hạn như một bệnh viện nông thôn khu vực, thương lượng phí cao hơn cho dịch vụ của mình với một chương trình y tế.

Trong một thị trường độc quyền người mua, người mua dịch vụ chiếm một vị trí duy nhất hoặc nổi trội trên thị trường. Chính phủ liên bang đối với các dịch vụ Medicare có thể được coi như là một độc quyền mua, vì nó có thể là một chủ nhân chiếm ưu thế trong một khu vực. Các tác dụng trong trường hợp này cũng liên quan đến công chúng và các quan chức chính phủ như các chi phí gia tăng chăm sóc sức khỏe. Vấn đề này là mối quan tâm của các bác sĩ, những người đại diện cho một phân đoạn của lực lượng lao động phải ký hợp đồng với các tổ chức khác nhau. Ví dụ, hành vi của các bác sĩ cơ sở và chuyên khoa có thể thay đổi trong các loại khác nhau của thị trường, tùy thuộc vào mức độ kiểm soát thị trường của các bác sĩ. Trong thị trường với một công ty bảo hiểm chi phối vượt trội và nguồn cung vượt quá hay không đủ của một loại hình cụ thể của bác sĩ chuyên khoa, các yếu tố này ảnh hưởng lớn đến cách giải thích của bác sĩ về cách họ phản ứng hung hăng như thế nào với người chi trả. Các bác sĩ trong trường hợp thiếu nguồn lực và có nhu cầu cao có thể thương lượng phí cao hơn bình thường cho dịch vụ của họ. Các bác sĩ với nguồn cung dồi dào hơn có thể cảm thấy áp lực giảm nhiều hơn về lệ phí của họ; họ trở thành "người chấp nhận giá." Ở các thị trường đang rất phân tán trên nhiều đối tượng chi trả khác nhau, hành vi của các bác sĩ và các công ty bảo hiểm sẽ thay đổi tùy theo liệu số lượng bác sĩ là thừa hay thiếu.

Rõ ràng, các đòn bẩy mà người chi trả hoặc một chương trình y tế có lên các bác sĩ cũng liên quan đến các lực lượng kinh tế. Làm thế nào các bác sĩ được gắn bó chặt chẽ với một kế hoạch y tế trực tiếp ảnh hưởng đến nhu cầu hoặc mong muốn của họ để tham gia vào các sáng kiến chất lượng bắt buộc. Tính kinh tế của hành vi của bệnh nhân và các nhà cung cấp đã được nghiên cứu với nhiều sự quan tâm. Sách giáo khoa kết hợp vi mô và kinh tế vĩ mô và kiến thức nền tảng của hệ thống chăm sóc sức khỏe là rất đáng quan tâm bởi các chuyên gia chăm sóc y tế của tất cả các loại và đặc biệt là các chuyên gia chất lượng.

Kết luận, tầm quan trọng của kinh tế học cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe nói chung và các nhà quản lý chất lượng nói riêng, ngày càng trở nên rõ ràng khi ảnh hưởng tổng thể của hệ thống chăm sóc sức khỏe trên nền kinh tế nói chung trở nên nổi bật hơn và cấp bách hơn. Hiểu các lực đẩy kinh tế và mối quan hệ của chúng với cộng đồng doanh nghiệp là một kỹ năng quan trọng, nếu không nói là kỹ năng bắt buộc, cần thiết ở tất cả các cấp quản lý trong các tổ chức chăm sóc sức khỏe. Đào tạo về kinh tế có thể thực hiện thông qua các khóa học sau đại học,

mặc dù một vài con đường khác thì khó khăn vẫn có thể. Khóa học ngắn hạn chuyên sâu được cung cấp bởi các trường đại học kinh doanh, các khóa đào tạo ngắn gọn mang tính giới thiệu cung cấp thông qua các hội nghề nghiệp, và các băng ghi âm giảng dạy về kinh tế là những lựa chọn sẵn có. Kinh tế y tế đã phát triển thành một ngành chuyên khoa của riêng nó, và toàn bộ các văn bản, tài liệu đều có sẵn.

Kế toán

Tại sao các chuyên gia quản lý chất lượng cần phải tìm hiểu kiến thức làm việc về kế toán, và tham gia một khóa học về chủ đề này? Lý do là các nguyên tắc kế toán cơ bản được sử dụng trong một loạt các phân tích và là "ngôn ngữ của kinh doanh." Kế toán là phương pháp chính được sử dụng để ghi lại các giao dịch kinh doanh và trình bày chúng cho các chuyên gia kinh doanh khác để trao đổi về chi phí và thanh toán. Mặc dù các chuyên gia y tế không cần thực hiện thủ tục kế toán, họ vẫn phải hiểu và đánh giá được các nguyên tắc kế toán cơ bản như cùng cách thức mà những người bác sĩ nội khoa phải có một kiến thức toàn diện về giải phẫu.

Các loại công cụ báo cáo tài chính

Các nhà Quản lý chất lượng y tế được yêu cầu xem xét và hiểu ý nghĩa của một loạt các thông tin tài chính. Thông tin tài chính có thể được trình bày dưới nhiều hình thức trong một chương trình y tế hoặc bệnh viện.

Báo cáo tài chính

Báo cáo tài chính bao gồm bảng cân đối, báo cáo thu nhập, báo cáo lưu chuyển tiền tệ, và các tài liệu tương tự. Chúng được sử dụng để trao đổi thông tin với các đơn vị bên ngoài, chẳng hạn như các sở thuế vụ, kiểm toán viên, các nhà đầu tư, ngân hàng và chính quyền tiểu bang.

Tính năng quan trọng của báo cáo tài chính thường được diễn đạt bằng tỷ lệ. Những tỷ lệ bao gồm tỷ lệ hiện hành (tài sản hiện hành chia cho nợ ngắn hạn), tỷ số nhanh (tài sản hiện hành trừ đi hàng tồn kho chia cho nợ ngắn hạn), và các hình thức khác nhau của tỷ lệ nợ và lợi nhuận. Những thống kê này cung cấp một ước tính về mức độ "vững bền" của công ty và liệu hay tài sản của công ty có đủ để trang trải các khoản nợ của nó hay không. Tỷ lệ tương tự phản ánh khả năng hoàn vốn của hoạt động của công ty (return on investment - ROI); ví dụ, lợi nhuận trên tài sản (return on asset - ROA) hay lợi nhuận trên vốn cổ phần (return on equity - ROE), và thu nhập trên mỗi cổ phiếu (earnings per share - EPS) của cổ phiếu thường được sử dụng. Trong những số liệu thống kê, số tiền thu nhập hay doanh thu ròng được chia cho số tài sản chính, vốn chủ sở hữu chính, hoặc bằng cổ phiếu đang lưu hành, tương ứng. Đối với các nhà quản lý y tế, các số liệu thống kê thường xuyên yêu cầu nhiều nhất là tỷ lệ hoàn vốn đầu tư ROI - số tiền thu được của tổ chức từ các đầu tư tài chính vào một sáng kiến. Thống kê này là đặc biệt khó khăn để tính được một cách chính xác trong các hoạt động quản lý y tế, trong đó lợi ích về lâm sàng thu được thường không dễ dàng chuyển đổi thành lợi nhuận tài chính tương đương.

Bảng cân đối

Một bảng cân đối trình bày một bức tranh tài chính của một công ty hoặc tổ chức tại một thời điểm cố định (Bảng 6-2). Như vậy, nó là một "bản chụp" ghi lại tài sản của tổ chức, công nợ, và, trong trường hợp của một công ty sở hữu công cộng, vốn của chủ sở hữu.

Ở dạng đơn giản nhất của nó, bảng cân đối cung cấp một bức tranh về công ty lớn như thế nào và số nợ của nó với người khác. Nó thường trình bày một số số liệu thống kê phát sinh, thường được mô tả như là tỷ lệ (ví dụ, tỷ lệ hiện hành, thanh toán nhanh), cho thấy bao nhiêu và ở mức độ tài sản và nợ phải trả của công ty gắn với tài sản chứng, dư nợ chính, nợ của nhiều loại khác nhau, thuế, và các lĩnh vực khác. Khả năng thanh toán tiền mặt của khối tài sản của tổ chức, hay khả năng của công ty chuyển tiền mặt sẽ là một phần quan trọng của bảng cân đối này.

Báo cáo thu nhập

Có lẽ quan trọng hơn các báo cáo tài chính hoặc các bảng cân đối đối với quản lý chính là báo cáo thu nhập, nó là hữu ích trong việc đánh giá liên tục của một doanh nghiệp hoặc một sáng kiến được mô hình hóa. Trong báo cáo thu nhập tiêu chuẩn, các nguồn thu được liệt kê trên cùng của bảng, chi phí được liệt kê bên dưới và được đánh số dưới dạng "chi tiết đơn hàng", và lợi nhuận ròng cuối cùng được đưa ra ở phía đáy. Định dạng này thường được sử dụng để trao đổi về những nỗ lực bán hàng của các tổ chức, công ty và các chi phí phải được trừ từ lợi nhuận.

Chuyên gia chất lượng cũng phải nhận thức rằng trong khi ghi thông tin trong sổ kế toán thì phải xem xét các cơ sở kế toán. Nhiều bác sĩ hoặc y tá bước đầu đi vào bệnh viện hoặc môi trường chăm sóc được quản lý đã quen với kế toán tiền mặt, hoặc kế toán dựa trên tiền mặt được sử dụng trong các hoạt động của họ. Ở đây, doanh thu và chi phí được ghi nhận vào theo tháng hoặc khoảng thời gian mà chúng xảy ra. Với nhiều lý do khác nhau, những mối quan tâm hoạt động lớn, mà doanh thu và chi phí có thể không tương thích đúng trong mỗi tháng, được tính toán theo kế toán dựa trên dồn tích (accrual-based accounting). Trong phương pháp này, công ty lưu doanh thu và chi phí trong thời kỳ trong đó nó phát sinh, không phụ thuộc vào thời gian trong đó tiền có thể đã thực sự được trả hay nhận. Kế toán dồn tích dựa trên đòi hỏi phải duy trì thường xuyên sổ kế toán nhưng nó là thích hợp hơn so với kế toán tiền mặt cho các tổ chức có dòng tiền không liên hệ chặt chẽ về thời gian.

Trong chăm sóc sức khỏe, khả năng sinh lời thực tế và tăng trưởng trong tương lai được đánh giá với lợi nhuận trước lãi vay và thuế (earning before interest and taxes - EBIT). Yếu tố này rất quan trọng trong báo cáo thu nhập của cả các công ty chăm sóc sức khỏe và không vì lợi nhuận, vì nó xác định thu nhập "thực" của một công ty. Các khái niệm mở rộng của thu nhập trước lãi suất, thuế, khấu hao, và sự suy giảm (*earnings before interest, taxes, depreciation, and amortization*-EBITDA) thường được sử dụng trong báo cáo thu nhập khi ước tính về lợi nhuận tiền mặt mong muốn. Lãi, thuế, khấu hao, và sự suy giảm được sử dụng trong kế toán tài chính và thuế để giảm bớt lợi nhuận chịu thuế. Do đó, EBIT và EBITDA đại diện cho các khoản thu nhập có sẵn để tái đầu tư cho các công ty và rất quan trọng trong việc ước tính lợi nhuận, cơ cấu vốn của công ty, và các khái niệm quan trọng khác trong cả các tổ chức bị đánh thuế và được miễn thuế.

Báo cáo dòng tiền

Một công cụ báo cáo kế toán quan trọng là báo cáo lưu chuyển tiền mặt (Bảng 6-3). Tuyên bố này thường cho thấy nguồn tiền nhận được của tổ chức, công ty và cung cấp một cái nhìn tổng quan về việc tổ chức có thể chuyển tài sản tiền mặt của nó xung quanh trong các hoạt động của nó. Tuyên bố này thường được quan tâm nhiều hơn bởi các nhà quản lý tài chính hơn là với các chuyên gia về chất lượng y tế, nhưng sự tồn tại của nó và cấu trúc chung là đáng xem xét.

Những tuyên bố của các dòng chảy tiền mặt giới thiệu di chuyển của tiền qua tổ chức từ điều hành, đầu tư, và các hoạt động tài chính. Bán hàng hoá, dịch vụ là phương pháp chủ yếu để thực hiện hoạt động lưu chuyển tiền tệ. Việc mua lại các tài sản không phải tiền mặt, đặc biệt là bất động sản và trang thiết bị, tạo nên phần đầu tư của các tuyên bố và cần thiết cho các công ty hoạt động. Cuối cùng, những nỗ lực của công ty để có được tiền mặt để sử dụng ngắn hạn và dài hạn được mô tả trong phần tài chính của bản tuyên bố.

Báo cáo lưu chuyển tiền tệ đánh giá hiệu quả của các hoạt động đang diễn ra về khả năng thanh khoản của công ty và mô tả mối quan hệ giữa các thành phần khác nhau. Những tuyên bố có thể tiết lộ rằng công ty đang mất cân bằng đối với dòng tiền vào và ra, một tình huống mà có thể thúc đẩy một "cuộc khủng hoảng tiền mặt", trong đó không đủ tiền mặt có sẵn để đáp ứng nhu cầu của các công ty. Ngoài ra, báo cáo có thể hiển thị sự sẵn có của quá nhiều tiền mặt, điều này cho thấy rằng các công ty không tận dụng tốt nhất các nguồn tài nguyên này.

Báo cáo thường niên

Báo cáo hàng năm của một công ty được thiết kế để cung cấp một cái nhìn tổng quan của công ty và tình hình tài chính của công ty và được chỉ đạo từ giám đốc đến người tham gia điều hành công ty, tới các cổ đông, và các bên liên quan. Báo cáo thường chứa các tuyên bố tài chính hàng năm và hàng quý, trong đó có một bảng cân đối, báo cáo thu nhập, và một tuyên bố của dòng tiền, cùng với các thông tin khác, chẳng hạn như một bức thư từ chủ tịch công ty và một tuyên bố từ một công ty kiểm toán độc lập. Những người xem xét các tài liệu này thường quan tâm nhiều nhất các thông tin bổ sung ở phần cuối của báo cáo, đặc biệt là thư quản lý được cung cấp bởi các công ty kiểm toán độc lập. Những lĩnh vực được quan tâm báo cáo trong thư quản lý có thể tăng cao "cờ đỏ" trong số những người quan tâm đến tài sản của tổ chức và triển vọng tương lai của nó đối với tăng trưởng và hiệu suất.

Các loại hệ thống kế toán

Các nguyên tắc kế toán được chấp nhận chung

Nhiều trong số các nguyên tắc kế toán được chấp nhận tại Hoa Kỳ đã được phát triển thông qua một phương pháp tập trung được gọi là nguyên tắc kế toán được chấp nhận chung (*generally accepted accounting principles* - GAAP). Báo cáo hàng năm, bảng cân đối, và các loại tương tự của các tài liệu kế toán được lập bằng cách sử dụng GAAP. Những nguyên tắc này được thiết lập bởi chính sự đồng thuận của ba tổ chức chính thức chủ yếu: Viện Kế toán Công chứng Mỹ (AICPA), Ủy ban Chứng khoán và Hội đoái (SEC), và Hội đồng Chuẩn mực Kế toán tài chính (FASB). Các tổ chức này đã đạt được ảnh hưởng trong việc phát triển các nguyên tắc kế toán trong thời gian từ giữa đến cuối thế kỷ 20. Những nguyên tắc kế toán, tuy

nhiên, đã không được áp dụng phổ biến, và ở nhiều quốc gia, hệ thống kế toán khác, đôi khi hoàn toàn khác nhau có thể được áp dụng. Gần đây, một số tổ chức quốc tế đã tìm cách tiêu chuẩn hóa các phương pháp kế toán tài chính sử dụng trong thương mại quốc tế.

Chuẩn mực Kế toán theo luật định

Kế toán và báo cáo tài chính cũng có thể bao gồm một loạt các tiêu chuẩn kế toán theo luật định mà được phát triển bởi các cơ quan chính phủ. Tương tự như các nguyên tắc kế toán tài chính tiêu chuẩn hơn được sử dụng bởi các kế toán và các nguyên tắc kế toán quản trị sử dụng trong các công ty, nguyên tắc kế toán theo luật định được tiêu chuẩn hóa, thường trên cơ sở quốc gia hoặc tiểu bang, và được sử dụng bởi các sở y tế và các ban ngành của bảo hiểm để điều chỉnh kế hoạch y tế. Cũng giống như các hình thức thuế, cách hình thức theo luật định có chứa một loạt các thông tin tài chính và đôi khi là lâm sàng hoặc thông tin sử dụng mà chúng là hữu ích cho nhà nước hoặc chính phủ liên bang. Thông tin theo luật định có thể được tính toán bằng cách sử dụng một số thuật toán và nó cho phép nhà quản lý nhà nước xác định tính hiệu quả, khả năng thanh toán, và các khía cạnh tương tự của các chương trình y tế hoặc quản lý bệnh viện.

Những nỗ lực của Hiệp hội quốc gia của Ủy Ban Bảo Hiểm (NAIC) để phát triển mô hình "hành động" nhằm phác thảo tiêu chuẩn khuyến nghị cho biên soạn các yêu cầu luật pháp và điều lệ đã góp phần đáng kể vào việc tạo ra trật tự trong ngành công nghiệp chăm sóc sức khỏe. Áp dụng rộng rãi các nguyên tắc này đã giúp nuôi dưỡng một cách tiếp cận tương đối nhất quán trên cả nước trong ngành bảo hiểm.

Kế toán quản lý

Ngoài việc cung cấp kế toán tài chính, trường kinh doanh thường cung cấp một khóa học về kế toán quản trị tập trung nhiều hơn vào các hoạt động hàng ngày của công ty. Các phương pháp được sử dụng trong kế toán quản trị thường không phải một phần của GAAP nhưng được áp dụng thường xuyên bởi các tổ chức để sử dụng nội bộ. Mục đích của các phương pháp này là để cung cấp cho quản lý cấp cao với một cái nhìn rõ ràng về sự kiện tài chính trong công ty.

Một khái niệm quan trọng trong kế toán quản trị là thu nhập đóng góp (contribution income), nó được phản ánh trong báo cáo thu nhập đóng góp (contribution income statement). Trong sự khác nhau này của báo cáo thu nhập, doanh thu và chi phí được liệt kê cho mỗi đơn vị sản xuất. Như vậy, doanh thu từ một mục đơn (chẳng hạn như một thủ tục hoặc dịch vụ phẫu thuật) được gắn kết với chi phí của nó để hiển thị các tỷ suất lợi nhuận đóng góp (contribution margin), hoặc lợi nhuận, từ việc bán của từng đơn vị. Chi phí cố định cũng phải được xem xét, và các chi phí này được trình bày ở phần sau trong báo cáo thu nhập đóng góp. Giá trị của phương pháp này là lợi nhuận tổng thể có thể được tính toán một cách dễ dàng một khi "điểm hòa vốn" được xác định (tức là, điểm mà tại đó lợi nhuận đóng góp từ việc bán một số lượng nhất định của sản phẩm bằng với các chi phí cố định). Việc áp dụng phương pháp này vào các sáng kiến quản lý y tế là rõ ràng. Nếu tiết kiệm chi phí y tế cho mỗi thành viên mỗi tháng (PMPM) được dự đoán từ một sự can thiệp tốn một chi phí nhất định, số lượng các cá nhân cần được điều trị mỗi tháng để trang trải các chi phí hàng tháng - hoặc tổng chi phí và chi phí cố định tổng thể của can thiệp (điểm hòa vốn) - có thể được tính toán. Từ những số liệu này, số tiền lợi nhuận từ mỗi thành viên bổ sung điều trị mỗi tháng (lợi

nhuận cận biên) có thể được tính toán. Chi phí cận biên cũng được tính toán một cách tương tự (Bảng 6-4).

Các tổ chức khác ngoài những nỗ lực kế toán theo luật định của chính phủ cũng thành lập để phát triển các quy trình kế toán chuẩn. Nhiều tổ chức giới thiệu các cách tiếp cận kế toán quản trị để đánh giá các vấn đề cụ thể trong ngành công nghiệp mà họ phát hiện. Một ví dụ gần đây của một nỗ lực này bao gồm tổ chức DMAA: sáng kiến của tổ chức "Care Continuum Alliance's (DMAA Outcomes Guides, Chương trình Quản lý bệnh DMAA, Hướng dẫn đánh giá) để chuẩn hóa các báo cáo nhằm tính toán tác động kinh tế của chương trình quản lý bệnh. Những điều này đặc biệt có liên quan đến các nhà quản lý chất lượng vì đánh giá quản lý bệnh thường được bao gồm trong các lĩnh vực của chương trình kiểm định. Một ví dụ khác của báo cáo được chuẩn hóa về những gì thống kê liên quan về tài chính bao gồm các dữ liệu hiệu quả chăm sóc sức khỏe và báo cáo các yếu tố đầu tư tài chính.

Một khái niệm quan trọng thứ hai trong kế toán quản trị là phương pháp tương đối gần đây gọi là kế toán chi phí dựa trên hoạt động (activity-based cost accounting) (Bảng 6-5). Theo phương pháp này, các chương trình con khác nhau được chia thành từng nhóm trong báo cáo thu nhập và được giới thiệu một cách riêng biệt trong các mục doanh thu và chi phí. Các sản phẩm khác nhau có thể sản xuất số lượng lớn hoặc nhỏ doanh thu và do đó tạo ra một lượng lớn hay nhỏ của lợi nhuận. Phân tích không GAAP này cho phép các nhà quản lý tách biệt những người thực hiện giỏi với yếu hơn trong các dòng sản phẩm của họ và bổ sung thêm những quan sát này vào một tuyên bố chung về hiệu quả của phát triển sản phẩm của họ. Trong trường hợp của các hoạt động lâm sàng, phương pháp này có thể được sử dụng để xác định hoạt động nào có và không đem lại giá trị hoặc so sánh các giá trị giữa chúng. Ví dụ, người ta có thể sắp xếp các hoạt động khác nhau trong một chương trình quản lý bệnh tổng thể thành những hoạt động cần duy trì hoặc loại bỏ.

Cuối cùng, một thuật ngữ thường được sử dụng trong quản lý tế là chi phí cơ hội (opportunity cost). Chi phí cơ hội thường đề cập đến những chi phí bị bỏ lỡ bởi không thực thi một hành động, bằng cách chi tiêu số tiền sẵn có cho một mặt hàng hoặc dịch vụ khác, hoặc bằng cách thực hiện một hành động. Ví dụ, chi phí cơ hội được tạo ra khi trang bị thiết bị cho một phòng khám có thể được thể hiện bằng thu nhập bị mất do không sử dụng số tiền đó để xây dựng một phòng xét nghiệm hoặc để mua thiết bị X-quang cho phòng khám.

Kỹ năng kế toán cần thiết của nhà quản lý tế

Tất cả các công cụ kế toán được mô tả một cách dễ dàng dưới dạng mô hình hóa trên bảng tính. Sự cần thiết cho các nhà quản lý tế để phát triển các kỹ năng cần thiết để tạo ra các mô hình tài chính trên các bảng tính có thể không được đề cao đúng mức. Sử dụng bảng tính để tạo ra các mô hình này giúp thuận lợi cho giao tiếp với các tổ chức, các công ty có liên quan đến tài chính và phê duyệt ngân sách cho chương trình lâm sàng. Ví dụ, kế toán chi phí dựa trên hoạt động có thể cho phép các nhà quản lý tế để tách biệt các chương trình khác nhau dưới sự kiểm soát của họ và giúp phân tách thành các thành phần để phân tích. Cách tiếp cận này cũng rất hữu ích trong các cơ sở y tế muốn theo dõi mỗi cá nhân bác sĩ, các nhóm y tế hoặc các cơ sở y tế.

Một sự hiểu biết tổng thể của kế toán tài chính và báo cáo tài chính chính thức là quan trọng để hiểu được tình trạng của một tổ chức hay một công ty và các ngôn ngữ kinh doanh. Một kiến thức làm việc của kế toán quản trị là hữu ích để giao tiếp với những người khác trong tổ chức. Ví dụ, các nhà quản lý tế phải phát triển các ngân sách cho các chi phí dự kiến đối với một dự án của tổ chức. Một nhà quản lý tế, những người không quen thuộc với các loại khác nhau của chi phí trong ngân sách và cách thức mà các chi phí này có thể được mô hình trên bảng tính là một bất lợi rõ ràng.

Các nhược điểm khác của việc thiếu tiếp xúc với tài chính và các nguyên tắc kế toán biểu hiện tinh tế hơn. Ví dụ, các giám đốc y tế thường xuyên báo cáo rằng chi phí văn phòng giao hoặc tỷ lệ phần trăm của chi phí cố định của tổ chức là cao cho nhóm của họ. Nếu chiến lược phân bổ của tổ chức, một khái niệm về kế toán "chuyển giá chi phí nội bộ," tập trung vào mức lương tổng thể hơn là mức lương đầu người, một nhóm với mức lương cao hơn có thể bị trừng phạt bằng bị giảm một phần không cân xứng. Các nhà quản lý tế những người tránh xác định nghiên cứu về tài chính như thể chúng quá nguy hiểm hoặc quá hăm dọa có thể không thức được chi tiết này, và khả năng của họ để có được nguồn vốn trong tương lai cho tổ chức sẽ bị ảnh hưởng. Tương tự như vậy, yêu cầu của các nhà quản lý tế nhằm tăng biên chế trong một bộ phận cải tiến chất lượng thường gặp phải thái độ hoài nghi vì thiếu các biện pháp kế toán hoặc các mô hình kinh doanh chắc chắn để biện minh cho việc mở rộng này. Phát triển kỹ năng tài chính và kế toán, hoặc thuê đội ngũ nhân viên có những kỹ năng này, đang trở nên quan trọng đối với sự thành công của bộ phận quản lý chất lượng.

Tài chánh

Các nhà quản lý tế cần phải làm quen với thuật ngữ tài chính thường gặp và cách các thuật ngữ này được sử dụng trong một tổ chức, đặc biệt nếu họ đang tìm cách để được cộng thành là nhà quản lý hợp pháp trong một tổ chức lớn. Khái niệm tài chính mà các nhà quản lý tế cần phải hiểu là những người liên quan đến chi phí vốn (cost of capital), phân tích dòng tiền được chiết khấu (*discounted cash-flow analysis*), và ngân sách (budgeting).

Chi phí vốn

Các quyết định quản lý tài chính trong ngắn hạn và dài hạn có thể là ít áp dụng cho các nhà quản lý y tế cơ sở hoặc thậm chí cao cấp hơn so với các nhà quản lý tài chính. Tuy nhiên, các nhà quản lý y tế phải hiểu được ảnh hưởng của chi phí của bộ phận của họ lên tài chính chung của tổ chức. Cán bộ tài chính của tổ chức quan tâm đến các "tỷ lệ lợi nhuận kỳ vọng" của những nỗ lực khác nhau của tổ chức. Tuy nhiên, tỷ lệ lợi nhuận kỳ vọng là đặc biệt khó khăn để tính toán và truyền đạt đối với các sáng kiến y tế thường không được bán và rằng chỉ có mối quan hệ gián tiếp tới những thay đổi trong chi phí chăm sóc y tế. Hiệu quả của hoạt động quản lý y tế thường không được nhận thấy trong nhiều năm, và thiếu sự chắc chắn và chính xác làm phức tạp hơn khi trao đổi với các nhà quản lý tài chính - những người được đào tạo để làm việc với các điều khoản chính xác hơn.

Các khó khăn khi trao đổi khác có thể phát sinh bởi vì các nhà quản lý tế không hiểu giá trị của vốn. Ví dụ, cán bộ quản lý tế thường không đánh giá cao rằng tiền sử dụng để tài trợ cho các dự án có giá trị riêng của nó - đó là giá trị mà nó có thể đạt được nếu nó được đầu tư

vào cái gì khác, thậm chí là một tài khoản ngân hàng. Giá trị này đại diện cho các chi phí cơ hội mà nó đã bị hy sinh bằng cách dùng tiền theo cách này trái ngược với một số cách khác. Kỹ thuật đánh giá tích cực trừ đi số tiền này từ tổng số tiền cuối cùng thu được từ chương trình là giá trị kinh tế gia tăng (economic value added). Kết hợp các khái niệm tài chính này khi yêu cầu kinh phí bổ sung cho các hoạt động lâm sàng là rất quan trọng để đạt được sự chấp nhận của các quản lý cấp cao.

Các phân tích dòng tiền được chiết khấu

Các phân tích dòng tiền được chiết khấu xem xét thời điểm giá trị của tiền. Nói ngắn gọn là "có tiền bây giờ là tốt hơn so với có tiền sau này." Ví dụ, đầu tư \$100 ở mức lãi suất là 8% sẽ mang lại 108 \$ trong 1 năm; nợ \$ 108 trong năm tới tương đương với việc phải trả 100 \$ bây giờ. Công thức: Giá trị tương lai (FV) = Giá trị hiện tại (PV) \times (1 + Lãi suất) tạo ra một mối quan hệ có thể chuyển đổi tiền mặt hoặc lợi ích trong tương lai sang số đô la hiện tại, trong tính toán giá trị hiện tại ròng (net present value).

Giá trị tương lai được chiết khấu về giá trị hiện tại theo cách này thường được thực hiện trong tài chính và là phương pháp được chấp nhận sử dụng bởi các quan chức tài chính để thực hiện những chuyển đổi. Làm quen với việc sử dụng đúng công cụ này là rất quan trọng. Các nhà quản lý lâm sàng thường nhận thấy khó khăn khi cố gắng để định nghĩa mơ hồ về "tăng chất lượng" hay "tiết kiệm chi phí y tế" trong điều kiện kinh tế hiện nay. Sử dụng không đúng các phân tích hoặc kết luận bị lỗi có thể xảy ra.

Lập ngân sách

Làm việc cùng nhau về ngân sách có lẽ là một trong những sự tương tác trực tiếp nhất mà cán bộ quản lý y tế có với cán bộ tài chính. Các nhà quản lý cấp cao không quen thuộc với ngân sách thường xuyên bỏ qua các bảng tính và báo cáo kế toán thường tẻ nhạt, phức tạp theo yêu cầu của các phòng ban khác và đánh giá thấp tầm quan trọng của các tài liệu này với phần còn lại của tổ chức. Kết quả là, các cơ quan dễ chuẩn bị và giải thích các tài liệu này thường không giúp mọi người hiểu và quản lý các hoạt động lâm sàng tốt.

Ngân sách được chuẩn bị theo cách khác nhau trong gần như mọi tổ chức nhưng thường làm theo một cấu trúc tương tự như cấu trúc của báo cáo thu nhập. Trình bày trên cơ sở theo tháng và thường là trên bảng tính, chi phí toàn bộ một năm có thể được ước tính. Không có khả năng để theo dõi một ngân sách hoặc để hiểu tại sao các mục ngân sách riêng rẽ vượt quá tạo ra các vấn đề tài chính cho quản lý cấp cao, lần lượt, làm suy giảm khả năng hoạt động trong một tổ chức quản lý y tế. Chú ý đến ngân sách, dù cho nó là tẻ nhạt, là một bài tập đáng giá mà phải được thực hiện bởi tất cả các nhà quản lý y tế, dù có hoặc không trực tiếp tham gia vào quá trình lập ngân sách.

Nguyên tắc kinh doanh chung khác

Các nhà quản lý y tế cần có một sự hiểu biết chung về cách cộng đồng doanh nghiệp hoạt động. Một số khái niệm là vô cùng quan trọng để giúp họ tương tác với những người khác trong tổ

chức.

Các khái niệm này bao gồm:

1. Lập kế hoạch tổ chức và quá trình lập kế hoạch
2. Quản lý dự án
3. Tạo ra các kế hoạch kinh doanh
4. Chuẩn bị các báo cáo tài chính
5. Thực hiện phân tích độ nhạy
6. Hiểu biết về tâm lý học tổ chức

Kế hoạch tổ chức và quy trình lập kế hoạch

Nguồn lực đáng kể thường được dành riêng để lên kế hoạch trong các tổ chức chăm sóc sức khỏe. Tầm quan trọng của quá trình này không thể xem thường. Lập kế hoạch hiệu quả cuối cùng dẫn đến kết quả là tạo ra một kế hoạch quản lý dự án chi tiết cho các tổ chức giúp xác định các hoạt động cụ thể.

Người lập kế hoạch thường bắt đầu bằng việc xây dựng một cái nhìn tổng thể về mục đích của tổ chức, được gọi là các tuyên bố nhiệm vụ. Tuyên bố này được thiết kế để xác định nguyên nhân chính cho sự tồn tại của tổ chức và thường được giới hạn trong một hoặc hai câu. Nhà hoạch định cũng có thể tạo ra một tuyên bố tầm nhìn cho các tổ chức - nó cung cấp một cái nhìn tổng quan về các mục tiêu của tổ chức, thường có một sự thiên vị khi mô tả cách tổ chức hoạt động trong những hoàn cảnh lý tưởng hóa. Sau khi người lập kế hoạch xác định sứ mệnh của tổ chức và tầm nhìn, họ thường phát triển các mục đích cấp cao, trong đó phác thảo làm thế nào tổ chức sẽ đạt được sứ mệnh của mình. Một tuyên bố các mục tiêu thường có 5 hoặc 10 yếu tố quan trọng mà các doanh nghiệp sẽ tập trung thực hiện trong năm tới. Mỗi mục đích liên quan đến các mục tiêu đo lường đạt được sau một thời gian quy định để đảm bảo rằng mục tiêu là có thể đạt được. Bảng quản lý dự án thường xác định từng mục tiêu và phác thảo bước chiến thuật then chốt cần thiết để đạt được các mục tiêu. Như vậy, từ những tuyên bố nhiệm vụ cấp cao, các nhà hoạch định của tổ chức có thể xác định mục đích cần để đạt được nhiệm vụ này và mục tiêu và chiến thuật cụ thể sẽ giúp đỡ để đạt được các đích đã xác định.

Các nhà quản lý cũng thích tạo biểu đồ SWOT giúp liệt kê những điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội và mối đe dọa cho các doanh nghiệp hoặc các hoạt động được hoạch định. Làm việc thông qua các loại phân tích này trong quá trình lên kế hoạch nhóm thường mang đến những cân nhắc sáng giá mà sau này trở thành yếu tố quan trọng của quá trình lập kế hoạch kinh doanh.

Sau khi nhà lập kế hoạch đã xây dựng các mục đích và mục tiêu, họ thường chuyển sang các mục tiêu hoạt động chi tiết hoặc các sự kiện quan trọng có thể đạt được mà chúng được liệt kê trong kế hoạch quản lý. Nhà quản lý tốt thường kể tên các biện pháp cụ thể giúp chỉ ra liệu kế hoạch này được theo dõi và ghi lại thường xuyên hay không. Các biện pháp lag (lag measure) thông báo cho các nhà hoạch định một cách hồi cứu là liệu mục tiêu của họ đã đạt

được hay không. Các ví dụ bao gồm (1) hồ sơ các lợi nhuận ròng thu được sau khi sổ sách của công ty đã được quyết toán mỗi tháng và (2) kết quả khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân. Chỉ dẫn (lead indicators) thông báo cho các nhà quản lý liệu công ty có trên đà đạt được một mục tiêu, cũng quan trọng không kém. Ví dụ như (1) các biện pháp lưu thông bệnh nhân (ví dụ, thăm bệnh nhân mới) như một phương tiện để đảm bảo lưu thông bệnh nhân mới, và (2) thu thập thông tin hàng ngày trung bình được sử dụng để dự đoán thu nhập hàng tháng.

Quản lý dự án

Quản lý dự án trở nên cần thiết khi tổ chức muốn đảm bảo rằng dòng lưu thông thông tin và định hướng mong muốn được duy trì trong suốt cả năm. Tổ chức quản lý kém thường xuyên thất bại trong việc xác định mục đích và mục tiêu hoặc chi tiêu thời gian đáng kể trong lập kế hoạch mà không đạt được kết quả hữu hình. Để thành công, nhà quản lý chất lượng y khoa cần được đào tạo về quản lý dự án và khả năng để thực hiện các quy trình tự lập kế hoạch. Một số tổ chức thẩm định, chẳng hạn như Ủy ban Quốc gia Đảm bảo chất lượng (NCQA), cung cấp đề cương cho các loại quy trình lập kế hoạch như một phần của yêu cầu đào tạo của họ. Các nhà lãnh đạo của các tổ chức này đã học được rằng, như nhiều nhà quản lý, một kế hoạch được suy nghĩ kỹ và tổ chức tốt đảm bảo kết quả khi thực hiện sẽ hiệu quả. Thực hiện và kết quả, chứ không phải các cuộc thảo luận hay bài báo xuất bản, định nghĩa thành công. Quản lý dự án tốt đảm bảo rằng tất cả các thành viên của đội hiểu vai trò và trách nhiệm của họ và biết được họ đang đi đúng hướng để thực hiện kế hoạch được xác định. Trong số các nhiệm vụ điển hình của quản lý dự án là xác định mỗi thành phần quan trọng của dự án, xác định một người có trách nhiệm để bắt đầu dự án, và thiết lập một ngày hoàn thành dự kiến. Một bảng đơn giản, trình bày dưới dạng bảng tính, có thể thường được sử dụng thay cho các chương trình quản lý dự án chính thức đắt tiền hơn, chẳng hạn như Microsoft Project.

Tạo ra các kế hoạch kinh doanh

Các nhà quản lý doanh nghiệp thành công báo cáo rằng chìa khóa để thành công là khả năng lập kế hoạch và phối hợp một sáng kiến kinh doanh đúng đắn. Có một kế hoạch được xây dựng tốt là một yếu tố chính để đảm bảo rằng một sáng kiến được thực thi. Kế hoạch kinh doanh có thể được tạo ra thông qua nhiều cách tiếp cận, hầu hết trong số đó đã được công bố trong sách giáo khoa lập kế hoạch kinh doanh chuẩn. Một kế hoạch kinh doanh hiệu quả cần được xây dựng với tính kỷ luật và tập trung, kết hợp nhiều thành phần khác nhau của phân tích tài chính để thực hiện các trường hợp kinh doanh để thực thi sáng kiến.

Các yếu tố chính của một kế hoạch kinh doanh, mỗi yếu tố thường được mô tả trong một vài đoạn văn, bao gồm những điều sau đây:

1. Tổng quan về các ngành công nghiệp hoặc công ty và một mô tả của bất kỳ sản phẩm đang được sản xuất hoặc đang được xem xét
2. Việc đánh giá thị trường hiện tại, bao gồm cả những ưu điểm của các sáng kiến đề xuất vượt trội so với đối thủ cạnh tranh
3. Một đề cương chính thức của sáng kiến đề xuất và các cơ hội mà nó cung cấp cho công ty

4. Nghiên cứu thị trường để xác định thị trường mục tiêu tiềm năng và các chi phí và doanh thu dự kiến cho các sáng kiến
5. Một thiết kế chính thức cho việc thực hiện các sáng kiến và một lịch trình phát triển
6. Kế hoạch hoạt động tổng thể sử dụng phương pháp quản lý dự án chuẩn
7. Một hồ sơ của những người dẫn đầu có trách nhiệm và các đội quản lý và thực hiện
8. Tổng quan về kinh tế liên quan đến các doanh nghiệp và các sáng kiến, bao gồm cả các lĩnh vực như lợi nhuận nói chung và tiềm năng bán hàng
9. Dự kiến rủi ro và các vấn đề có thể dẫn đến kết quả đạt được ít hơn mong đợi tối ưu
10. Các sắp xếp tài chính và báo cáo tài chính đề ra lợi ích và chi phí cho một khoảng thời gian vài năm
11. Hợp đồng, các điều khoản, thỏa thuận, và các thủ tục dự kiến khác cần phải đàm phán
12. Chiến lược giải thoát: quá trình kết thúc hoặc ngừng chương trình

Phân tích tài chính, không cần phải dài hơn năm trang, có thể được trình bày dưới dạng đồ họa hoặc dạng bảng. Nhìn chung, kế hoạch kinh doanh nên là thuyết phục và có thể được hiểu một cách dễ dàng bởi một đối tác không phải là giới kinh doanh. Một kế hoạch kinh doanh thường dự kiến một mất mát tài chính trong một hoặc hai năm đầu tiên có lợi nhuận trong những năm tiếp theo. Những lý do cho những tổn thất dự kiến trong những năm đầu tiên thường được nghiên cứu kỹ lưỡng bởi các nhà quản lý tài chính để đảm bảo rằng sự thiệt hại sẽ không tồn tại lâu dài.

Chuẩn bị cho các báo cáo tài chính dự kiến

Các báo cáo tài chính dự kiến, thường là một phần của một kế hoạch kinh doanh, đề cập chi tiết các chi phí tài chính và chi phí của một dự án cho một số khoảng thời gian trong tương lai. Các báo cáo này thường xác định chi phí tiết kiệm và chi phí cho dự án trong mỗi năm của ban đầu tới, cũng như lợi nhuận tổng thể và tỷ suất hồi vốn. Các báo cáo tài chính dự kiến được sử dụng trong suốt quá trình lập kế hoạch và tài chính để cung cấp cho các nhà quản lý tài chính một cái nhìn tổng quan về hiệu quả lâu dài của một dự án. Chúng đặc biệt hữu ích khi một dự án có chi phí ban đầu cao và do đó có thể cần phải được đứng vững về mặt tài chính.

Thực hành phân tích độ nhạy (sensitivity analyse)

Trong phân tích độ nhạy, thường được tính toán bằng cách sử dụng bảng tính, các dự án kinh doanh được mô hình hóa xung quanh một vài biến số quan trọng ban đầu. Các biến này sau đó được thay đổi thông qua một khoảng giá trị có thể, và các ảnh hưởng lên các kết quả được ghi nhận. Phân tích độ nhạy cho phép các nhà quản lý xác định các kết quả tốt nhất và tồi tệ nhất của khi tiến hành tuân thủ sống người tham gia, tỷ suất hoàn vốn tài chính, hoặc các yếu tố khác.

Hiểu biết về Tâm lý học tổ chức

Một thành phần quan trọng nhưng thường bị bỏ qua trong khi giáo dục kinh doanh cho các chuyên gia quản lý chất lượng là sự hiểu biết về tâm lý học tổ chức cơ bản. Thuật ngữ này đề cập đến sự tương tác phức tạp của các cá nhân trong một tổ chức và những tương tác này thúc đẩy hay cản

trở cách hướng kinh doanh tổng thể của một công ty như thế nào. Các nguyên tắc và chiến lược liên quan được mô tả chi tiết trong Chương 4.

Thực hành một trường hợp kinh doanh để quản lý chất lượng

Đáng ngạc nhiên, ít bài viết về chủ đề làm thế nào để xây dựng một trường hợp kinh doanh cho quản lý chất lượng trong một kế hoạch y tế. Thường, các bài thuyết trình quản lý tế là không thuyết phục, và giám đốc y tế và các chuyên gia quản lý chất lượng cảm thấy bị thiệt thòi hoặc bị cô lập với bộ phận còn lại của các cán bộ quản lý. Hơn nữa, cách tiếp cận để hiểu các khái niệm về quản lý tế thay đổi theo góc nhìn của một người (ví dụ, xã hội, đối tượng chi trả, nhà cung cấp, bệnh nhân); làm thế nào người ta có thể xác định chi phí và lợi ích (ví dụ, chi phí phi vật thể, trực tiếp, gián tiếp, liên quan đến y tế, và phi y tế); và các loại phân tích được thực hiện để xác định liệu quản lý tế là hiệu quả. Các phương pháp gián tiếp tạo ra giá trị cho loại hình kinh doanh khác cũng có thể được điều tra. Một phân tích về giá trị kinh tế của quản lý chất lượng nên cân nhắc các yêu cầu sau đây.

Nhiệm vụ chính phủ

Tại Hoa Kỳ, chính phủ đã tạo ra một nhiệm vụ ảo cho các chương trình quản lý chất lượng trong chăm sóc y tế bằng cách buộc các tổ chức lớn phải chú ý đến các vấn đề về chất lượng y tế. Chính phủ đã yêu cầu các chương trình này một cách trực tiếp và gián tiếp bằng cách chỉ rõ rằng các cơ quan kiểm định chất lượng bên ngoài được sử dụng. Các cơ quan bên ngoài này sẽ không cấp sự thẩm định đầy đủ, trừ khi các chương trình và quy trình chất lượng nhất định được thực hiện, thậm chí đôi khi còn chỉ định rõ những điều gì được sử dụng. Cơ quan này bao gồm CMS, NCQA, URAC, Ủy ban hỗn hợp (Joint Commission), và các ban ngành nhà nước địa phương về sức khỏe và bảo hiểm. Những cơ quan hành chính về chất lượng này tăng tăng lên đáng kể về quy mô và độ phức tạp trong vài năm qua. Các chương trình mới vẫn tiếp tục được bổ sung, các chương trình hiện đang có được mở rộng, và các liên kết giữa các chương trình và các cơ quan, các tổ chức đang được thúc đẩy - điều này tạo ra thách thức cho một bộ phận duy nhất trong một công ty chăm sóc quản lý hoặc một bệnh viện để điều phối và giám sát.

Yêu cầu của cộng đồng doanh nghiệp

Nhận thức được vấn đề tương tự, những đối tượng chi trả khác nhau trong cộng đồng doanh nghiệp (thường những người sử dụng lao động ở quy mô lớn hơn) cũng yêu cầu hay đòi hỏi được tham gia trong các chương trình chất lượng.

Yêu cầu đối với giám sát chất lượng

Bởi vì các yêu cầu hiện tại đối với quản lý y tế và giám sát chất lượng được mở rộng, các bộ phận quản lý lâm sàng thường cần phải quản lý nhiều chương trình và, thông qua các nghiên cứu của họ, để xác định các chương trình có thể được sử dụng để đáp ứng nhiều tiêu chuẩn hoặc tiêu chí tại một thời điểm. Tạo các chương trình có một hành chính cạnh tranh và sử dụng các sáng kiến cá nhân để xử lý nhiều yêu cầu.

Nhu cầu của các đối tác kinh doanh

Các tài khoản hoặc đối tác kinh doanh khác nhau có thể đòi hỏi các hoạt động cải tiến chất lượng của một tổ chức. Sự cần thiết phải thực hiện theo nhiệm vụ là một lập luận có hiệu quả để tài trợ cho các hoạt động này một cách đúng đắn, nhưng nó sẽ không giải quyết vấn đề liệu các nguồn lực được sử dụng một cách thích hợp nhất hoặc hiệu quả bởi các nhà quản lý tế.

Ảnh hưởng tài chính

Ảnh hưởng tài chính của các hoạt động cải tiến chất lượng lên một tổ chức thường là khá nhỏ. Mặc dù tổng chi phí ban đầu có vẻ cao đối với các nhà quản lý tài chính, nó thường có thể được chứng minh là khá nhỏ nếu tính theo chi phí trên đầu người một tháng trong một chương trình y tế.

Một chiến lược hiệu quả có thể là để so sánh chi phí quản lý chất lượng trong chăm sóc y tế với những nỗ lực tương tự trong các ngành công nghiệp khác.

Đánh đổi giữa tiêu chuẩn thẩm định cao hơn và chi phí thấp hơn

Một tổ chức có thể phát triển một số kịch bản, theo đó các chương trình cải tiến chất lượng có thể được tăng hoặc giảm. Giảm các hoạt động này thường dẫn đến những thách thức từ các cơ quan kiểm định chất lượng, chẳng hạn như giảm từ mức độ đánh giá thẩm định của NCQA. Quản lý cấp cao sẽ cần phải quyết định xem có cam kết cao nhất về chất lượng hay là chấp nhận một tiêu chuẩn kiểm định chất lượng thấp hơn để đánh đổi lấy một chi phí giảm đối với tổ chức. Các lực lượng thị trường đóng một vai trò quan trọng trong việc gán giá trị cho các loại ưu tiên này.

Các kết quả ước lượng sử dụng công cụ toán học

Những lợi ích của các hoạt động quản lý chất lượng diễn đạt bằng thuật ngữ toán học được ước tính bằng cách sử dụng các công cụ như công thức tính toán chất lượng của NCQA có trên trang web của NCQA (<http://www.ncqa.org/tabid/181/Default.aspx>).

Mục tiêu xã hội

Các mục tiêu về chất lượng có thể lớn hơn về mục tiêu về tài chính. Nhiệm vụ của một tổ chức, mong muốn làm điều đúng, và việc theo đuổi chung của sự xuất sắc là sự biện minh hợp lý cho các chương trình liên quan đến chất lượng. Những người chủ sử dụng lao động lớn đang bắt đầu nhận ra tầm quan trọng của sự hài lòng của nhân viên, năng suất và giảm sự vắng mặt như là mục đích trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Hầu hết các giám đốc chất lượng chương trình y tế cuối cùng sẽ cố gắng để tạo ra một đánh giá toàn diện về các hoạt động quản lý chất lượng dựa trên những điểm nêu trên. Một danh sách toàn diện của nhiều yêu cầu được thực hiện trên đối với một tổ chức bởi các tổ chức khác nhau yêu cầu mạnh mẽ phải có một bộ phận duy nhất để giải quyết chúng. Tiếp theo, các nhà quản lý chất lượng phải cho thấy rằng các hoạt động cải tiến chất lượng được tuân thủ được tiến hành một cách hiệu quả nhất có thể khi so sánh với tổ chức có quy mô và phạm vi kinh doanh tương tự và bằng cách chứng minh rằng nhiều yêu cầu được thỏa mãn bởi từng hoạt động.

Luận chứng các hoạt động quản lý chất lượng ở cấp độ của một sáng kiến cá nhân thường đòi hỏi một cách tiếp cận khác nhau. Các sáng kiến lâm sàng thường là những vấn đề đa chiều mà có sự thay đổi cao và là phi tuyến tính trong phạm vi thực hiện. Hoạt động lâm sàng không tuân theo phương pháp tuyến tính đơn giản như các tính toán về tỷ lệ hoàn vốn mà người ta có thể làm cho một khoản vay hoặc đề nghị kinh doanh đơn giản. Chúng có các chức năng chi phí phức tạp thay đổi theo thời gian, và không có các phương pháp kế toán thường trực để trình bày chúng với quản lý cấp cao; nghĩa là, không có GAAP sẵn để thảo luận về tác động tài chính của các sáng kiến quản lý y tế.

Gần đây, khi tổng số tiền có sẵn cho chăm sóc sức khỏe ngày càng trở nên hạn chế, các nhà kinh tế đang làm việc để xác định giá trị tương đối của các can thiệp khác nhau dưới dạng các phân tích chi phí-hiệu quả. Phát triển theo những cách khác nhau, những nỗ lực tìm kiếm sự kết hợp cả chi phí và hiệu quả lâm sàng trong một thống kê hoặc phương trình đơn nhất để ước tính tác động từ các hoạt động lâm sàng khác nhau. Nếu chỉ có một triệu đô la để chi tiêu vào tất cả các chương trình lâm sàng, ví dụ, phân bổ tốt nhất của những đô la khan hiếm có thể được hướng dẫn bởi những phương pháp này.

Mặc dù những yếu tố này làm cho một phân tích khó khăn, nó cần được tiến hành trong bất kỳ sự kiện nào.

Các loại kết quả

Lợi nhuận từ quản lý chất lượng có thể được trình bày bằng các thuật ngữ kinh tế bằng nhiều phương pháp khác nhau: tài chính, lâm sàng, xã hội, lợi ích vô hình, dựa vào năng suất, và thực hành.

Tài chính

Lợi ích của quản lý chất lượng có thể được trình bày dưới các thuật ngữ kinh tế tiết kiệm tài chính, ví dụ, tiết kiệm đô la cứng, tiết kiệm đô la mềm, hoặc tiết kiệm được quy gán. Tiết kiệm đô la cứng thường khó khăn nhất để chứng minh vì nó thể hiện một số tiền tiết kiệm được dự đoán; ví dụ, tiết kiệm \$1,50 cho mỗi 1,00\$ đầu tư cho một sáng kiến. Thường dùng hơn, lợi ích của một sáng kiến được thể hiện bằng tiết kiệm đô la mềm, được trình bày như là một khoảng tiết kiệm có thể (ví dụ, giữa \$0,94 tiết kiệm cho mỗi 1,00\$ đầu tư và \$3,00 tiết kiệm cho mỗi 1,00 \$ đầu tư, có khả năng khoảng \$1,50 tiết kiệm cho mỗi 1,00\$ đầu tư). Đưa ra các khoảng tiết kiệm như thế thường rất khó chấp nhận bởi các nhà quản lý cấp cao, do đó những nỗ lực đáng kể là cần thiết để chứng minh khoảng tiết kiệm là tích cực. Tiết kiệm được quy gán, thì dễ dàng hơn vì nó là bằng chứng được tính toán từ các bằng chứng trong y văn.

Ở đây, kiến thức lâm sàng cơ bản là hữu ích vì nhà quản lý chất lượng xác định tỷ suất hồi vốn ROI từ một thử nghiệm đa trung tâm, ngẫu nhiên, mù đôi, đối chứng bằng giả dược. Ví

dự, một thử nghiệm như vậy có thể thấy tỷ suất hồi vốn ROI cho tiêm vaccin cúm là \$ 16,00 mỗi liều tiêm vaccin. Bằng cách đề xuất sẽ tiêm thêm 5.000 liều trong chương trình tiêm chủng, nhà quản lý y tế dự đoán rằng \$ 80.000 tiền tiết kiệm sẽ được tích lũy. Mặc dù để thuyết phục một bác sĩ, bằng chứng này có thể ít được đòi hỏi hơn so với thuyết phục một nhà quản lý tài chính. Trường hợp này có thể được củng cố bởi một phân tích cho thấy sự thay đổi trong chi phí liên quan đến bệnh cúm.

Lâm sàng

Lý giải cho việc cần phải tiến hành các hoạt động cải tiến chất lượng cũng có thể được giải thích là do những cải thiện lâm sàng trong việc chăm sóc. Tuy nhiên, cải thiện lâm sàng thường rất khó để mô tả về mặt kinh tế. Ví dụ, mặc dù việc tăng sử dụng chụp nhũ được cho là làm giảm sự tiến triển đến ung thư phức tạp hơn và tăng số lượng các ca ung thư được xác định ở giai đoạn sớm của bệnh có thể chữa được, tuy nhiên giá trị của nó trong việc giảm chi phí chăm sóc y tế, hoặc thậm chí cứu sống tính mạng bệnh nhân không được thiết lập. Không có khả năng thiết lập một mối liên hệ chặt chẽ giữa các hoạt động lâm sàng và tiết kiệm chi phí làm cho việc tính toán tỷ suất hồi vốn khó khăn. Cải thiện lâm sàng phải dựa trên cơ sở sẵn sàng chi trả (willingness to pay), một thuật ngữ kinh tế được sử dụng để mô tả các ước lượng chủ quan của định giá khi tiến hành một quyết định mua hàng trong trường hợp không có một phương pháp kế toán chặt chẽ hơn được thực hiện. Việc thiếu một con đường rõ ràng để chuyển đổi từ kết quả lâm sàng sang giá trị tài chính của một sáng kiến lâm sàng làm cho việc hoạch định ngân sách trở nên khó khăn và buộc nhà quản lý cấp cao ở vị trí phải xác định liệu các hoạt động lâm sàng là có đáng để đầu tư thêm mà không có một phương pháp cụ thể để hỗ trợ trong việc đưa ra quyết định.

Xã hội hoặc phi vật thể

Một số lý do cho việc thực hiện các sáng kiến quản lý chất lượng là không liên quan đến tài chính hoặc các vấn đề lâm sàng mà thay vào đó là do nó mang lại các giá trị xã hội. Thể loại đánh giá này trong kế hoạch kinh doanh cần phải được đặt nổi bật đối với nhà quản lý cấp cao. Kết quả phi vật thể có thể bao gồm tăng sự hài lòng của bệnh nhân, nhận thức trên thị trường rằng tổ chức này đang ở vị trí "mép" với những hoạt động bán hàng kèm theo. Một lần nữa, những lợi ích này nằm trong lợi ích chung khiến người mua sẵn sàng chi trả để mua sản phẩm hay dịch vụ. Mặc dù điều quan trọng là đánh giá các kết quả chính trong quản lý y tế, chúng ta không nên quên một danh sách dài các yếu tố phi vật thể mang lại, dù chúng không dễ dàng để đo lường, nhưng nó mang lại những tác động thực sự đến khách hàng. Tóm lại, trong thể loại này, chúng tôi sẽ trả lời câu hỏi, "Nếu bạn bỏ ra \$ 10 triệu cho chương trình của chúng tôi và bạn đã tiết kiệm \$ 10 triệu trong chi phí chăm sóc y tế, bạn vẫn sẽ thực hiện chương trình?" Nói cách khác, nếu ROI chọn điểm giới hạn là 1,0, những yếu tố nào sẽ làm cho bạn cân nhắc chương trình này?

Một số yếu tố trong câu trả lời của bạn nên bao gồm những điều sau đây.

Cải thiện về bán hàng

Bộ phận quản lý y khoa thường được các đội bán hàng trong kế hoạch y khoa của cơ sở xem như một bộ phận khác biệt cấp cao cho kế hoạch bán hàng. Được xem như là những chuyên

gia cao hơn và theo những cách khác nhau sẽ giới thiệu các chương trình y khoa hiện tại là một thị trường khác biệt rõ ràng, ngay cả khi các chương trình này được coi là có giá trị kinh tế khiêm tốn bởi các yếu tố hoài nghi của các nhóm nội bộ.

Hình ảnh trong cộng đồng

Trong một góc nhìn có liên quan, các bệnh viện và các chương trình y tế mang lại lợi ích trong việc tăng cường sức khỏe của các thành viên và cộng đồng. Rõ ràng, các chương trình quản lý y tế nhấn mạnh lợi ích chăm sóc sức khỏe, duy trì sức khỏe tốt, và các mục tiêu tương tự được cộng đồng xem như là một dấu hiệu của quyền công dân được đáp ứng tốt. Đội ngũ bán hàng và nhân viên tiếp thị thường chỉ rõ đây như là một trong các giá trị của các chương trình quản lý y tế.

Ảnh hưởng lên nguồn nhân sự

Sự phát triển của một chương trình quản lý y tế nội bộ là tốn kém từ một số quan điểm. Điều này có thể mang lại sức mạnh đáng kể của thị trường cho đội ngũ bán hàng của các dịch vụ này, chẳng hạn như việc thực hành y tế của bác sĩ đa ngành và các công ty quản lý bệnh xây dựng các hệ thống hoạt động tương tự. Đầu tiên, thời gian để phát triển các chương trình này có một lực cản đáng kể về quản lý và phân bổ nhân viên nội bộ khi các chương trình được thiết kế và xây dựng. Điều này đặc biệt đúng đối với một chương trình đặc biệt đòi hỏi các y tá có trình độ cao trong ung thư hay hộ sinh, những người có thể khó được tìm thấy do thiếu đội ngũ này trên thị trường. Đây là một yếu tố quan trọng cần cân nhắc. Phát triển nguồn nhân lực, bao gồm cả thuê nhân viên, bố trí cá nhân từ nơi này đến nơi, phát triển chính sách y tế, vừa tốn kém và mất thời gian. Phần mềm hỗ trợ cho các hoạt động quản lý y tế nhưng không quản lý các trường hợp chuẩn đòi hỏi phải sửa đổi thêm, liên quan đến các phòng ban công nghệ thông tin làm việc quá tải cần phải thiết kế, thử nghiệm, và để thực hiện các chương trình. Cuối cùng, hỗ trợ kỹ thuật để cung cấp cho việc duy trì liên tục của một cơ sở dữ liệu chứa các hướng dẫn và quy chuẩn dựa trên bằng chứng hiện tại là tốn thời gian và tiền bạc. Đối với tất cả những lý do này, các chi phí nguồn nhân lực tuyệt đối của ứng dụng các chương trình trực tuyến, ngay cả khi về khái niệm bản thân nó là đơn giản, có thể cũng khá đắt tiền. Điều này, tất nhiên, là một quyết định cho mỗi tổ chức cá nhân, nhưng có một logic hấp dẫn là sử dụng chuyên gia nhiều kinh nghiệm trong lĩnh vực này để hỗ trợ tính toán các chức năng phức tạp hơn.

Quan hệ nhà cung cấp

Chương trình quản lý y tế có tác dụng hỗ trợ cho chương trình y tế mà các bác sĩ thực hiện mang lại một số giá trị quan hệ công chúng tích cực cho bản thân mình. Thực hành y học tương thích với các hướng dẫn dựa trên bằng chứng y học được xem là tích cực bởi các bác sĩ, và hỗ trợ cơ sở hạ tầng, có thể được giới thiệu với bác sĩ như là một nỗ lực tích cực của một phần của kế hoạch để làm cho công việc của họ dễ dàng hơn. Ngược lại, thực hiện không chính xác hoặc không đầy đủ của các loại chương trình này làm cho các chương trình y tế xuất hiện là không hiệu quả, mất liên lạc, hoặc không đủ năng lực đối với cộng đồng bác sĩ thực hành.

Tiết kiệm trong tương lai

Tiết kiệm trong tương lai cung cấp do quản lý y tế là rất khó để định lượng và thường được loại bỏ từ những tính toán tiền tiết kiệm. Tuy nhiên, xem xét các tác động kinh tế trong dài hạn có thể xảy ra nếu tất cả các bệnh nhân tiểu đường dùng thuốc đúng cách của họ và không phát triển các biến chứng như bệnh võng mạc, bệnh thận, và bệnh thần kinh. Hậu quả lâu dài của y tế dự phòng không đầy đủ đã được ghi nhận trong y văn nhưng không may, ít được định lượng từ góc độ kinh tế. Lợi ích kinh tế dài hạn có thể được chứng minh rõ ràng khi phòng bệnh tiên phát và thứ phát các loại quản lý bệnh chính - có thể cần nỗ lực hơn nữa để duy trì sức khỏe và một nền văn hóa chăm sóc sức khỏe trong một cộng đồng.

Thẩm định - Tuân thủ

Nhiều cơ quan quản lý và các tổ chức thẩm định xem quản lý y tế và quản lý bệnh như các thành phần thiết yếu trong kinh doanh liên tục của các chương trình y tế. Thẩm định đầy đủ thường xuyên đòi hỏi sự chú ý đến quản lý bệnh, và nỗ lực chăm sóc sức khỏe càng tăng. Việc thẩm định tự nó có tác động tiếp thị với một số bộ phận kinh doanh của công ty và các kênh phân phối.

Ảnh hưởng của phân biệt về giá

Các chương trình quản lý y tế nhắm đến mục tiêu là các cá nhân trong tổ chức hay kế hoạch y tế có một tác dụng thứ cấp là giảm chi phí chăm sóc sức khỏe lâu dài. Điều này sẽ có khả năng làm tăng sự khác biệt về giá hoặc lợi nhuận mang lại. Trong lịch sử, các chương trình nhắm đến bác sĩ và dựa trên cộng đồng cải thiện chăm sóc và chi phí thấp hơn cho toàn bộ cộng đồng. Các chương trình độc lập hoặc dựa vào thành viên về lý thuyết cho mang lại lợi thế chi phí cho một chương trình y tế (vì chúng chỉ ảnh hưởng đến các thành viên của chương trình) và có thể được ưa thích, vì thuộc tính này được nhấn mạnh đối với nhà quản lý hoạt động và quản lý cấp cao.

Kiến thức lâm sàng

Sự phát triển liên tục của các chương trình quản lý y tế nói chung, và quản lý bệnh và chăm sóc sức khỏe nói riêng, tạo ra các vị trí có trong các kế hoạch y tế làm tăng kho kiến thức lâm sàng tổng thể - điều này là hữu ích cho các chức năng kinh doanh khác, chẳng hạn như phát triển chính sách y tế chính xác và chiến lược công ty liên quan đến chính sách y tế trong doanh số bán hàng hoặc quan hệ với chính phủ. Các sáng kiến quản lý rủi ro, mối quan hệ của giám đốc y tế với cộng đồng y tế, và một loạt các dạng khác, các loại tương tự khác của các hoạt động kinh doanh được hỗ trợ bởi cơ sở hạ tầng tăng và / hoặc chuyên gia bên ngoài cung cấp bởi các chương trình quản lý bệnh.

Nhìn chung, các giá trị phi vật thể của các hoạt động quản lý y tế nói chung và quản lý bệnh và chăm sóc sức khỏe nói riêng được thực hiện qua các giá trị mang lại khác nhau. Những điều này nên được bao gồm thường xuyên trong các bài thuyết trình bán hàng và không nên bị bỏ qua đơn giản chỉ vì chúng không thể dễ dàng được định lượng. Hầu hết các lý do cộng hưởng rõ ràng đối với các giám đốc điều hành (CEO)- giám đốc thực thi và quản lý nhân sự, vì sự thiếu vắng của các tài liệu khác, sẽ sử dụng tỷ suất hoàn vốn ROI.

Dựa trên hiệu suất

Hiện có một sự bùng nổ gần đây về nhận thức và kết hợp các vấn đề về năng suất trong định lượng kết quả thu được. "Sự vắng mặt", "sự có mặt", và năng suất nói chung đã được nâng cao là một kết quả chất lượng quan trọng trong cộng đồng chăm sóc sức khỏe và các nguồn lực công ty. Hiểu rằng tác động năng suất có thể đóng góp ba hoặc bốn lần chi phí y tế điều này khiến nó được quan tâm sâu sắc khi đánh giá giá trị tổng thể của sức khỏe con người và "vốn con người" ở cả hai phía: người sử dụng lao động và mỗi cá nhân.

Phương pháp hoạt động

Lợi ích của một chương trình quản lý chất lượng cũng có thể được thể hiện trong khả năng thực hiện của chương trình để cung ứng. Mặc dù phương pháp này đầu tiên có thể được xem là thuần về quá trình chứ không phải là đo lường kết quả, cả hai đều có điểm liên quan chồng lên nhau. Trong một chương trình quản lý bệnh, ví dụ, lý thuyết của chương trình có thể không có nghi ngờ. Các thử nghiệm ngẫu nhiên, đa trung tâm có thể đã được chứng minh nhiều lần rằng các yếu tố của chương trình cung cấp giá trị. Ví dụ, các thuốc chẹn beta đã được chứng minh là giúp bệnh nhân sau một cơn đau tim, và kiểm soát tốt bệnh tiểu đường làm giảm chi phí lâu dài. Những gì chương trình này có thể cần là khả năng cung cấp các yếu tố này cho toàn bộ dân số trong một thời gian hợp lý bởi vì cần một vài năm để ghi danh cho toàn bộ quần thể, hoặc chỉ ghi danh một phần nhỏ quần thể, sẽ không mang lại giá trị. Hiệu suất hoạt động thấp hoặc cao trong việc thực hiện một chương trình chất lượng hoặc sáng kiến y tế là một chỉ tiêu chất lượng bởi vì thất bại để thực hiện chương trình sẽ không mang lại kết quả gì. Tóm lại, nhà quản lý chất lượng phải hiểu rằng các mảnh thành phần của sáng kiến quản lý chất lượng thường khó khăn để xác định về mặt tài chính nhưng mà một định giá có cấu trúc và là một phần của đề xuất giá trị kinh doanh là cần thiết để cho phép xác định giá trị của hoạt động.

NGHIÊN CỨU TÌNH HUỐNG

Thực hiện một trường hợp kinh doanh cho một đơn vị điều hành bệnh viện mới

Như một phần của nỗ lực cải tiến chất lượng, một bệnh viện nhi chăm sóc cấp ba lưu ý rằng bệnh viện không thực hành tốt nhất khi xét đến việc chuẩn bị trước phẫu thuật của một số trẻ em bị bệnh nặng và những bệnh nhân bị bệnh mãn tính. Một đề xuất đã được thực hiện để tạo ra một phòng tư vấn tiền mê (Preanesthesia consult clinic - PACC). Đề trình bày tài liệu đối với quản lý cấp cao, một trường hợp kinh doanh và tài chính dự kiến được tạo ra. Cách tiếp cận để chứng minh lợi nhuận trực tiếp đồng thời từ các PACC và tiết kiệm gián tiếp thông qua hiệu quả và hiệu quả chất lượng từ việc cải thiện phòng mổ. Rủi ro tài chính sẽ không đáng kể, và những nỗ lực cải tiến chất lượng bền vững ;ột cách độc lập.

PACC sẽ đánh giá bệnh nhân với qua điện thoại và trực tiếp với mục đích đảm bảo chuẩn bị bệnh nhân kịp thời và giảm thiểu hủy hẹn hoặc thời gian chuẩn bị cho phòng phẫu thuật. Trong khi phần lớn các công việc sàng lọc sẽ được thực hiện như là một phòng khám ảo, với liên lạc qua điện thoại, các PACC sẽ còn phải gặp trực tiếp bệnh nhân (ví dụ, gửi hóa đơn), trung bình, 5 đợt khám một ngày hoặc 20 bệnh nhân một tuần, cho lập hoá đơn số tiền khoảng \$ 5000 / tuần hoặc \$ 260,000 / năm.

Đối với đội ngũ lãnh đạo, lợi ích bao gồm thực hiện các khoản thu trực tiếp và cải tiến thực sự, nhưng hơi ít hữu hình trong hiệu quả hoạt động và an toàn, bao gồm giảm chờ đợi cho các phòng phẫu thuật. Các công việc cần thiết trước phẫu thuật, chẳng hạn như tư vấn và xét nghiệm, sẽ được thực hiện trước đó. Xấp xỉ chi phí của một sự chậm trễ là \$ 10 cho mỗi phút và chi phí của việc hủy hẹn là lên đến \$ 1500 mỗi giờ. Các PACC sẽ được định vị để giảm thiểu hủy hẹn và chậm trễ - hoãn thông qua một quá trình nhập viện hiệu quả hơn trước. Các trường hợp được trình bày đề nghị rằng với 15 phút thời gian chuẩn bị phòng phẫu thuật được sử dụng tốt hơn mỗi ngày, sẽ tiết kiệm được \$ 150/ ngày. Ngoài ra, nếu ngay cả một cuộc hủy hẹn 1h mỗi cách ngày có thể tránh được, nó sẽ tiết kiệm hàng tuần \$ 3750. Điều này sẽ cho kết quả tổng số tiền tiết kiệm của \$ 4500 / tuần hoặc ít nhất là \$ 252,000 / năm. Đây là những giả định tối thiểu, như nghiên cứu nội bộ với tỷ lệ hoãn và hủy hẹn trong thực tế có thể cao hơn. Tất cả đã được nêu trong kế hoạch chính thức.

Các PACC sẽ cho kết quả tổng doanh thu cho bệnh viện là \$ 512,000 / năm. Chi phí chủ yếu là trả lương cho cán bộ. Đề nghị được lên kế hoạch cho một y tá đã đăng ký làm toàn thời gian (FTE) (RN; \$ 90,000 / năm), một y tá đã có giấy phép hành nghề làm toàn thời gian (\$ 50,000 / năm), hai y tá thực hành toàn thời gian (\$ 120.000 / NP / năm), và tương đương 0,25 bác sĩ gây mê toàn thời gian (\$ 75.000 / năm) để chạy các PACC. Các cơ sở vật tư sẵn có của bệnh viện sẽ được sử dụng, và các chi phí khởi động ban đầu sẽ do đó không cần phải bao gồm tiền thuê không gian văn phòng, hỗ trợ thư ký, hoặc các chi phí bổ sung. Vốn khởi động sẽ được tối thiểu, và các chương trình có thể được chấm dứt vào cuối năm nếu kết quả không như mong đợi. Như vậy, trường hợp kinh doanh cuối cùng cho lãnh đạo là các chi phí cho PACC sẽ vào khoảng \$ 455,000 / năm, bù đắp các khoản thu được mô tả. Với ngân sách \$ 500,000 / năm, PACC sẽ được dự kiến để trang trải chi phí riêng của mình và có khả năng thậm chí cung cấp một lợi nhuận tối thiểu cho tổ chức. Các lãnh đạo điều hành phê duyệt ngân sách và kế hoạch. Cách thức hiệu quả được sử dụng để tìm nguồn tài trợ cho các dự án cải tiến chất lượng trong tổ chức lớn này tạo ra một sự cải tiến trong đơn vị điều hành. Bằng cách xác định một kế hoạch kinh doanh dự kiến chặt chẽ, không dựa vào những kết quả phi vật thể và không thể định lượng được, nhóm nghiên cứu đã thành công trong cách tiếp cận của mình đối với quản lý cấp cao. (Xem Bảng 6-6 về tuyên bố dự kiến.)

Chi trả dựa trên khả năng thực hiện (Pay-For-Performance : P4P) và chất lượng

Những nỗ lực trong thập kỷ này bởi giới kinh doanh, chính phủ, và các chương trình y tế để kiểm soát chi phí và nâng cao chất lượng tập trung vào các chiến lược tập trung nhiều hơn vào khen thưởng các bác sĩ - người cung cấp dịch vụ chăm sóc ở mức độ cao hơn về chất lượng. Chiến lược chi trả theo thành tích (P4P) là sự mở rộng liên tục của các khái niệm về khuyến khích trả tiền cho bác sĩ, về trung bình, thực hiện dưới sự mong đợi của người chi trả và xã hội nói chung.

Gần đây, ngành công nghiệp đã bắt đầu tập trung mạnh vào kết quả thực sự của bác sĩ trái ngược với các biện pháp dựa trên quá trình để chi trả. Các biện pháp như tỷ lệ nhập viện và tỷ lệ bệnh nhân được sàng lọc bằng y tế dự phòng hoàn chỉnh đã tìm thấy con đường của mình trong một loạt các lược đồ P4P.

Một khái niệm đối với P4P là "mạng hiệu năng cao", điều mà đã được thúc đẩy bởi một số công ty bảo hiểm và tư vấn quản lý lợi ích. Những người ủng hộ của các mạng hiệu suất cao cho thấy rằng các mạng tạo ra bằng cách chọn chỉ các bác sĩ có chất lượng cao hơn về bản chất sẽ rẻ hơn và tốt hơn. Một số phát triển chỉ số chất lượng hoặc chỉ số chi phí-hiệu quả cho bác sĩ và tạo các sơ đồ công phu và ấn tượng để tìm kiếm các bác sĩ có chất lượng cao, có chi phí cao. Điều này giúp cải thiện đáng kể về chi phí và chất lượng cho người mua. Một vấn đề dai dẳng trong nhiều chiến lược đặc biệt này là có rất ít ví dụ cụ thể làm bằng chứng của khái niệm. Hầu hết các mô tả của các mạng lưới đặc biệt cho các chương trình khuyến khích mô tả làm thế nào nó có khả năng thực hiện một cách hợp lý, giúp tiết kiệm chi phí và cải thiện chất lượng từ các hệ thống này, nhưng rất ít bằng chứng chắc chắn tồn tại. Thậm chí còn có một số lo ngại rằng giá trị có thể không có, bất chấp sự logic. Các mối quan ngại rằng sự thay đổi về dữ liệu và các thành phần thực hành cá nhân có thể ảnh hưởng đến sự ổn định qua các năm về chất lượng của nhà cung cấp vẫn chưa được kiểm tra.

Một trong những thách thức nghiêm trọng nhất để xác định các bác sĩ hay mạng lưới chất lượng cao là vấn đề phương pháp luận. Điều này có thể được chia thành một số thành phần.

Đầu tiên, không có phương pháp chuẩn hóa để xác định những gì bác sĩ chất lượng cao là, đặc biệt ở cấp chuyên khoa. Tương tự như vậy, chi phí-hiệu quả vẫn là vấn đề bởi vì các nhà nghiên cứu đang nỗ lực để xác định mức độ phù hợp của việc sử dụng và chi phí. Các lĩnh vực sử dụng và chi phí thấp, ví dụ, có thể chỉ có xu hướng thể hiện sự sử dụng thấp các dịch vụ như một sử dụng tối ưu. Mức tối ưu của việc sử dụng hoặc thực hiện không dễ dàng xác định trên phạm vi rất rộng ghi nhận trên toàn quốc. Điểm thiết lập tùy ý cho các chỉ số tổng hợp là rất khó khăn đối với hầu hết các nhà nghiên cứu để bảo vệ cho ý kiến của mình.

Có một số phương pháp chúng có một số ý nghĩa phổ biến để thực hiện chúng, chẳng hạn như trả tiền bác sĩ nhiều hơn cho mỗi bệnh nhân thuộc năm nhóm chính như bệnh tiểu đường, y tế dự phòng, và / hoặc phải thực hiện can thiệp. Rõ ràng, sự hoàn hảo có thể là kẻ thù của sự thực hiện tốt trong trường hợp này, khi bắt đầu có sự di chuyển của mũi kim chất lượng là một điểm quan trọng trong các chương trình P4P.

Một vấn đề quan trọng thứ hai là mức độ cao của sự thay đổi bình thường mà các bác sĩ gặp phải trong chăm sóc bệnh nhân do yếu tố bệnh nhân, khả năng tiếp cận các tiêu chuẩn chăm sóc, gánh nặng bệnh tật, và di truyền. Thông thường, số lượng bệnh nhân được điều trị bởi các bác sĩ cá nhân, và thậm chí cả các bệnh viện, có thể quá thấp để đạt được ý nghĩa thống kê để xác định xem liệu các bệnh viện hoặc bác sĩ là thuộc dạng "ngôi sao" hay là người hoạt động kém. Các tác phẩm của Barbara McNeil và nhóm nghiên cứu tại Đại học Harvard đã mô tả khó khăn của việc tạo đơn giản các số liệu thống kê thích hợp. Thật vậy, nhóm này đã công khai tự hỏi liệu có thể tính toán thống kê ở cấp độ nhà cung cấp để xác định liệu họ có là những nhà bác sĩ hiệu suất cao.

Các vấn đề về thống kê trở nên đặc biệt quan trọng khi thanh toán được áp dụng để lựa chọn nhà cung cấp. Thành thật mà nói, rất khó để hiểu tại sao thách thức pháp lý ngày càng cao đối với hoạt động P4P đã không xảy ra, đặc biệt là khi có "sức ép kinh tế" và các bác sĩ đang bị đe dọa bị loại trừ ra khỏi các mạng lưới chất lượng cao. Ngụ ý rằng một người không nhận

được một danh hiệu đạt hiệu suất cao nhất thiết phải là một không hay lắm và những người này sẽ chiếm đa số chứ không phải là thiểu số.

Từ một quan điểm thống kê, tỉ lệ biến thiên cao cũng được ghi nhận trong việc thực hiện theo chiều dọc của các nhà cung cấp ở cả cấp độ cơ sở và cấp độ mỗi cá nhân. Điều này liên quan một cách hợp lý đến việc cần thiết sử dụng một số lượng nhỏ các thành phần dữ liệu trong tính toán của nhiều số liệu thống kê sử dụng và các thay đổi cố hữu của hệ thống chăm sóc y tế và bệnh nhân. Đây là một điểm yếu chính đằng sau các mạng lưới đặc biệt. Thông thường, những bác sĩ thuộc nhóm “ngôi sao” trong 1 năm có thể không đạt được điều đó trong những năm tiếp theo do những thay đổi về bệnh nhân (ví dụ như, tử vong của một số bệnh nhân bị bệnh nặng) hoặc phong cách thực hành (ví dụ như việc bổ sung thêm một đồng nghiệp mới). Các bác sĩ thường chỉ ra một cách chính xác sự khác biệt về nhân khẩu học và đặc điểm bệnh của bệnh nhân của họ là nguyên nhân dẫn đến sự thay đổi này, cũng như những thay đổi bình thường trong sự chăm sóc y tế là cần thiết và cần tiến hành. Bác sĩ đang ngày càng đòi hỏi an toàn hoặc điều chỉnh rủi ro trong một số hình thức có ý nghĩa đi cùng với những nỗ lực để loại bỏ chúng.

Rõ ràng là nếu không chú ý đến phương pháp có thể dẫn đến những căng thẳng đáng kể. Quy trình “Nhận dạng của Cục Tài chính Chăm sóc sức khỏe” các bệnh viện chất lượng cao và thấp dựa trên tỷ lệ tử vong đóng vai trò như là một ví dụ về một sai lầm ngoạn mục trong thế kỷ qua. Trong khi sự hiểu biết của chúng ta về số liệu thống kê đã trở nên tinh vi hơn và các loại lỗi này đã không còn xảy ra, tuy nhiên hiểu một cách tinh tế các số liệu thống kê vẫn còn là cả một vấn đề.

Một vấn đề khác liên quan đến phát triển của các bác sĩ chất lượng cao và mạng lưới chất lượng cao là "nguy cơ hậu thời kì cao cấp." Nhiều sản phẩm chăm sóc sức khỏe mới cho thấy chi phí giảm khi đạt chất lượng cao bởi vì tổ chức/cá nhân này tiếp nhận các bệnh nhân khỏe mạnh đi khám bác sĩ sớm—những bệnh nhân không lo lắng về những rủi ro và các dịch vụ cần sử dụng để điều trị bệnh tiềm ẩn. Theo thời gian, gia tăng số lượng bệnh nhân dẫn đến áp lực về lựa chọn giảm dần và chúng làm bình thường hóa các kết quả của những kinh nghiệm ban đầu và cho rằng kết quả ban đầu xảy ra trong nhiều sản phẩm mới thường không bền vững bởi vì quần thể bệnh nhân được mở rộng.

Giả sử dù có sự đồng thuận về số liệu về chất lượng thu được, một vấn đề khác là xác định các bác sĩ chất lượng cao để chọn lựa vào những mạng lưới do theo quan sát cơ bản cho thấy các bác sĩ phân bố không đều về địa lý. Thông thường, các cụm bác sĩ có trình độ kỹ năng hay dịch vụ "mong muốn" phân bố tại các địa điểm nhất định trong khi những nơi khác lại vắng mặt các bác sĩ với những kỹ năng này. Bên cạnh thực tế rằng không có định nghĩa không đổi và phổ quát được chấp nhận về thế nào là các bác sĩ chất lượng cao, khả năng để cung cấp một mạng lưới với sự bao phủ địa lý một cách đồng đều là không thể. Cần thiết cho phép các khu vực không có bác sĩ ngôi sao được phép có mạng lưới bao phủ các khu vực địa lý khác nhau.

Nhiều khiếm khuyết tồn tại trong một hệ thống để xác định và chi trả cho các bác sĩ chất lượng cao, đặc biệt là nếu các hệ thống này được giới thiệu trong các tờ giới thiệu hoặc các phương tiện truyền thông. Không giới thiệu tất cả các chuyên khoa trong một bệnh viện

trường lớn gây ra mối lo ngại về thiếu sự chuyên môn hóa ở bệnh viện. Tương tự như vậy, các bác sĩ chất lượng cao đã được công nhận bởi cộng đồng y tế nhưng lại không nằm trong danh sách đạt chất lượng cao của bệnh viện làm suy yếu sự tin cậy của hệ thống. Sai lầm loại I (khi bạn tin rằng giả thuyết của bạn là đúng trong nó không đúng) và sai lầm loại II (khi bạn tin rằng nó không phải là sự thật trong khi nó đúng là sự thật) là phổ biến và có thể làm tổn thương các sáng kiến P4P khi chúng được sử dụng trong một môi trường cạnh tranh.

Hoạt động ban thưởng cho chất lượng y tế cũng có thể trở thành một vấn đề lớn và chiếm thời gian hành chính đáng kể cho những nhà quản lý các chương trình. Các hệ thống liên tục đã được phân loại thường dẫn đến tranh cãi giữa các bác sĩ và các nhóm đánh giá về mức độ cần đạt được. Các phương pháp không liên tục hơn (chẳng hạn như hệ thống đánh giá bằng điểm) cũng dẫn đến những tranh luận về tính hợp lệ của cơ cấu đặc biệt này. Việc sử dụng các yêu cầu dữ liệu, dữ liệu tự báo cáo, hoặc các nguồn thông tin khác trong hệ thống phân loại đều đưa ra những thách thức mới trong việc diễn giải kết quả và quản lý hành chính.

Phần lớn các nghiên cứu về thay đổi hành vi bác sĩ cho rằng các phương pháp này có hiệu quả hơn khi họ nhắm mục tiêu vào mỗi bác sĩ riêng lẻ tại các điểm chăm sóc thay vì nhắm vào cả một tổ chức. Phân tích này có thể có một tác động đáng kể đến khả năng tạo động lực cho bác sĩ và thay đổi hành vi hướng tới hiệu quả mong muốn.

Cuối cùng, một trong những vấn đề tế nhị hơn gặp phải trong các hệ thống P4P xảy ra dưới dạng phản ứng dữ dội về chính trị. Các CEO bệnh viện sẽ phản nản lớn tiếng rằng tất cả các bộ phận của họ không có các bác sĩ chất lượng cao theo định nghĩa của một phương pháp cụ thể. Áp lực chính trị thực tế và sự cần thiết buộc mọi bệnh viện xếp loại chất lượng cao là một vấn đề rất thực tế cho các quản trị viên của các hệ thống và sẽ làm suy yếu quá trình phấn đấu, đánh giá dựa vào quá trình.

Rõ ràng, các chương trình P4P cho chất lượng cần phải thừa nhận các vấn đề thực tế tồn tại trong việc xác định và đo lường chất lượng. Một số yếu tố có hệ thống và không hệ thống có thể ảnh hưởng đáng kể đến diễn giải kết quả khi mà thanh toán được gắn với một hệ thống khen thưởng giành cho các bác sĩ. Sai sót trong quá trình xác định chất lượng cao hoặc trả tiền theo chất lượng có thể làm suy yếu đáng kể các nỗ lực này.

Tuy nhiên, vẫn có hy vọng. Nỗ lực liên tục để giải quyết các vấn đề đang bắt đầu xuất hiện, đặc biệt là với việc tạo ra các hệ thống hồ sơ y tế điện tử, nó có thể lưu hiệu suất thực hiện của bác sĩ và cung cấp phản hồi theo thời gian thực về các lĩnh vực nhắm tới của kế hoạch P4P. Kinh tế vẫn là một động lực quan trọng của các giải pháp sáng tạo để tạo áp lực cho thay đổi hành vi của bác sĩ.

NGHIÊN CỨU TÌNH HUỐNG

Tác động của P4P lên cung ứng dịch vụ có chất lượng

Một nhóm nhà cung cấp đa ngành lớn ở miền bắc California sử dụng một chương trình quản lý chăm sóc bệnh mãn tính (CDCM) để hỗ trợ cho việc quản lý cholesterol cho những bệnh nhân có nguy cơ cao cụ thể được chọn. Chương trình này sẽ cho phép các báo cáo về đo lường mà nó có thể được sử dụng cho P4P. Bệnh nhân tham gia chương trình này có nồng độ

lipoprotein cholesterol tỷ trọng thấp (LDL-C) cao hơn có ý nghĩa thống kê hơn bệnh được theo dõi bình thường. Những gì thực sự đạt được trong thực tế về doanh thu từ CDCM là bí mật; có giả thuyết đưa ra là khoảng \$ 28.000, giả định một phần thưởng \$ 1 cho mỗi bệnh nhân mỗi tháng nếu bệnh nhân đạt mục tiêu và giả định rằng nhóm đa ngành này là trên mức dự kiến sẽ nhận được khoản thanh toán. Lợi thế của CDCM cho nhóm này là nó sử dụng cơ sở hạ tầng hiện có và do đó không đòi hỏi chi phí khởi động, nó cho phép các khoản tiền P4P được coi là một nguồn tiềm năng của doanh thu.

Tỷ suất hoàn vốn ROI cho chương trình này là không thể tính toán bởi vì không có chi phí bên ngoài thực của các chương trình có nhóm đa ngành. Đối với chương trình này được triển khai, chúng ta có thể thận trọng ước lượng thời gian cần khoảng 0,5 nhân viên làm việc toàn thời gian (khoảng \$ 45.000 / năm). Vì vậy, một chương trình này tạo ra doanh thu cho các nhóm đa ngành nói trên (tận dụng nhân viên sẵn có, không cần thuê thêm người) kết quả có thể tạo ra một sự thua lỗ trong một môi trường thực hành khác (khi cần phải thuê thêm người).

Trong chương này chúng tôi cũng đã thảo luận về khung thời gian của một tỷ suất hoàn vốn ROI. Trong những bệnh cụ thể, ROI (hoặc chi phí tiết kiệm) có thể được đánh giá trong một khoảng thời gian ngắn (ví dụ, tiêm phòng cúm cho một quá trình phòng bệnh theo mùa) hoặc trên một khung thời gian dài hơn nhiều (ví dụ, ảnh hưởng của nồng độ LDL-C trên bệnh suất và tử vong). Với một đối tượng bệnh nhân với đặc điểm khác nhau nhiều hơn, hiệu quả và tính toán về tài chính của chương trình P4P từ quan điểm của các tổ chức quản trị phải được xem xét. Trong các trường hợp nghiên cứu trước đó, việc thanh toán tiềm năng \$ 28.000 cho nhóm đa ngành chỉ chiếm khoảng một phần của nhóm. Liệu nó có là mối quan tâm của tổ chức tài chính nếu họ phải thanh toán \$ 50.000 cho nhóm này để đạt được ngưỡng mục tiêu cho tất cả các bệnh nhân tiềm năng? Ngoài ra, chi phí cho các tổ chức quản trị chỉ là khoản thanh toán ưu đãi cho một nhóm đa ngành! Còn chi trả nếu các nhóm khác vượt ngưỡng mục tiêu thì sao? ROI để thực hành có thể khác so với ROI đối với các tổ chức hoặc người chủ bảo lãnh, người có thể thấy chi phí P4P như trả tiền cho một cái gì đó mà các bác sĩ có nghĩa vụ phải làm được. Các chi phí có thể là đáng kinh ngạc, và các tổ chức quản lý có trách nhiệm phát triển các chương trình P4P để đảm bảo rằng họ có một ROI đủ. Người ta có thể lập luận rằng tiền tiết kiệm có thể không đạt được do bệnh nhân di chuyển từ vùng này sang vùng khác, đặc biệt là một quá trình bệnh như bệnh bị ảnh hưởng bởi mức độ cholesterol. Do đó, trên nhiều cấp độ, nghiên cứu ngắn gọn trường hợp này cho thấy những khó khăn vốn có và dòng chảy tinh tế của tiền làm cho các tính toán ROI phụ thuộc rất lớn vào ai là người chi trả và người được nhận các khoản thanh toán ưu đãi.

Xu hướng tương lai

Tương lai của cải thiện chất lượng và an toàn người bệnh thông qua một quan điểm tài chính sẽ tiếp tục phát triển, đặc biệt là khi chính phủ và khu vực tư nhân nhận ra rằng đang phình to chi phí chăm sóc y tế đóng góp đáng kể vào sự tăng trưởng chậm của nền kinh tế của chúng ta. Dù tương lai có thể mang lại thay đổi về phương án thanh toán và cơ chế khuyến khích, các nguyên tắc cơ bản của chương này về kinh tế và vai trò của nhà quản lý chất lượng và an toàn trong lĩnh vực này sẽ vẫn còn giữ vai trò rất quan trọng dù tương lai có thể nào.

Tài liệu tham khảo

1. Corrigan J, Greiner A, Erickson S. *Fostering Rapid Advances in Health Care: Learning from Systems Demonstrations*. Washington, DC: The National Academies Press; 2002.
2. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press; 1999:1–13.
3. National Academy of Sciences. *Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality* (Report). Washington, DC: National Academies Press; 2003.
4. Gold M, Siegel J, Russel L, Weinstein M. *Cost Effectiveness in Health and Medicine. Report of the U.S. Public Health Service Panel on Cost Effectiveness in Health and Medicine*. New York/Oxford: Oxford University Press; 1996.
5. Berwick D. *Curing Health Care. New Strategies for Quality Improvement*. San Francisco: Jossey-Bass; 1990.
6. Drummond M, McGuire A. *Economic Evaluation in Health Care. Merging Theory with Practice*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2001.
7. Drummond M, O'Brien B, Stoddart G, Torrance G. *Methods for the Evaluation of Health Care Programmes*, 2nd ed. New York/Oxford: Oxford Medical Publications; 1998.
8. Millenson M. *America's Health Care Challenge: Rising Costs*. Washington, DC: American Association of Health Plans; 2002.
9. Leatherman S, Berwick D, Iles D, et al. The business case for quality: Case studies and an analysis. *Health Aff.* 2003;22(2):17–30.
10. Lindahl E. On Keynes' "economic system." *Economic Rec.* 1954;30:19–32, 159–171.
11. Dornbursch R, Fischer S. *Macroeconomics*, 5th ed. New York: McGraw Hill; 1990.
12. Jacobs P. *The Economics of Health and Medical Care*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, 1996.
13. Scherer FM, Ross D. *Industrial Market Structure and Economic Performance*, 3rd ed. Dallas, TX: Houghton Mifflin; 1990.
14. Mansfield E. *Economics*, 6th ed. New York: WW Norton; 1989.
15. Wessels WJ. *Economics*, 2nd ed. New York: Barron's Educational Series; 1993.
16. Taylor T. *Economics (Part I and Part II)*. Audio Tape Course. Chantilly, VA: The Learning Company; 1996.
17. Phelps C. *Health Economics*. New York: Addison Wesley; 1997.
18. Santerre R, Neun S. *Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies*. Chicago, IL: Irwin; 1996.
19. Academy for Healthcare Management. *Health Plan Finance and Risk Management* (Booklet). Atlanta, GA: Author; 1999.
20. Kaplan R, Cooper R. *Cost and Effect: Using Integrated Cost Systems to Drive Profitability and Performance*. Cambridge, MA: Harvard Business School Press; 1998.
21. Baker J. *Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Health Care*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers; 1998.
22. Hubbell W. Combining economic value added and activity based management. *J Cost Manage.* 1996;10(1):18–29.

23. Gladowski P, Fetterolf D, Beals S, et al. Analysis of a large cohort of HMO patients with congestive heart failure. *Am J Med Qual.* 2003;18(2):73–81.
24. Fetterolf D. Commentary: Presenting the value of medical quality to nonclinical senior management and boards of directors. *Am J Med Qual.* 2003;18(1):10–14.
25. Eisenberg J. Clinical economics. A guide to the economic analysis of clinical practices. *JAMA.* 1989;262(20):2879–2886.
26. Luehrman T. What's it worth? A general manager's guide to valuation. *Harv Bus Rev.* 1997;75(3):132–142.
27. National Committee on Quality Assurance. NCQA Online Tool Demonstrates How Better Health Care Costs Less. <http://www.ncqa.org/tabid/589/Default.aspx>. Accessed October 15, 2008.
28. Plocher D, Brody R. Disease management and return on investment. In: Kongstvedt P, Plocher D, eds. *Best Practices in Medical Management*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers; 1998:397–406.
29. Blissenbach H. Use of cost consequence models in managed care. *Pharmacotherapy.* 1995;15(5):59s–61s.
30. Clancy C, Kamerow D. Evidence-based medicine meets cost-effectiveness analysis. *JAMA.* 1996;276(4):329–330.
31. Robert S, Galvin R. The business case for quality: Developing a business case for quality will require a deliberate approach, with all economic parties at the table. *Health Aff.* 2001; 20(6):57–58.
32. Haddix A, Teutsch S, Shaffer P, et al. *Prevention Effectiveness: A Guide to Decision Analysis and Economic Evaluation*. New York/Oxford: Oxford University Press; 1996.
33. Litvak E, Long M, Schwartz S. Cost-effectiveness analysis under managed care: Not yet ready for prime time? *Am J Manag Care.* 2000;6(2):254–256.
34. Torrance G. Preferences for health outcomes and cost-utility analysis. *Am J Manag Care.* 1997;3 suppl:S8–S20.
35. Weinstein M, Siegel J, Gold MR, et al. Recommendations of the panel on cost-effectiveness in health and medicine. *JAMA.* 1996;276(15):1253–1258.
36. Gafni A. Willingness to pay in the context of an economic evaluation of healthcare programs: Theory and practice. *Am J Manag Care.* 1997;3 suppl:S21–S32.
37. Fetterolf D, West R. The business case for quality: Combining medical literature research with health plan data to establish value for non-clinical managers. *Am J Med Qual.* 2004;19(2):48–55.
38. Loeppke R, Hymel P. Good health is good business. *J Occup Environ Med.* 2006;48(5):533–537.
39. Loeppke R, Taitel M, Richling D, et al. Health and productivity as a business strategy. *J Occup Environ Med.* 2007;49(7):712–717.
40. McGlynn E, Asch S, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the U.S. *N Engl J Med.* 2003;348(26):2635–2648.
41. Kazel R. Are HMOs dead? Or just on life support? *AMNews.* April 18, 2005:1.
42. Clickman S, Ou F, DeLong E, et al. Pay-for-performance, quality of care, and outcomes in myocardial infarction. *JAMA.* 2007;297:2272–2280.

43. McNeil B. Shattuck lecture: Hidden barriers to improvement in the quality of care. *N Engl J Med*. 2001;345(22):1612–1620.
44. Shahian D, Normand S, Torchiana D, et al. Cardiac surgery report cards: Comprehensive review and statistical critique. *Ann Thorac Surg*. 2001;72:2155–2168.
45. Iezzoni L. *Risk Adjustment for Measuring Healthcare Outcomes*. Chicago: Health Administrative Press; 1997.

Additional Resources–Further Reading

- George A, Schultz J. Regulation, incentives, and the production of quality. *Am J Med Qual*. 2007;22(4):265–272.
- Birkmeyer J. Potential benefits of the new Leapfrog standards: Effect of process and outcomes measures. *Surgery*. 2004;135(6):569–575.
- Birkmeyer J, Siewers A, Finlayson E, et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med*. 2002;346(15):1128–1137.
- Birkmeyer J, Stukel T, Siewers A, et al. Surgeon volume and operative mortality in the United States. *N Engl J Med*. 2003;349:2117–2127.
- Coddington D. *Making Integrated Health Care Work*. Englewood, CO: Center for Research in Ambulatory Health Care Administration; 1996.
- The Commonwealth Fund. Measuring Provider Efficiency, Version 1.0: A Collaborative, Multi-Stakeholder Effort. http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id_257206. Accessed October 15, 2008.
- Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol II. The Criteria and Standards of Quality*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1982.
- Epstein A, Lee T, Hamel M. Paying physicians for high-quality care. *N Engl J Med*. 2004;350(4):406–410.
- Fetterolf D. Costs from a Third Party Payor Perspective. In: *Quality and Cost in Neurological Surgery*.
- Linskey ME, Rutigliano, eds. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2001.
- Fetterolf D, Jennings S, Moorhead T, May J. *Outcomes Guidelines Report*. Washington, DC: Disease Management Association of America; 2006.
- Fetterolf D, Jennings S, Norman G, Moorhead T, May J. *Outcomes Guidelines Report. Vol II*. Washington, DC: Disease Management Association of America; 2007.
- Fetterolf D, Sidorov J. *Disease Management Program Evaluation Guide*. Washington, DC: Disease Management Association of America; 2004.
- Langley P. Is cost effectiveness modeling useful? *Am J Manag Care*. 2000;6(2):250–251.
- McCulloch D. Managing diabetes for improved health and economic outcomes. *Am J Manag Care*. 2000;6(21 suppl):S1089–S1095.
- McLaughlin CP, Kaluzny AD, eds. *Continuous Quality Improvement in Healthcare*, 3rd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2006.
- Montgomery D. *Introduction to Statistical Quality Control*, 3rd ed. New York: John Wiley and Sons; 1997.
- National Committee for Quality Assurance. HEDIS and Quality Measurement. <http://www.ncqa.org/tabid/59/Default.aspx>. Accessed October 15, 2008.

- Reiter K, Kilpatrick K, Green S, et al. How to develop a business case for quality. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(1):50–55.
- Santerre RE, Neun SP. *Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies*. Chicago: Irwin; 1996.
- Walton M. *The Deming Management Method*. New York: Perigee Books; 1986.

Chương 7. Quản lý sử dụng

Arthur L. Pelberg, MD, MPA

Dịch và hiệu đính: TS.DS. Võ Thị Hà

Tóm tắt

Quản lý sử dụng (QLSD, tên tiếng Anh là Utilization Management) là sự pha trộn của các phương pháp lâm sàng, hành chính, tài chính được sử dụng để đánh giá sự phù hợp, các quy trình, cơ sở vật chất, và các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe được áp dụng cho một cá nhân và một quần thể bệnh nhân. Phương pháp đánh giá thường sử dụng các hướng dẫn dựa trên bằng chứng để đưa ra quyết định.

Những lý do cơ bản để tiến hành QLSD là để đảm bảo rằng việc chăm sóc sức khỏe được phân phối một cách hiệu quả và hiệu lực nhất cho bệnh nhân và người dân và các hoạt động này trực tiếp ảnh hưởng đến chất lượng của các kết quả thu được. Điều này trái ngược với quan niệm cũ của xem xét sử dụng đã được thực hiện để đánh giá các chi phí chăm sóc. Yếu tố nội tại để xem xét sử dụng là một chương trình có cấu trúc và phương pháp kết hợp các chỉ số, theo dõi, và các tiêu chuẩn để xác định kết quả của quá trình QLSD. Trước đó, trách nhiệm của QLSD và quản lý chất lượng là rất khác biệt, nhưng gần đây họ đã bắt đầu chồng lên nhau.

Mục tiêu học tập

Sau khi hoàn thành chương này, người đọc sẽ có thể:

- mô tả những cột mốc mang tính lịch sử và quan trọng trong QLSD;
- thảo luận về quy trình và phương pháp của QLSD;
- thảo luận về thiết kế tổ chức trong bối cảnh của những thách thức để thực hiện QLSD;
- đánh giá kết quả và tỷ lệ hoàn vốn của QLSD; và
- mô tả các chương trình quản lý, kiểm định chất lượng, và giám sát của QLSD.

Lịch sử

Vào đầu thế kỷ 19, y học Mỹ là vô tổ chức và chất lượng kém. Điều này khiến các hội của địa phương và tiểu bang liên minh với nhau để thành lập Hội Y khoa Mỹ (American Medical Association-AMA) vào năm 1847. Các AMA tài trợ để Abraham Flexner lập một báo cáo cho Quỹ Carnegie về tình trạng tồi tệ của các trường y tế của quốc gia và các bệnh viện lớn. Ngay sau đó, vào năm 1914, Codman khuyến cáo rằng mỗi bác sĩ và bệnh viện nên chịu trách nhiệm về kết quả của các bệnh nhân của họ (chất lượng và sử dụng).

Điều này đã tác động đến các bác sĩ phẫu thuật của trường Cao đẳng Mỹ để thành lập

Chương trình Tiêu chuẩn bệnh viện của mình năm 1917. Trong tiêu chuẩn tối thiểu năm 1917 có:

1. Tổ chức cán bộ y tế bệnh viện
2. Hạn chế chỉ sử dụng nhân viên được đào tạo tốt, có năng lực và được cấp phép
3. Ấn định các quy tắc và các quy định để đảm bảo các cuộc họp nhân viên và đánh giá lâm sàng thường xuyên
4. Lưu giữ hồ sơ y khoa bao gồm lịch sử, khám lâm sàng và kết quả xét nghiệm
5. Thiết lập các cơ sở chẩn đoán và điều trị được giám sát

Năm 1952 trường Cao đẳng Bác sĩ Mỹ, các Hiệp hội Bệnh viện Mỹ, và Hiệp hội Y khoa Canada gia nhập cùng các trường Đại học Y khoa để hình thành

Ủy ban hỗn hợp về Công nhận của các bệnh viện đòi hỏi các bệnh viện phải được đánh giá bởi các chuyên gia. Năm 1965, Quốc hội đã thông qua Mục XVIII của Luật An sinh xã hội, trong đó ban hành điều kiện nhất định về sự tham gia vào Medicare là bao gồm việc xem xét sử dụng (utilization review). Năm 1972, Tổ chức xem xét các tiêu chuẩn nghề nghiệp (PSRO) đã tồn tại thông qua một sửa đổi Đạo luật an sinh xã hội. PSRO chịu trách nhiệm để phát huy hiệu quả và cố gắng loại bỏ việc sử dụng bệnh viện không cần thiết; họ nhấn mạnh chi phí hơn là chất lượng. Năm 1982, các PSRO đã được thay thế bởi Tổ chức xem xét bởi chuyên gia (PRO), được ủy nhiệm để xác nhận mã DRG, để giảm nhập viện hay thủ thuật không cần thiết và để cải thiện chất lượng chăm sóc trong bệnh viện. Chương trình PRO sau đó được đổi tên thành Tổ chức cải tiến chất lượng (QIO) năm 2002. QIO hiện đang được xem như là các tổ chức chính sẽ nâng cao chất lượng và hiệu quả của việc chăm sóc sức khỏe cho người thụ hưởng Medicare. Điều này đã dẫn QIO chú trọng đến giám sát chất lượng và rời xa việc tập trung vào sử dụng.

Các thành phần quan trọng của hệ thống QLSD

Để chương trình QLSD để thành công, một số yếu tố quan trọng phải được đặt đúng chỗ, như mô tả bên dưới.

- Dữ liệu và thông tin về sử dụng có thể dễ dàng so sánh giữa nhà cung cấp, bệnh nhân, người chi trả, và các bên liên quan khác (ví dụ, thông tin của Hội đồng về Chi phí giá Chăm sóc sức khỏe Pennsylvania).
- Cải thiện tiếp tục trong quá trình QLSD để theo kịp với sự chăm sóc phức tạp và công nghệ mới đang được sử dụng.
- Các chương trình QLSD cần phải sử dụng công nghệ cập nhật để tránh trùng lặp các gánh nặng hành chính của các nhà cung cấp và người bệnh.
- Biện pháp tự vệ để bảo vệ dữ liệu và thông tin cá nhân của bệnh nhân được xác định trong Đạo luật Khả năng Lưu chuyển và Trách nhiệm bảo hiểm y tế (HIPAA) và các quy định khác.

- Chương trình QLSD phải sử dụng y học dựa trên bằng chứng, đo lường mức độ hài lòng của bệnh nhân và nhà cung cấp, chi phí hoạt động, và kết quả lâm sàng của bệnh nhân để xác định sự phù hợp và sự thành công của những nỗ lực của QLSD.
- Việc xác Định phải đáng tin cậy, phù hợp, và theo các chính sách của chương trình QLSD. Các chương trình QLSD phải đáp ứng yêu cầu của bệnh nhân và các nhà cung cấp thông qua chương trình khiếu nại và kháng cáo, hệ thống giám sát chất lượng, và xu hướng trong những quyết định chăm sóc (đặc biệt là sự từ chối chăm sóc).
- QLSD phải thực hiện mà không trì hoãn việc chăm sóc. Cần phải có một quá trình tại chỗ đánh giá lựa chọn chăm sóc thay thế, luân chuyển vị trí chăm sóc, và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc một cách kịp thời. Ngoài ra, quá trình QLSD phải tuân theo ích lợi được cung cấp cho bệnh nhân.

Quy trình quản lý sử dụng

Quá trình này bao gồm các biện pháp can thiệp diễn ra trước, trong, và sau khi một sự kiện lâm sàng xảy ra. Các quá trình xảy ra trước khi sự kiện lâm sàng được gọi là *cấp phép trước (prior authorization)* hoặc *chứng nhận trước (precertification)*. Trong khi các sự kiện lâm sàng đang xảy ra, quá trình này được gọi là *đồng xem xét (concurrent Review)*; nếu bệnh nhân đang ở tại một cơ sở, nó cũng sẽ bao gồm lập kế hoạch xuất viện. Sau sự kiện lâm sàng đã xảy ra, quá trình này được gọi là *xem xét lại (retrospective review or retro-review)*. Quá trình QLSD nên càng không xâm nhập vào việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc thì càng tốt, và có khả năng dừng chăm sóc không phù hợp trước khi nó gây hại.

Chín nhiệm vụ chính để quản lý sử dụng hiệu quả

Có chín nhiệm vụ trọng giúp QLSD trở nên phù hợp và có liên quan, để hòa nhập vào

tổ chức, và để hợp pháp hóa các quá trình giữa các bác sĩ, bệnh nhân và khác các bên liên quan.

1. Xác định khu vực ưu tiên

Điều này có thể liên quan đến việc sử dụng các nguồn lực chăm sóc sức khỏe, kết quả chất lượng, tuân thủ quy định, và khả năng tài chính tổng thể của tổ chức chăm sóc sức khỏe. Đối với nhiều tổ chức chăm sóc sức khỏe, phần lớn doanh thu của họ được chi cho chăm sóc lâm sàng. Các câu hỏi đúng sẽ cải thiện lâm sàng và khả năng tài chính của tổ chức.

2. Xác định các thông tin cần thiết và các bên liên quan quan trọng

Dữ liệu được yêu cầu để hướng dẫn các quy trình QLSD. Dữ liệu phải chính xác, kịp thời, phù hợp và dễ dàng thu thập với chi phí hợp lý. Phương pháp sử dụng các dữ liệu phải được minh bạch và phù hợp. Các bên mua từ quản lý cấp cao, các nhà cung cấp, và bệnh nhân là chìa khóa để thành công của QLSD.

3. Thiết lập các tiêu chí chuẩn phù hợp

Điểm chuẩn (benchmarks) phải được lựa chọn và nó sẽ xác định mức độ thực hành mong muốn. Điểm chuẩn có thể đại diện cho quá trình hoặc kết quả của việc chăm sóc. Khi y học dựa trên bằng chứng không có một tiêu chuẩn thích hợp cho một nghiên cứu, một nhóm

chuyên gia các bác sĩ có thể đề nghị một tiêu chuẩn. Điểm chuẩn có thể do nội bộ hay bên ngoài tạo ra.

4. Thiết kế, thu thập dữ liệu và thủ thuật quản lý dữ liệu

Hiện nay không có phương pháp được chấp nhận cho nghiên cứu QLSD. Các NCQA đã thiết lập một hình thức hoạt động cải thiện chung chung mà có thể được sử dụng bởi các kế hoạch QLSD. Xác định cỡ mẫu và thủ thuật và các loại dữ liệu thích hợp được sử dụng (hành chính hoặc lâm sàng) là rất quan trọng khi đánh giá thực hành QLSD.

5. Thực hiện thu thập dữ liệu và thủ thuật quản lý dữ liệu

Điều này bao gồm việc phân bổ các nguồn lực con người và tài chính cho QLSD. Điều quan trọng là phải có chính sách và thủ thuật để xác định việc thu thập và đánh giá các dữ liệu sẽ xảy ra như thế nào. Các chính sách và thủ thuật tiến hành cũng phải phù hợp và thống nhất giữa bệnh nhân, các nhà cung cấp, các tổ chức, và các bên liên quan khác. Chi phí thu thập dữ liệu phải được đánh giá.

6. Đánh giá các dữ liệu và kết quả hiện tại

Nên có một phương pháp và phân tích thống kê chung được sử dụng trong việc diễn giải các dữ liệu. Kết quả phải được trình bày trong một cách thức đảm bảo rằng các phương pháp và phân tích thống kê của nghiên cứu là minh bạch và kết quả thu được là do sự can thiệp.

7. Xây dựng hướng dẫn, chính sách, và thủ tục

Khi một khu vực để cải thiện cấu trúc, quy trình, và / hoặc kết quả được xác định, tổ chức cần xây dựng các hướng dẫn. Quá trình thay đổi này cần được quản lý bởi tổ chức và các bên liên quan (ví dụ, bác sĩ lâm sàng) bị ảnh hưởng bởi các sự thay đổi.

8. Thực hiện hướng dẫn, chính sách, và thủ tục

Những thay đổi hệ thống có thể chỉ xảy ra nếu hướng dẫn, chính sách và thủ tục QLSD được thực hiện, và sau đó được đánh giá lại một cách thường xuyên.

9. Xem lại liên tục các danh sách nhiệm vụ

Mỗi nhiệm vụ trong số chín nhiệm vụ xác định này cần phải được xem xét thường xuyên bởi mọi người hoặc các bộ phận chịu trách nhiệm QLSD trong tổ chức nhằm xây dựng một nền văn hóa cải thiện liên tục.

Quy trình, thủ tục, và thời gian quản lý sử dụng

Kế hoạch QLSD thường gồm các quá trình thực hiện liên quan đến xem xét trước, đồng xem xét, và xem xét lại. Trong khi mỗi nơi thực hiện chương trình QLSD lại sử dụng các thuật ngữ khác nhau, luôn có những quy trình tiêu chuẩn và những lý do đằng sau mỗi một trong ba quy trình giống nhau.

Cấp phép trước hoặc cấp chứng chỉ trước

Quá trình đầu tiên là cấp phép trước, nó được thực hiện trước khi một can thiệp lâm sàng diễn ra. Mục đích của quá trình này là để đảm bảo sự can thiệp lâm sàng là phù hợp và diễn ra

trong bối cảnh và thời gian đúng, và các bác sĩ có đủ chuyên môn để tiến hành can thiệp lâm sàng. Tất cả các tiêu chí này phải được đo lường dựa trên cơ sở y học dựa trên bằng chứng với điều kiện cụ thể đó. Milliman và các nhà cung cấp khác đã phát triển tiêu chuẩn của cấp phép trước. Cấp phép trước cũng có thể được sử dụng như là một liên kết truyền thông quan trọng trong một tổ chức chăm sóc sức khỏe bằng cách thu thập thông tin và cung cấp thông tin đó đến các bộ phận khác của tổ chức để giúp bệnh nhân có một kết quả tốt hơn. Một ví dụ của việc này là một bệnh nhân dự định thay thế hông. Sau khi nhận thông tin về cấp phép trước, nó được chuyển cho một y tá để gọi bệnh nhân nhằm xác định nhu cầu phục hồi chức năng (ví dụ, bệnh nhân có thể về nhà với sự hỗ trợ thích hợp, bệnh nhân cần có một chỗ tại một cơ sở phục hồi chức năng). Các y tá cũng có thể thực hiện một cuộc khảo sát về sự hài lòng của bệnh nhân sau khi chăm sóc được hoàn thành. Điều này có thể thực hiện bằng công cụ SF-12 (một thước đo về tình trạng sinh lý nhận thức và sự hài lòng trước khi các thủ tục diễn ra và sau khi thủ tục hoàn tất).

Nếu tổ chức thực hiện cấp phép trước cũng là đối tượng chi trả cho khiếu nại, thông báo và phê duyệt sẽ được gửi đến các lĩnh vực tài chính để đảm bảo tài chính để trả cho nhà cung cấp can thiệp. Quá trình cấp phép trước cũng sẽ thông báo cho các thành phần khác của chương trình QLSD (bao gồm cả đồng xem xét và xem xét lại) để đảm bảo chúng được thực hiện một cách kịp thời và phù hợp.

Đồng xem lại và kế hoạch xuất viện

Đồng xem xét là quản lý các nguồn tài nguyên bằng cách đánh giá sự cần thiết, phù hợp và hiệu quả của việc sử dụng các dịch vụ y tế, thủ tục và mức độ chăm sóc trong khi một bệnh nhân đang ở tại một cơ sở. Điều này thường xảy ra đối với nhập viện cấp khẩn cấp hoặc có chọn lọc. Mục đích của đồng đánh giá là để cung cấp, chăm sóc sức khỏe hiệu quả; để giảm hiện tượng thiếu, thừa hay thực hiện không đúng các dịch vụ nội trú; và để thúc đẩy kết quả tốt nhất và an toàn bệnh nhân trong đợt điều trị nội trú. Giống như các quá trình cấp phép trước, đồng xem xét được kết nối với các quy trình chăm sóc khác bao gồm giám sát chất lượng trong thời gian nằm viện của bệnh nhân, phối hợp với các kế hoạch xuất viện, và xác định mức độ chăm sóc thích hợp. Đồng xem xét cũng giúp xác định bệnh nhân nào có thể được hưởng lợi từ việc quản lý bệnh và / hoặc quản lý ca bệnh và chuyển dữ liệu để nhận chi trả thích hợp. Các tiêu chí để xem xét đồng thời có thể khác nhau giữa các tổ chức thực hiện các dịch vụ, miễn là nó được thực hiện theo nguyên lý y học dựa trên bằng chứng. Hai nguồn dữ liệu của các tiêu chí về đồng xem xét là Hướng dẫn chăm sóc Milliman và Tiêu chuẩn Qualis Health-McKesson's InterQual.

Lập kế hoạch xuất viện là quá trình sắp xếp cho cấp độ tiếp theo của việc chăm sóc cho người bệnh đã sẵn sàng để rời khỏi cơ sở và có thể được coi là một phần của quá trình đồng xem xét. Lập kế hoạch xuất viện được bắt đầu khi bệnh nhân đầu tiên được nhận viện và được đánh giá về các điều kiện y tế, vấn đề xã hội và môi trường, tình hình tài chính, và các yếu tố khác để chắc chắn rằng các bệnh nhân nhận được sự bố trí và dịch vụ phù hợp sau khi rời khỏi cơ sở. Lập kế hoạch xuất viện thường là một nỗ lực của một nhóm liên quan đến y tá, nhân viên xã hội, bác sĩ chính và bác sĩ chuyên khoa, và bệnh nhân hoặc người thân.

Xem xét hồi cứu

Xem xét hồi cứu là quá trình xem xét can thiệp chăm sóc sức khỏe và chi phí sau khi chăm sóc đã được thực hiện và hóa đơn được gửi đi. Xem xét hồi cứu xác định liệu chăm sóc có thích hợp và được cung cấp ở mức độ hiệu quả và hiệu lực nhất với kết quả tốt nhất. Nó cũng xác định liệu hóa đơn đã được mã hoá một cách chính xác theo CPT, CMS, ICD-9 hoặc các hướng dẫn khác. Xem xét hồi cứu có thể được sử dụng để thu thập dữ liệu về chất lượng và sử dụng bởi các bác sĩ, các tổ chức chăm sóc sức khỏe, và các nhà cung cấp chăm sóc khác.

Sự tin cậy giữa các đánh giá viên

Bất cứ khi nào một quá trình UM có tiềm năng được đánh giá bởi các đánh giá viên khác nhau thì đều đòi hỏi một đánh giá độ tin cậy giữa các đánh giá viên (interrater reliability). Đánh giá độ tin cậy giữa các đánh giá viên được định nghĩa là quá trình theo dõi và đánh giá sự hiểu biết các tiêu chí đánh giá y tế của các đánh giá viên lâm sàng và tính nhất quán khi các đánh giá viên áp dụng các tiêu chuẩn như nhau trong việc đưa ra các quyết định. Bước quan trọng này là cần thiết để xác nhận rằng những quyết định trong quá trình đánh giá được thực hiện một cách nhất quán theo các tiêu chí y học dựa trên bằng chứng. Độ tin cậy giữa các đánh giá viên thường được đánh giá trên cơ sở hàng quý hoặc nửa năm. Những đánh giá viên mà đưa ra quyết định không phù hợp với các tiêu chuẩn thường được đào tạo lại và kiểm tra lại.

Đo lường hiệu quả của các chương trình QLSD

Nói chung, hiệu quả của các chương trình QLSD được đo lường bằng các phương pháp tài chính, số USD tiết kiệm hoặc tỷ suất hoàn vốn (ROI). Một số chương trình sẽ kết hợp chương trình chất lượng và sử dụng và đo lường hiệu quả của chúng bằng cách sử dụng một phương pháp điểm số cân bằng. Hiệu quả của QLSD ít nhất nên được đánh giá dựa trên những điều sau đây:

1. Tiêu chuẩn dựa trên bằng chứng
2. Các dữ liệu đáng tin cậy, chính xác và đã được xác nhận
3. Xem xét bởi các chuyên gia lâm sàng thích hợp
4. Phương pháp tính toán hiệu quả minh bạch

Luôn luôn có những thách thức trong việc tính toán hiệu quả của QLSD. Khi nhìn vào kết quả, ta phải xem xét các vấn đề tiềm năng sau đây:

1. Kích thước mẫu có thể nhỏ hoặc không thích hợp để so sánh.
2. Quần thể mẫu có thể khác nhau về nhân khẩu học, mức độ nghiêm trọng, hay văn hóa.
3. Không có phương pháp tiêu chuẩn hóa giữa các tổ chức chăm sóc sức khỏe để tính toán ROI.

Hiện đã có một số tranh cãi về giá trị của QLSD. Một số tổ chức xác định chi phí tiến hành QLSD lớn hơn số tiền tiết kiệm thu được từ các quy trình này. Như xác định ở trên, QLSD nên là một phần của một nhóm các biện pháp can thiệp để giảm hiện tượng lạm dụng, dùng

thiếu và dùng sai các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và cải thiện kết quả của cá nhân và quần thể. Cần có một hệ thống có thể xác định các vấn đề an toàn bệnh nhân có thể tránh được bằng cách tiến hành đồng xem xét trong các bệnh viện hoặc xác định vấn đề chất lượng đã được báo cáo trước khi nó trở thành một vấn đề lớn. Quá trình QLSD cũng có thể nâng cao trải nghiệm bệnh nhân với hệ thống chăm sóc sức khỏe nhờ kế hoạch xuất viện và theo dõi khi bệnh nhân đã rời bệnh viện. Điều này có thể được biểu hiện qua kết quả khảo sát sự hài lòng cải thiện của bệnh nhân và các nhà cung cấp. Bảng 7-1 là một ví dụ của một tính toán được sử dụng bởi một tổ chức chăm sóc sức khỏe để đánh giá tỷ suất hoàn vốn của QLSD.

Bảng 7-1. Tính toán đồng xem xét (ĐXX)

Dữ liệu các bệnh nhân nhập viện 6 tháng trước khi quá trình đồng xem xét được đưa ra được thu thập. Dữ liệu các bệnh nhân khác trong vòng 6 tháng sau khi quá trình CR được thực hiện cũng được thu thập. Các mẫu bệnh phẩm được sắp xếp theo chẩn đoán và mức độ nghiêm trọng của bệnh để xác nhận rằng hai quần thể tương tự được so sánh. Sau đó, các tiêu chí được báo cáo theo ngày nằm viện/1000, thời gian trung bình nằm viện theo chẩn đoán và đặc điểm bệnh nhân, chi phí trung bình của mỗi ca xuất viện trước và sau khi thực hiện đồng xem xét, tỷ lệ nhập viện/1000, và tỷ lệ tái nhập viện /1000. Các tiêu chuẩn khác có thể được sử dụng, tùy thuộc vào sự quan tâm của tổ chức. Sự khác biệt giữa quá trình trước và sau CR được tính toán và chi phí cho mỗi đơn vị ngày nằm viện được áp dụng để tính toán tổng số tiền tiết kiệm. Các chi phí của quá trình ĐXX sau đó được bổ sung vào trong quá trình tính toán. Tính toán này có thể đem lại lợi nhuận tương đối về đầu tư cho quá trình ĐXX. Ví dụ có thể trông giống như sau:

Tiêu chuẩn	Trước ĐXX	Sau ĐXX	Chênh lệch
Nhập viện/1000	75	45	25
Ngày nằm viện/1000	315	157,5	157,5
Thời gian nằm viện	4,5	3,5	1,0

Kết quả cho thấy 157,5 ngày nằm viện/1000 đã được tiết kiệm sau khi tiến hành ĐXX. Mỗi ngày nằm viện có chi phí \$ 1.385, kết quả là tiết kiệm \$ 218.138. Các chi phí của quá trình ĐXX là \$ 25.000 cho cùng giai đoạn đó. ROI cho quá trình ĐXX là 8,7: 1 (\$ 218.138 / \$ 25.000).

Quản lý rủi ro và an toàn

Quản lý rủi ro (risk management), theo nghĩa chung nhất của nó, có thể được định nghĩa là xác định hoàn cảnh có thể làm cho bệnh nhân hoặc một tổ chức có nguy cơ bị hậu quả xấu và đưa ra những phương thức hoạt động để tránh, ngăn chặn và kiểm soát rủi ro. Trong những năm gần đây, quản lý rủi ro, QLSD, quản lý chất lượng và an toàn bệnh nhân có chức năng chồng chéo lên nhau. Một ví dụ về quản lý rủi ro về tổ chức là tránh việc sử dụng mã hàng vốn không được kịp bổ sung đúng. Đối với một bệnh nhân, cần xác nhận tất cả các protocol được thực hiện khi thuốc tiêm tĩnh mạch cho bệnh nhân.

Quản lý rủi ro đã được thực hiện bởi các bệnh viện khi Ủy ban Hỗn hợp bổ sung việc theo dõi sự cố đặc biệt nghiêm trọng trong quá trình kiểm định vào giữa 1990s. Điều này xảy ra trùng hợp với thời điểm khi có nhiều vấn đề trong thực hành kém gây ra rủi ro và những vấn đề tiềm năng cho các bệnh viện và tổ chức chăm sóc sức khỏe. (Thông tin chi tiết về các lỗi y tế và các sự cố có hại được cung cấp tại Chương 3).

Thiết kế tổ chức về quản lý sử dụng

Thông thường, những người chịu trách nhiệm cho chương trình QLSD là cán bộ y tế chuyên nghiệp với nhiều năm kinh nghiệm trong lĩnh vực sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, chất lượng, quản lý rủi ro và / hoặc sự an toàn. Một cấu trúc đơn giản cho một tổ chức để thiết lập chương trình của họ được thể hiện trong Hình 7-1.

Bắt buộc đối với các chương trình QLSD cần có đầu vào lâm sàng từ các nhà thực hành phải thực hiện theo các chương trình QLSD. Một số tổ chức có các bác sĩ bên ngoài (những người không phải chịu trách nhiệm thực hành theo kế hoạch QLSD) giúp đánh giá tính hợp lệ và sự phù hợp của kế hoạch QLSD. Điều này thường được thực hiện thông qua một ủy ban QLSD hoặc một ủy ban cố vấn bởi những nhà thực hành. Các chức năng của Ủy ban này được mô tả trong Bảng 7-2.

Một bác sĩ cao cấp nên dẫn đầu Ủy ban QLSD và ủy ban này bao gồm nhiều bác sĩ hành nghề từ các chuyên ngành khác nhau và chăm sóc cơ bản. Các cuộc họp ủy ban nên được tổ chức vào một lịch trình thường xuyên với nhân viên hỗ trợ để giúp đỡ về các khía cạnh hành chính của Ủy ban, chẳng hạn như giữ biên bản cuộc họp. Các tổ chức chăm sóc sức khỏe cũng có thể chỉ định các nhà lãnh đạo hành chính cao cấp để phục vụ trong ủy ban. Ủy ban phải báo cáo với người quyết định trong tổ chức chăm sóc sức khỏe.

Quản lý bệnh

Quản lý bệnh (disease management) được định nghĩa là một hệ thống các biện pháp can thiệp y tế phối hợp và thông tin liên lạc cho các tình trạng bệnh trong đó nỗ lực tự chăm sóc của bệnh nhân có thể cải thiện đáng kể kết quả chăm sóc sức khỏe. Sau đây là các đặc điểm cụ thể để quản lý bệnh, và nhấn mạnh công tác phòng chống bệnh trở nặng và biến chứng bằng cách áp dụng các phương pháp y học dựa trên bằng chứng.

- Hỗ trợ bởi các bác sĩ hoặc mối quan hệ bác sĩ-bệnh nhân và kế hoạch chăm sóc
- Phân tầng bệnh nhân theo mức nguy cơ
- Đánh giá kết quả lâm sàng, con người và kinh tế liên tục với mục tiêu cải thiện sức khỏe tổng thể cho các cá nhân
- Một kết quả dự kiến của tự quản lý bệnh nhân tốt hơn theo thời gian

Các chương trình DM khác nhau tùy theo các tổ chức chăm sóc sức khỏe thực hiện chương trình; Tuy nhiên, có sáu thành phần mà một chương trình DM đầy đủ phải có:

1. Các quá trình xác định quần thể
2. Hướng dẫn thực hành dựa trên bằng chứng

3. Mô hình thực hành hợp tác bao gồm bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ hỗ trợ
4. Giáo dục tự quản lý bệnh nhân bao gồm cả phòng ngừa sơ cấp, thay đổi hành vi và đánh giá tuân thủ
5. Đánh giá đo lường quá trình và kết quả và quản lý
6. Thường xuyên báo cáo phản hồi thông tin thường xuyên bao gồm giao tiếp với bệnh nhân, bác sĩ và các bên liên quan xác định khác theo quy định HIPAA

Điện thoại là phương thức truyền thông phổ biến nhất giữa bệnh nhân và chương trình DM, mặc dù một số chương trình tiên tiến sử dụng thông tin liên lạc trên nền web và gửi tin nhắn dạng văn bản đến điện thoại di động và các thiết bị khác để liên lạc với bệnh nhân. Tỷ suất hoàn vốn cho các chương trình DM chỉ mới bắt đầu được chuẩn hóa. DMAA: Care Continuum Alliance (trước đây gọi là Hiệp hội quản lý dịch bệnh của Mỹ), Ủy ban quốc gia về đảm bảo chất lượng (NCQA) và các tổ chức khác đang phát triển hệ thống phương pháp tiêu chuẩn để tính toán ROI.

Các chương trình DM phổ biến nhất cho các quần thể thương mại là đái tháo đường, suy tim sung huyết, bệnh hen, bệnh tim mạch, đau lưng và trầm cảm. Có những chuyển biến trong DM thành cụm chẩn đoán liên quan và các bệnh mãn tính với nhau để tạo ra một chương trình toàn diện hơn. Các cụm có thể bao gồm hen suyễn và COPD, tăng huyết áp và bệnh mạch vành, tiểu đường, suy tim sung huyết, và tăng lipid máu. Chương trình DM nên được xây dựng cho người bệnh được cung cấp một phân tích cẩn thận về bệnh mà người dân đã được chẩn đoán và các yếu tố điều khiển của chi phí và chất lượng. Quá trình đánh giá cần được liên tục để xác định và điều chỉnh những thay đổi trong nhân khẩu học và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe để các chương trình mới có thể được thực hiện.

Quản lý trường hợp bệnh

Quản lý trường hợp bệnh (case management) được xác định là tập trung quy hoạch, sắp xếp, và theo dõi các dịch vụ y tế cụ thể của một thành viên để quản lý việc sử dụng, hiệu quả, chi phí và chất lượng chăm sóc sức khỏe. Quản lý trường hợp được sử dụng để giám sát và phối hợp y tế và các dịch vụ cung cấp cho thành viên-những quần thể đặc biệt có chẩn đoán cụ thể hoặc yêu cầu chi phí cao, dịch vụ chuyên sâu. Quá trình quản lý trường hợp điều phối nhiều thành phần của chăm sóc sức khỏe, chẳng hạn như giới thiệu phù hợp bệnh nhân tới chuyên gia tư vấn, các bác sĩ chuyên khoa, bệnh viện và các nhà cung cấp và các dịch vụ hỗ trợ. Nó cũng sẽ giúp bệnh nhân có vấn đề xã hội và môi trường có thể gây cản trở hoặc trì hoãn cải thiện tình trạng y tế. Quản lý trường hợp sẽ giúp các bệnh nhân định hướng thông qua các hệ thống phức tạp hoặc các tổ chức khác nhau và tránh phân mảnh hoặc dùng sai các dịch vụ. Quản lý trường hợp làm việc ở cấp độ cá nhân bệnh nhân và giao tiếp thường xuyên với bệnh nhân và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc.

Thành phần chính của một chương trình quản lý trường hợp bao gồm những điều sau đây:

1. Sàng lọc và xác định các điều kiện, quần thể, cá nhân bệnh nhân, và tình trạng bệnh để phát hiện sớm các vấn đề sức khỏe.
2. Xác định và thực hiện các biện pháp can thiệp hiệu quả cho các cá nhân sử dụng

dựa trên bằng chứng y học và loại bỏ các rào cản xã hội-môi trường để chăm sóc.

3. Thúc đẩy và điều phối một đội ngũ cộng tác trên nhiều lĩnh vực và mức độ chăm sóc khác nhau.

4. Phối hợp chăm sóc liên tục các đợt bệnh hoặc tình trạng để đạt được những kết quả lâm sàng tốt nhất có thể và cải thiện chất lượng cuộc sống.

5. Phối hợp hỗ trợ và giáo dục cho bệnh nhân, gia đình bệnh nhân và những người khác tham gia chăm sóc bệnh nhân để cải thiện và duy trì hành vi tự quản lý và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

6. Đảm bảo rằng tất cả các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc và bệnh nhân biết được kế hoạch chăm sóc, tham gia vào kế hoạch chăm sóc và nhận được báo cáo thường xuyên về tiến triển của bệnh nhân theo kế hoạch chăm sóc.

Kế hoạch chăm sóc

Kế hoạch chăm sóc (care plans) được sử dụng để quản lý bệnh và quản lý trường hợp. Kế hoạch chăm sóc của quản lý bệnh thường là một kế hoạch chung của việc chăm sóc áp dụng đối với một dân số lớn bị một bệnh hoặc tình trạng nhất định. Kế hoạch chăm sóc cho quản lý trường hợp thường được cá nhân cho một bệnh nhân. Quá trình bên dưới là một ví dụ về cách thức một kế hoạch chăm sóc cá nhân được xây dựng.

1. Xác định bệnh nhân cần một kế hoạch chăm sóc quản lý trường hợp. Điều này có thể được thực hiện thông qua việc sử dụng các dữ liệu yêu cầu, mô hình dự đoán, hoặc các nguồn thông tin khác.

2. Chỉ định một người quản lý trường hợp cho bệnh nhân.

3. Xác định chẩn đoán của bệnh nhân, làm thế nào trường hợp này được chuyển.

4. Tiến hành đánh giá bệnh nhân. Việc đánh giá cần được tiến hành cho tình trạng bệnh cụ thể của bệnh nhân.

5. Phối hợp với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sau khi đánh giá để xác định đóng góp của họ vào việc đánh giá và một kế hoạch chăm sóc.

6. Xây dựng kế hoạch chăm sóc, sử dụng các đóng góp từ bệnh nhân, các nhà cung cấp và các bên liên quan xác định khác của bệnh nhân. Kế hoạch này bao gồm xác định các khu vực của bệnh nhân để cải thiện và động lực để cải thiện và xác định các cột mốc của nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe để các thành viên nỗ lực đạt kết quả tốt nhất. Xác định các quá trình sẽ loại bỏ những trở ngại phi lâm sàng vốn là rào cản đối với sự thành công của các bệnh nhân và kế hoạch chăm sóc.

7. Truyền thông các kế hoạch chăm sóc với bệnh nhân, nhà cung cấp và các bên liên quan khác theo các yêu cầu của HIPAA.

8. Liên tục cập nhật các kế hoạch chăm sóc và tiến độ thực hiện, thay đổi nó khi cần thiết từ đóng góp của bệnh nhân, các nhà cung cấp và các bên liên quan.

9. Xác định thời gian và kết quả cho kế hoạch chăm sóc quản lý trường hợp hoàn chỉnh.

Có một hệ thống điện tử hoặc trang web để sản xuất, phổ biến, và để cập nhật các kế hoạch chăm sóc giúp dễ dàng thành công hơn trong việc đạt các mục tiêu quản lý trường hợp và các mục tiêu của bệnh nhân. Kế hoạch chăm sóc để quản lý bệnh sẽ rất giống với quá trình quản lý trường hợp, ngoại trừ nó sẽ có nhiều sự giống nhau cho các bệnh nhân được xác định với một bệnh cụ thể giống nhau trong chương trình quản lý bệnh. Cần lưu ý rằng quản lý bệnh và

quản lý trường hợp được tích hợp với nhau. Thường thì bệnh nhân được xác định trong quản lý bệnh được chuyển sang quản lý trường hợp vì quá trình bệnh của họ trở nên rất nghiêm trọng đến nỗi bệnh nhân cần được quản lý trường hợp cá nhân hóa để cải thiện. Ngược lại, những bệnh nhân đã kết thúc với quản lý trường hợp được chuyển sang chương trình quản lý bệnh vì căn bệnh chính của họ không được chữa khỏi và bệnh nhân tiếp tục cần các chiến lược tự cải thiện.

Quản lý nhu cầu

Quản lý nhu cầu (demand management) bao gồm các hoạt động và can thiệp được thiết kế đặc biệt để cải thiện sự phù hợp của việc sử dụng các nguồn lực chăm sóc sức khỏe của các thành viên. Nó có thể bao gồm tự quản lý thành viên, các chương trình chăm sóc từng bước, các quá trình QLSD khác và tiếp cận cộng đồng và các bên liên quan. Quản lý nhu cầu được thực hiện thông qua các hoạt động sau:

1. Cung cấp các thông tin sức khỏe cho bệnh nhân thông qua các cuộc gọi, fax, e-mail, Web, hoặc các phương thức khác.
2. Cung cấp các dịch vụ phòng ngừa theo hướng dẫn dựa trên bằng chứng.
3. Cung cấp quản lý trường hợp, quản lý bệnh và các dịch vụ hỗ trợ khác cho bệnh nhân.
4. Đánh giá các nguy cơ sức khỏe của các bệnh nhân và các bệnh nhân mới được bảo hiểm để xác định can thiệp phòng ngừa và khả năng tự chăm sóc.
5. Hợp tác với các nguồn lực cộng đồng để thúc đẩy việc sử dụng các chương trình của địa phương và quốc gia để cải thiện sức khỏe.
6. Giám sát việc sử dụng các dịch vụ của bệnh nhân để xác định sự cần thiết của các can thiệp như phối hợp chăm sóc.

Quản lý nhu cầu thường là một quá trình liên tục cho bệnh nhân bị hoặc không bị bệnh mãn tính cụ thể. Nó có thể được phân thành tầng trên của quản lý trường hợp, quản lý bệnh, và các quá trình QLSD khác. Nó cũng có thể được sử dụng để giúp đỡ những người chăm sóc hỗ trợ cho bệnh nhân vốn không thể tự chăm sóc cho họ. Bởi vì quản lý nhu cầu có thể lặp lại một số dịch vụ được cung cấp trong các chương trình khác, một quy trình cần được thực hiện để các quá trình và các can thiệp không gây nhầm lẫn cho bệnh nhân giữa các nguồn lực chăm sóc sức khỏe hoặc sử dụng nguồn lực được phân bổ một cách thích hợp hơn. Quản lý nhu cầu có thể làm tăng chi phí chăm sóc bằng cách giúp bệnh nhân cải thiện việc sử dụng can thiệp y tế. Chúng có thể bao gồm việc tuân thủ điều trị với các loại thuốc, tham gia các lớp giáo dục chăm sóc sức khỏe tại các cơ sở địa phương và theo dõi các dịch vụ phòng ngừa.

Thường có sự nhầm lẫn giữa quản lý nhu cầu và quản lý trường hợp. Quản lý nhu cầu được sử dụng cho tất cả dân chúng trong chương trình phúc lợi. Nó có thể được hướng đến các nhóm đối tượng hưởng lợi, những người cần chăm sóc phòng ngừa, chăm sóc mãn tính hoặc các nhóm tự tạo động lực và cải tiến khác. Trong tất cả các trường hợp, quản lý nhu cầu là một quá trình truyền thông cho một quần thể cần dịch vụ giống nhau hay tương tự nhau. Một ví dụ là chương trình quản lý nhu cầu nhắm đến phụ huynh của trẻ em giữa độ tuổi từ 3 tháng đến 6 tuổi để được chủng ngừa cần thiết. Trong trường hợp này, chương trình quản lý nhu cầu không liên quan với một quá trình bệnh mà là một sự can thiệp lâm sàng phòng ngừa.

Quản lý nhu cầu quản lý cũng được sử dụng cho quần thể bị bệnh mãn tính. Một ví dụ là liên lạc với tất cả các đối tượng thụ hưởng được chẩn đoán xác định bị bệnh đái tháo đường để được kiểm tra mắt hàng năm. Mặt khác, chương trình quản lý trường hợp nhắm mục tiêu là các cá nhân với bệnh mãn tính và/hoặc bị bệnh nặng. Chương trình quản lý trường hợp không phải dành cho một quần thể mà cho một bệnh nhân cụ thể với một kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa. Trong kế hoạch chăm sóc, những quá trình tương tự như quản lý nhu cầu được sử dụng để tạo động lực cho bệnh nhân trong việc tự chăm sóc cho mình. Điểm mấu chốt là quản lý nhu cầu nhắm đến quần thể của đối tượng thụ hưởng và quản lý trường hợp nhắm đến các đối tượng cá nhân.

Xem xét ngang hàng (Peer Review)

Đánh giá ngang hàng là việc đánh giá sự cần thiết, chất lượng, chi phí và/hoặc sử dụng các dịch vụ chăm sóc được cung cấp bởi một chuyên gia y tế - nhà cung cấp. Nó được thực hiện bởi các chuyên gia chăm sóc sức khỏe hoặc các nhà cung cấp trong cùng một lĩnh vực (hoặc có trình độ tương tự hoặc về cơ bản là tương đương) không nằm trong cuộc cạnh tranh kinh tế trực tiếp với các chuyên gia y tế được xem xét. Quá trình đánh giá ngang hàng so sánh thực thi của cán bộ y tế và nhà cung cấp với y học dựa trên bằng chứng, với đồng nghiệp của mình trong cùng lĩnh vực với các bệnh nhân tương tự và kiểm tra liệu hành động của nhà cung cấp y tế có nằm trong phạm vi mang lại lợi ích y tế hoặc bảo hiểm cho bệnh nhân. Yêu cầu quy định đánh giá ngang hàng có thể khác nhau giữa các tiểu bang (ví dụ liệu các bác sĩ tiến hành xem xét phải đang hành nghề).

Xác định xu hướng và theo dõi sự tích lũy của các lần xuất hiện hoặc xuất hiện tiềm năng đòi hỏi xem xét lại bởi một đồng nghiệp hoặc một ủy ban QLSD nên diễn ra trong quá trình đánh giá ngang hàng. Nói chung, có một tiêu chuẩn cho tần suất của các vấn đề tương tự sẽ cần một đánh giá ngang hàng; cũng có thể sử dụng mức độ nặng của can thiệp lâm sàng để bắt đầu quá trình xem xét ngang hàng. Mỗi tổ chức chăm sóc sức khỏe có thể xây dựng các chỉ số theo dõi, và các tiêu chuẩn để đánh giá ngang hàng.

Đánh giá ngang hàng được bảo vệ như là các thông tin bí mật và không nên được phát hành ra bên ngoài người hoặc cơ quan thực hiện đánh giá ngang hàng. Đạo luật Nâng cao chất lượng Chăm Sóc Sức Khỏe năm 1986 đã đưa đánh giá ngang hàng là một bảo vệ thông tin, trong đó có thể thay đổi tùy theo tiểu bang cụ thể.

Các bước sau đây có thể được sử dụng trong quá trình đánh giá ngang hàng:

1. Xác định một vấn đề hoặc xu hướng cần đánh giá ngang hàng từ nguồn nội bộ hoặc bên ngoài.
2. Yêu cầu hồ sơ y tế và thông tin bổ sung để một xem xét toàn diện có thể tiến hành.
3. Xác định ngày cụ thể của luồng thông tin trao đổi sẽ diễn ra giữa các nhà cung cấp và người đánh giá.
4. Xem xét các tài liệu bởi đánh giá viên ngang hàng thích hợp.
5. Đánh giá viên xác định một quyết định sử dụng y học dựa trên bằng chứng, tình trạng bệnh nhân và tiêu chí xác định khác.
6. Quyết định của đánh giá viên được gửi đến Ủy ban QLSD để đưa ra quyết định.

7. Quyết định được gửi đến nhà cung cấp để đáp ứng và kế hoạch hành động khắc phục (nếu cần thiết).

8. Nhà cung cấp được xem xét được thông báo về quyền kháng cáo của mình.

Đánh giá ngang hàng là một phần quan trọng của QLSD và quản lý chất lượng. Nó cung cấp cho các bác sĩ và các nhà cung cấp khác một quá trình điều trần công bằng để bảo vệ quyền lợi của họ và cho phép họ đóng góp vào hệ thống chăm sóc sức khỏe. Đánh giá đồng thời cũng bảo vệ bệnh nhân khỏi các rủi ro tiềm ẩn trong hệ thống chăm sóc sức khỏe.

Thẩm định

Thẩm định (credentialing) là quá trình thu thập, xác minh và đánh giá thông tin để xác định trình độ của một chuyên gia chăm sóc sức khỏe để cung cấp dịch vụ cho một bệnh nhân. Quá trình thẩm định xét việc đào tạo, giáo dục, và những kinh nghiệm thực tế của các chuyên gia chăm sóc sức khỏe. Điều này có thể bao gồm các dữ liệu như số lần một bác sĩ phẫu thuật đã thực hiện một thủ tục nhất định và kết quả lâm sàng của các bệnh nhân.

Tiêu chuẩn cụ thể của thẩm định cũng được vạch ra bởi nhiều tổ chức, bao gồm NCQA, Ủy ban thẩm định xem xét sử dụng (URAC), Ủy ban hỗn hợp và những tổ chức khác. Một số tiểu bang có thể có tiêu chí cụ thể cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe phải tuân theo.

Sau đây là những quy trình nói chung liên quan đến thẩm định.

Xác minh nguồn sơ cấp

Tốt nghiệp trường y khoa

Nội trú

Các hội đồng chuyên khoa

Giấy phép của nhà nước

Giấy chứng nhận chống ma túy

Lý lịch về trách nhiệm pháp lý nghề nghiệp

Ưu đãi lâm sàng

Bảo hiểm khi thực hành kém

Tiền sử công việc

Nộp và chứng nhận

Lý do cho bất kỳ trường hợp mất khả năng thực hiện chức năng lâm sàng cần thiết

Thiếu sử dụng ma túy hoặc hóa chất gây nghiện hiện tại

Tiền sử về mất mát của niềm tin Giấy phép-Felony

Lịch sử của sự thay đổi trong những đặc quyền hoặc hành động kỷ luật

Tính đúng đắn và hoàn chỉnh của hồ sơ nộp

Xác minh

Ngân hàng dữ liệu quốc gia về các nhà thực hành

Điều phối chăm sóc sức khỏe và ngân hàng dữ liệu được bảo vệ

Những hạn chế cấp giấy phép

Xử phạt liên quan Medicare và Medicaid

Thăm cơ sở lần đầu

Có thể là bắt buộc cho các bác sĩ cộng đồng và và một số chuyên gia

Tiêu chí thẩm định

Khi thực hiện dựa theo những tiêu chí này, thẩm định là một quá trình bảo vệ bệnh nhân, hệ thống chăm sóc sức khỏe và các bác sĩ khỏi các vấn đề tiềm năng về chất lượng và sử dụng. Một số tổ chức chăm sóc y tế chia quá trình thẩm định thành hai thành phần.

Các thành phần đầu tiên là hợp đồng, nó xác định xem liệu bác sĩ có đạt các tiêu chí trong hợp đồng với các tổ chức chăm sóc sức khỏe. Thứ hai là sự phù hợp lâm sàng thực tế của các bác sĩ có đặc quyền trong chăm sóc các loại bệnh nhân và/hoặc các quá trình bệnh cụ thể. Ví dụ, nói chung, tất cả các bác sĩ ngoại có thể có hợp đồng để cung cấp dịch vụ phẫu thuật cho một cộng đồng, nhưng chỉ một số bác sĩ ngoại là có đặc quyền thực hiện phẫu thuật tuyến giáp quy định trong hợp đồng.

Hồ sơ cá nhân của bác sĩ

Hồ sơ cá nhân của bác sĩ có thể là một trong những vấn đề gây tranh cãi QLSD và chăm sóc sức khỏe nói chung. Hồ sơ cá nhân của bác sĩ có thể được định nghĩa như là một bản tóm tắt các dữ liệu và thông tin cụ thể của một bác sĩ và thực hành, được tổng hợp bằng điện tử từ nhiều nguồn dữ liệu và phương pháp thích hợp. Dữ liệu được điều chỉnh cho các nhóm mức độ nghiêm trọng của bệnh nhân. Dữ liệu này nên được điều chỉnh cho các giá trị ngoại lai vì nó có thể làm cho hồ sơ cá nhân của bác sĩ không chính xác do tác động của một hoặc hai tình huống chi phí cao, có nguy cơ cao hoặc các tình huống không thể kiểm soát. Các hồ sơ cá nhân được sử dụng để so sánh về sử dụng, chất lượng và kết quả của một bác sĩ hoặc một nhóm các bác sĩ với các đồng nghiệp của họ trong một khu vực địa lý tương tự, lĩnh vực thực hành và được điều chỉnh cách thích hợp. Thông tin chi tiết hơn về hồ sơ cá nhân được thảo luận trong Chương 6 và 8.

Công nhận và giám sát quản lý sử dụng

Chương trình QLSD đang chịu sự giám sát pháp lý nhằm đảm bảo rằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân không bị hạn chế hay từ chối sử dụng không đúng. Chính phủ liên bang có những yêu cầu cụ thể cho những ai tham gia Medicare thực hiện các chương trình GLSD bởi các nhà cung cấp.

Tổ chức kiểm định bao gồm, nhưng không giới hạn, Ủy ban hỗn hợp (Joint Commission), URAC, Hiệp hội Mỹ về chăm sóc sức khỏe cộng đồng (AAAHC) và NCQA. Mỗi tổ chức này có những yêu cầu đối với QLSD. Một ví dụ về các yêu cầu chủ yếu đến từ Tiêu chuẩn Chương Trình Sức Khỏe và các hướng dẫn của NCQA 2008 và xem xét 13 điều sau:

1. Cấu trúc của quản lý sử dụng
2. Tiêu chuẩn lâm sàng để quyết định QLSD
3. Các dịch vụ thông tin/liên lạc
4. Chuyên gia thích hợp
5. Tính kịp thời của các quyết định QLSD
6. Thông tin lâm sàng
7. Thông báo từ chối
8. Chính sách đối với khiếu nại
9. Xử lý thích hợp của kháng cáo

10. Đánh giá công nghệ mới
11. Sự hài lòng với quá trình QLSD
12. Dịch vụ cấp cứu
13. Thủ tục quản lý dược phẩm
14. Phân loại bệnh và giới thiệu/chuyển bệnh nhân trong chăm sóc sức khỏe hành vi
15. Phái đoàn của QLSD

Mỗi tiêu chuẩn này có các tiêu chuẩn cụ thể hơn cần phải đạt. Cần chú ý rằng hầu hết các tổ chức cấp phép không thẩm định cho một chương trình QLSD riêng rẽ mà xem nó như một phần trong một chứng nhận tổ chức chăm sóc sức khỏe tổng thể.

NGHIÊN CỨU TÌNH HUỐNG •••

Quá trình Sử dụng cho phẫu thuật chọn lọc

Các quy trình và phương pháp làm việc QLSD cho một bệnh nhân hay cán bộ y tế thực tế diễn ra như thế nào? Sau đây là một ví dụ của một bệnh nhân được chuyển viện để thay thế hông. Bệnh nhân đến khám bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình và được đề nghị thay khớp hông. Các yêu cầu để thay thế hông được truyền đạt đến các chương trình QLSD và tiền sử lâm sàng của bệnh nhân đã được đánh giá theo các tiêu chí dựa trên bằng chứng. Các thủ tục được chấp nhận thông qua sự ủy quyền trước, và bệnh nhân và bác sĩ phẫu thuật sắp xếp để thay khớp hông. Bệnh nhân sẽ được liên lạc bởi các chương trình QLSD để bắt đầu quá trình phối hợp chăm sóc. Điều này bao gồm việc hoàn thành một đánh giá nhu cầu chăm sóc hậu phẫu để xác định xem bệnh nhân có thể về nhà với liệu pháp điều trị hoặc có cần chuyển đến một cơ sở phục hồi chức năng để đạt kết quả tối ưu. Bệnh nhân có thể cần một đánh giá sức khỏe và SF-12 để xác định tương lai kết quả của việc chăm sóc, cả về sinh lý và tâm lý.

Quá trình lập kế hoạch xuất viện cho bệnh bắt đầu vào ngày nhập viện. Y tá đánh giá song hành xác định việc nhập viện và dùng các tiêu chuẩn dựa trên bằng chứng để xác định khoảng thời gian thích hợp nằm viện cho bệnh nhân nếu không có biến chứng. Hàng ngày, các y tá xem xét đánh giá song hành vẫn liên lạc với bệnh viện để thu thập dữ liệu và các thông tin về bệnh nhân và sự tiến triển của chăm sóc. Y tá cũng xác định các vấn đề chất lượng tiềm năng, nó có thể gây tổn hại hoặc trì hoãn sự tiến triển của bệnh nhân. Tại thời điểm xuất viện, một kế hoạch chăm sóc đã được xác nhận cho bệnh nhân và truyền đạt đến các bác sĩ phẫu thuật, bệnh nhân, và các bên liên quan theo yêu cầu của HIPAA. Nếu bệnh nhân về nhà, y tá gọi điện cho bệnh nhân tại một chuỗi thời gian để đảm bảo kế hoạch chăm sóc đã được tiến hành và để xem liệu có bất kỳ trở ngại nào có thể làm cho kế hoạch chăm sóc không thể thực hiện. Trong quá trình QLSD, có một cố vấn bác sĩ có sẵn để đánh giá các quy trình chăm sóc và chương trình QLSD. Các bác sĩ có thể can thiệp với các bác sĩ phẫu thuật hoặc cán bộ y tế khác để bảo đảm bệnh nhân đạt kết quả tốt nhất.

Mô hình chăm sóc

Về mặt kỹ thuật, các mô hình cung cấp chăm sóc không chỉ cho lĩnh vực QLSD. Tuy nhiên, bởi vì những mô hình này có khả năng làm thay đổi thực hành QLSD của các nhà cung cấp, bệnh nhân, người chi trả và các bên liên quan, chúng sẽ được thảo luận trong chương này. Một vài mô hình nổi bật được sử dụng hiện tại là Mô hình chăm sóc bệnh mãn tính (Chronic

Care Model), Y học dựa trên bằng chứng và Mô hình quản lý dựa trên bằng chứng và Chăm sóc tại nhà với bệnh nhân là trung tâm.

Mô hình chăm sóc mãn tính

Mô hình này đã trở thành một mô hình chăm sóc cho những người có bất kỳ tình trạng mà đòi hỏi tự quản lý và tương tác liên tục với các hệ thống chăm sóc sức khỏe. Mô hình chăm sóc mãn tính có thể được áp dụng cho các hệ thống và bệnh nhân với các bệnh mãn tính khác nhau. Các hệ thống đó sử dụng hình thức cung cấp chăm sóc có thể thay đổi về quy mô từ các tổ chức chăm sóc sức khỏe đa bệnh viện cho tới thực hành của một cán bộ y tế. Nghiên cứu do Viện MacColl về đổi mới y tế cho thấy kết quả của mô hình này là bệnh nhân khỏe hơn, cán bộ y tế hài lòng hơn và tiết kiệm hơn.

Các yếu tố của mô hình bao gồm những điều sau đây.

Hỗ trợ tự quản lý

Mô hình này trao quyền và chuẩn bị cho các bệnh nhân quản lý sức khỏe và chăm sóc sức khỏe cho họ và nhấn mạnh vai trò trung tâm của bệnh nhân trong việc quản lý sức khỏe của họ sử dụng các chiến lược hỗ trợ quản lý hiệu quả bao gồm” đánh giá, thiết lập mục tiêu, lập kế hoạch công việc, giải quyết vấn đề và theo dõi.

Hệ thống y tế

Yếu tố này nhằm đến tạo ra văn hóa, tổ chức và các cơ chế thúc đẩy an toàn, chăm sóc chất lượng cao thông qua khuyến khích mở và xử lý hệ thống các lỗi và mối quan tâm về chất lượng để cải thiện chăm sóc.

Thiết kế hệ thống cung cấp

Mô hình này nhằm đến đảm bảo việc cung cấp chăm sóc lâm sàng hiệu quả hỗ trợ tự quản lý thông qua xác định các vai trò của mỗi thành viên của nhóm chăm sóc sức khỏe và thông qua việc phân nhiệm vụ giữa các thành viên của nhóm để theo dõi bệnh nhân đều đặn. Chăm sóc được cung cấp nên phù hợp về văn hóa và dễ hiểu bởi bệnh nhân.

Hỗ trợ quyết định

Mô hình này thúc đẩy chăm sóc lâm sàng phù hợp với các bằng chứng khoa học và ý muốn của bệnh nhân. Bệnh nhân nên nhận thông tin về các hướng dẫn dựa trên bằng chứng để khuyến khích sự tham gia của họ.

Hệ thống thông tin lâm sàng

Mô hình này nhằm đến việc tổ chức dữ liệu của bệnh nhân và quần thể để tạo thuận lợi cho việc chăm sóc hiệu quả; xác định tiểu quần thể để chăm sóc chủ động; bảo đảm các cán bộ y tế dùng lời nhắc nhở kịp thời cho bệnh nhân và bản thân họ; tạo thuận lợi cho việc lập kế hoạch và theo dõi chăm sóc cá nhân bệnh nhân; chia sẻ thông tin với các bệnh nhân và các nhà cung cấp để phối hợp chăm sóc; và liên tục giám sát các hoạt động của đội ngũ thực hành và hệ thống chăm sóc.

Cộng đồng

Mô hình này nhằm đến việc huy động nguồn lực cộng đồng để đáp ứng các nhu cầu của bệnh nhân; khuyến khích bệnh nhân tham gia trong các chương trình cộng đồng có hiệu quả; hợp tác với các tổ chức cộng đồng để phát triển các can thiệp để lấp đầy những khoảng trống trong đó chăm sóc và các dịch vụ cần thiết; và vận động chính sách và triển khai cải thiện chăm sóc bệnh nhân.

Y học dựa trên bằng chứng và mô hình quản lý dựa trên bằng chứng

Stephen Shortell phát triển mô hình chăm sóc này để liên kết đó y học dựa trên bằng chứng và quản lý dựa trên bằng chứng. Theo mô hình này, hai thành phần cần thiết để cải thiện chất lượng chăm sóc y tế là (1) tiến bộ trong y học dựa trên bằng chứng đó để xác định thực hành lâm sàng dẫn đến chăm sóc tốt hơn, bao gồm các nội dung chăm sóc và (2) những kiến thức về làm thế nào để đưa y học chứng cứ vào thực hành hàng ngày.

Y học dựa trên bằng chứng và mô hình quản lý dựa trên bằng chứng sử dụng nhiều kỹ thuật của mô hình chăm sóc mãn tính. Chúng bao gồm đăng ký bệnh, hướng dẫn lâm sàng, hệ thống nhắc nhở, giáo dục bệnh nhân tự quản lý, báo cáo phản hồi bác sĩ, và các nhóm chăm sóc sức khỏe. Sự phát triển của những kỹ thuật này được tăng cường bởi quản lý dựa trên bằng chứng. Việc quản lý dựa trên bằng chứng sử dụng kiến thức từ kỹ thuật yếu tố con người, các tổ chức có độ tin cậy cao, thay đổi trong văn hóa tổ chức, phát triển nhóm làm việc hiệu suất cao, xác định và khắc phục những sai lầm, và liên tục đặt câu hỏi và học hỏi từ việc làm thế nào một tổ chức cải thiện.

Mô hình y tế tại nhà lấy bệnh nhân làm trung tâm

Mô hình y tế tại nhà là mô hình khác đã được đề nghị nhiều lần và được thay đổi qua các năm bởi vài tổ chức. Mô hình gần đây nhất là mô hình y tế tại nhà lấy bệnh nhân làm trọng tâm (Patient-Centered Medical Home: P-CMH) được miêu tả bởi American Hội hàn lâm Mỹ về thực hành y học gia đình, Các trường đại học đào tạo bác sĩ và Hội Osteopathic Mỹ. P-CMH được định nghĩa là một cách tiếp cận để cung cấp chăm sóc cơ bản toàn diện tốt cho trẻ em, thanh niên và người lớn. Trong mô hình này, chăm sóc cơ bản được cung cấp tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe tạo điều kiện quan hệ đối tác giữa cá nhân bệnh nhân và bác sĩ cá nhân của họ và, khi thích hợp, gia đình bệnh nhân.

Có những nguyên tắc gắn liền với P-CMH.

1. Bác sĩ cá nhân. Mỗi bệnh nhân có một bác sĩ riêng là người cung cấp chăm sóc ban đầu liên tục và toàn diện.
2. Thực hành y theo định hướng của bác sĩ. Bác sĩ riêng là người hướng dẫn nhóm chăm sóc chịu trách nhiệm chăm sóc liên tục cho bệnh nhân.
3. Định hướng toàn bộ nhân lực. Bác sĩ cá nhân hoặc cung cấp hoặc sắp xếp cho tất cả các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của một bệnh nhân trong suốt các giai đoạn của cuộc sống.
4. Chăm sóc được phối hợp và/hoặc tích hợp. Mô hình này nhằm đến việc phối hợp nhiều yếu tố trong hệ thống chăm sóc y tế và cộng đồng của bệnh nhân. Chăm sóc được hỗ trợ bởi đăng ký, công nghệ thông tin, trao đổi thông tin và hệ thống để làm cho bệnh nhân an toàn và nhận được tất cả các chăm sóc theo một cách thức thích hợp về văn hóa và ngôn ngữ.

5. Chất lượng và an toàn là điểm nổi bật của y tế tại nhà. Thực hành hỗ trợ đạt được kết quả lấy bệnh nhân làm trung tâm tối ưu thông qua lập kế hoạch chăm sóc phù hợp và mạnh, y học dựa trên bằng chứng và các công cụ hỗ trợ quyết định lâm sàng giúp hướng dẫn ra quyết định; bác sĩ chịu trách nhiệm về cải thiện chất lượng và đo lường hiệu suất; bệnh nhân tham gia trong quá trình ra quyết định và phản hồi ý kiến của họ về chăm sóc. Càng nhiều càng tốt, công nghệ thông tin được tận dụng để hỗ trợ chăm sóc bệnh nhân, đo lường hiệu quả, giáo dục bệnh nhân, và tăng cường truyền thông. Nói chung, thực hành có tổng quan bên ngoài tự nguyện để chứng minh khả năng của họ để cung cấp chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm; bệnh nhân và gia đình

là một phần của các hoạt động cải tiến chất lượng thực hành.

6. Tăng cường truy cập. Bệnh nhân được tiếp cận thích hợp với chăm sóc sức khỏe thông qua lập kế hoạch mở, giờ tăng cường và một loạt các kênh truyền thông.

7. Thanh toán. Trong mô hình này, hoàn trả chi phí qua bảo hiểm mang lại giá trị gia tăng cung cấp cho bệnh nhân và hỗ trợ sự phát triển và bồi thường cần thiết để đưa các

P-MHC vào thực hiện. Nó Nhận diện sự khác biệt trường hợp trong quần thể bệnh nhân, phát triển các phương pháp để chia sẻ tiết kiệm chi phí thông qua giảm sử dụng thừa hay thiếu hệ thống chăm sóc hệ thống và thưởng cho các cải tiến liên tục.

Xu hướng tương lai

Chi trả cho bác sĩ sẽ có khả năng thúc đẩy tương lai của QLSD. Tại California, thực hành của bác sĩ đang quay trở lại hệ thống chi trả theo định suất một phần hay hoàn toàn. Chi trả theo định suất đã hướng các bác sĩ có ý thức hơn về việc sử dụng các nguồn lực chăm sóc sức khỏe và chi phí của những nguồn lực. Trong một số trường hợp, định suất đã thay đổi sử dụng của bác sĩ về các bác sĩ chuyên khoa và/hoặc các nhà cung cấp chẩn đoán bởi vì cùng một kết quả và chất lượng có thể đạt được từ một nhóm đặc biệt tại một cơ sở thân thiện với bệnh nhân hơn và với chi phí cạnh tranh hơn.

Chi trả theo năng lực (P4P) cũng là một động lực thay đổi trong tương lai của QLSD. Một số chương trình P4P đã xác định các chỉ số theo dõi về việc sử dụng như tỷ lệ chuyển bệnh nhân trên nghìn ca, số thủ tục chẩn đoán chi phí cao trên nghìn ca, nhập viện nội trú trên nghìn ca và tổng đô la sử dụng để chăm sóc sức khỏe cho mỗi bệnh nhân. Những chỉ số theo dõi này khi được cung cấp lại cho các bác sĩ cùng với số tiền gắn liền với chương trình P4P có thể có một tác động đáng kể về cách các bác sĩ thực tập và ảnh hưởng đến việc sử dụng của họ về y học dựa trên bằng chứng. Với P4P, trong số các trường hợp, việc sử dụng có thể bị giảm mà không tăng việc cho phép trước, quá trình xem xét đồng thời và các nguồn lực.

Công nghệ thông tin sẽ sắp xếp lại các quá trình của QLSD. Với khả năng dựa trên Web có thể có sự chấp thuận hay từ chối ngay lập tức logic gắn với phần mềm sẽ cho phép quy trình được nhanh hơn và để giúp bệnh nhân nhận nhận can thiệp lâm sàng kịp thời. Dòng thông tin sẽ giảm bị trùng lặp bởi vì các thông tin sẽ được dựa trên Web và có sẵn để truy cập bởi tất cả các nhà cung cấp theo hướng dẫn HIPAA.

Chúng tôi dự đoán rằng QLSD sẽ không thể là quá trình độc lập một mình trong tương lai và sẽ phải được kết hợp với chất lượng, an toàn bệnh nhân, và trao quyền cho bệnh nhân để thành công. Bằng cách kết hợp cả ba chương trình, những giá trị thật sự và lâu dài sẽ được bổ sung vào hệ thống chăm sóc sức khỏe.

Tài liệu tham khảo

1. Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada, Number Four: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
2. Codman AE. The product of a hospital. *Surg Gynecol Obstet*. 1914;18:491–496.
3. The Joint Commission. The Now and Future Joint Commission. http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint_commission_now_future.htm. Accessed October 16, 2008.
4. Martin PP, Deaver DA. Social Security: A program and policy history. *Soc Sec Bull*. 2005;66(1).
<http://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v66n1/v66n1p1.html>. Accessed October 17, 2008.
5. Luce J, Bindman A. A brief history of health care quality assessment and improvement in the United States. *West J Med*. 1994;160(3):264.
6. Reams BD. *The Peer Review Improvement Act of 1982: A Legislative History of Public Law No. 97-248*. Buffalo, NY: William S. Hein Publishing; 1990.
7. American College of Medical Quality. *Core Curriculum for Medical Quality Management*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2005:69–94.
8. National Committee for Quality Assurance (NCQA). Quality Improvement Activity Form Instructions. http://www.google.com/search?sourceid_navclient&ie_UTF-8&rlz_1T4ADBS_enUS294US295&q_NCQA%2c_generic_improvement_activity_form. Accessed October 17, 2008.
9. Milliman, Inc. Milliman Care Guidelines. <http://www.milliman.com/expertise/healthcare/products-tools/milliman-care-guidelines/index.php>. Accessed October 16, 2008.
10. Qualis Health. McKesson releases InterQual Criteria Version 3.0. <http://www.qualishealth.org/news/030501-interqual-update.cfm>. Accessed October 17, 2008.
11. The Joint Commission. The role of the risk manager in accredited health care organizations [Chapter 1]. In: *Accreditation Issues for Risk Managers*. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources; 2004:3.
12. Health Care Quality Improvement Act. The Health Care Quality Improvement Act of 1986. <http://www.hcqia.net>. Accessed October 17, 2008.
13. National Committee for Quality Assurance (NCQA). Standards and Guidelines for Accreditation, 2008. <http://www.ncqa.org/tabid/691/Default.aspx>. Accessed October 16, 2008.
14. The Robert Wood Johnson Foundation. Improving Chronic Illness Care. <http://www.improvingchroniccare.org>. Accessed October 17, 2008.

15. The Center for Health Studies. MacColl Institute for Healthcare Outcomes. <http://www.centerforhealthstudies.org/research/maccoll.html>. Accessed October 17, 2008.
16. Shortell SM, Rundall TG, Hsu J. Improving patient care by linking evidence-based medicine and evidence-based management. *JAMA*. 2007;298(6):673–676.
17. American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatricians, American College of Physicians, American Osteopathic Association—Patient-Centered Primary Care Collaborative. Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home, February 2007. <http://www.pcpcc.net/node/14>. Accessed October 17, 2008.

Additional Resources—Further Reading

Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.ahrq.gov>

DMAA: The Care Continuum Alliance: <http://www.dmaa.org>

McKesson InterQual Care Planning Criteria:
http://www.mckesson.com/en_us/McKesson.com/For_Payors/Public_Sector/InterQual_Criteria_Products/InterQual_Care_Planning_Criteria.html

PA Health Care Cost Containment Council: <http://www.phc4.org>

Utilization Review Accreditation Commission: <http://www.urac.org>

Chương 8. Cải tiến chất lượng bên ngoài: công nhận, giáo dục cải tiến chất lượng và chứng nhận

Toni Kfuri, MD, MPH, CMQ, FACOG, and Nancy L. Davis, PhD

Dịch: TS.DS. Võ Thị Hà

Tóm tắt

Văn phòng chuyên viên dự đoán rằng năm 2016 chi tiêu cho y tế ở Mỹ sẽ đạt trên 4,1 nghìn tỷ USD và chiếm 19,6% tổng sản phẩm nội địa. Dưới áp lực của người tiêu dùng và đáp ứng với đòi hỏi của thị trường, những người có bảo hiểm đang sàng lọc mạng lưới bác sĩ và theo dõi các bệnh viện về chất lượng và khả năng tiếp cận. Những phát hiện của họ về sự thay đổi không phù hợp và sự yếu kém không gây bất ngờ đang tạo các dự án cải tiến chất lượng trên toàn quốc.

Chúng tôi xác định *cải thiện chất lượng bên ngoài (external quality improvement)* như việc xem xét các hoạt động của một bác sĩ hoặc thực hiện của tổ chức y tế bởi một cơ quan bên ngoài. Một số hệ thống đánh giá bên ngoài có một cơ sở pháp lý theo luật định và có thể trở thành bắt buộc trong khi những số khác thì chỉ là tự nguyện. Tầm quan trọng của chúng nằm ở chỗ cách tiếp cận được thực hiện bởi các tổ chức độc lập, đôi khi hành động trên cơ sở đại diện cho chính phủ liên bang, các sở y tế nhà nước, hoặc cơ quan của họ. Một số hệ thống bảo mật thông tin trong khi số khác thì công khai cho công chúng giám sát. Mục tiêu cuối cùng của các tổ chức là xem xét, đánh giá để xếp hạng các tổ chức chăm sóc sức khỏe dựa trên các tiêu chuẩn và đo lường rõ ràng; một số tổ chức sẽ không hoặc đưa ra ít hành động chính thức trong số khác thì liên quan đến những biện pháp ưu đãi và trừng phạt tài chính hoặc phi tài chính đáng kể.

Khoảng trống thể hiện ở chất lượng và nhu cầu giảm chi phí, chăm sóc y tế hiệu quả và hướng đến người tiêu dùng đang gây sức ép nhiều hơn cho các tổ chức chăm sóc sức khỏe về việc duy trì phù hợp với các vai trò và trách nhiệm chồng chéo của các cơ quan đánh giá ngoài, vốn được trao nhiệm vụ quan trọng như công nhận (accreditation), tạo hồ sơ bác sĩ, báo cáo công khai và điểm chuẩn (benchmarking).

Ngày nay, hầu hết các tổ chức chăm sóc sức khỏe thiết lập các chương trình chất lượng để đáp ứng lại các yêu cầu về cấp chứng nhận hoặc phù hợp với luật pháp liên bang và tiểu bang. Bác sĩ phải được cấp giấy chứng nhận và xét chứng nhận thường xuyên bởi các hội đồng cấp phép bang của họ. Tổ chức chăm sóc được quản lý và nhà điều dưỡng tham gia vào Medicare hoặc chương trình Medicaid đòi hỏi phải tuân thủ các tiêu chuẩn của cơ quan tiểu bang và liên bang. Các quy định bang về lập kế hoạch kinh doanh y tế trong mỗi bang khác nhau về các yêu cầu đánh giá hoặc các bước kiểm định. Để đủ điều kiện được hoàn trả chi phí từ Trung tâm dịch vụ Medicare và Medicaid (CMS), bệnh viện phải được đánh giá bởi CMS hoặc thông qua kiểm định của Ủy ban hỗn hợp. Các quy định lập pháp cũng như nhu cầu thị trường về kiểm định bởi các nhóm người tiêu dùng và đối tượng là những nỗ lực cải tiến chất lượng trở thành trung tâm của quá trình cải thiện chất lượng bên ngoài.

Chương này trình bày thông tin về chương trình cải tiến chất lượng bên ngoài và các tổ chức, tính đến các báo cáo gần đây và những thay đổi được cập nhật. Những thay đổi gần đây sẽ có tác động trực tiếp lên các quá trình kiểm định và giáo dục, cân nhắc đến cơ chế đánh giá khách quan và minh bạch hơn, nhằm phản ánh chất lượng chăm sóc dựa trên bằng chứng và lấy bệnh nhân làm trung tâm.

Mục tiêu học tập

Sau khi hoàn thành chương này, người đọc nên có thể:

- Xác định các cơ quan kiểm định quan trọng nhất và phác thảo vai trò và trách nhiệm của chúng;
- Thảo luận về các khái niệm về hồ sơ bác sĩ, báo cáo thực hành công khai và điểm chuẩn;
- Mô tả Dữ liệu y tế hiệu quả và thông tin (HEDIS) và Chương trình chất lượng quốc gia Baldrige;
- Thảo luận về quá trình cấp giấy chứng nhận và kiểm định và vai trò của chúng về cải tiến chất lượng; và
- Hiểu được vai trò của giáo dục liên tục trong cải tiến chất lượng.

Lịch sử

Bắt đầu từ giữa những năm 1990, ngành công nghiệp và các nhà sản xuất Mỹ bắt đầu đạt lợi thế cạnh tranh của họ trong số các quốc gia công nghiệp bằng cách áp dụng quản lý chất lượng tổng thể (TQM) và "sản xuất tinh gọn" để loại bỏ sự lãng phí, vì vậy biến thiên và nâng cao hiệu quả. Tuy nhiên, chi phí leo thang tương đối của các lợi ích sức khỏe lao động giữ cho các nhà sản xuất và các doanh nghiệp Mỹ có nhiều bất lợi cạnh tranh trong thị trường toàn cầu. Trong năm 2007, phí trung bình cho bảo hiểm sức khỏe gia đình do người thuê lao động chi trả là \$ 12.106, trong đó người lao động trả trung bình \$ 3.281. Từ năm 2001, phí bảo hiểm gia đình do người thuê lao động trả tăng 78%, trong khi tiền lương phải trả đã tăng lên 19% và lạm phát đã tăng lên 17%.

Đúng là hệ thống chăm sóc sức khỏe của chúng ta đang được áp dụng công nghệ tiên tiến, nhưng các chi phí leo thang của việc chăm sóc vượt xa bất kỳ lợi ích xã hội nhận thức được. Nhu cầu thị trường đòi hỏi kiểm soát chi phí được kết hợp với các hiệu ứng bùng nổ dân số. Garrett và cộng sự ước tính tác động của lão hóa dân số về chi phí y tế trong 5 thập kỷ tiếp theo tại Mỹ. Cụ thể, họ thấy rằng lão hóa sẽ có một tác động lớn hơn trên chi phí bình quân đầu người cho các bệnh mà tỷ lệ chi phí cho người lớn cao hơn bệnh nhân trẻ hơn, chẳng hạn như suy tim xung huyết (CHF), bệnh động mạch vành (CAD), và đái tháo đường. Các thay đổi chi phí bình quân đầu người dự đoán là 48% đối với CAD và 75% đối với CHF, so với thay đổi chỉ 4% với hen. Alemayehu và cộng sự cũng cho thấy gần một phần ba chi phí cuộc đời phát sinh trong độ tuổi trung niên và gần một nửa trong những năm trưởng thành. Hơn một phần ba chi phí trong cuộc đời của những người sống sót đến tuổi 85 sẽ tích lũy trong những năm cuối.

Các chương trình Medicare và Medicaid đã được ký thành luật vào ngày 30 tháng 7 năm 1965. Từ năm 1965, một số thay đổi đã được thực hiện cho các chương trình này. Trong năm 1982, Luật về công bằng thuế và trách nhiệm tài chính đã tạo điều kiện dễ dàng và hấp dẫn hơn cho các tổ chức duy trì sức khỏe để ký hợp đồng với Medicare và mở rộng những nỗ lực giám sát chất lượng thông qua các tổ chức đánh giá ngang hàng (peer review organizations - PROs). PROs xét kỹ lưỡng hồ sơ bệnh án y tế và không cho phép thanh toán cho các bệnh viện khi sự chăm sóc của bác sĩ được đánh giá là không cần thiết hoặc không thích hợp. Tên PRO đã được thay đổi chính thức thành Tổ chức cải thiện chất lượng (quality improvement organization – QIO) theo quy định của Liên Bang vào ngày 24 tháng 5 năm 2002, phần lớn là để phản ánh tầm quan trọng mới đây về cải thiện chất lượng dựa trên dân số. Hợp đồng CMS với QIOs trong chu kỳ 3 năm, được gọi là "phạm vi công việc." Do chi phí leo thang, và để đáp ứng với Luật Ngân sách nhà nước cân bằng năm 1997, CMS tiếp tục phát triển chương trình cải tiến chất lượng trong các bệnh viện, văn phòng của bác sĩ, cơ quan y tế tại nhà, và nhà dưỡng lão. Chương trình QIO là một thành phần quan trọng của chương trình nghị sự rộng lớn của CMS để cải thiện chăm sóc cho những người hưởng lợi Medicare. Chương trình chất lượng của CMS bao gồm báo cáo công khai các đo lường chất lượng, được gọi là Sáng kiến chất lượng quốc gia, để giúp người thụ hưởng Medicare lựa chọn đúng đắn về các dịch vụ chăm sóc y tế địa phương. Chương trình cải tiến chất lượng của CMS bao gồm chi trả theo hiệu suất, chính sách thanh toán và bảo hiểm, phối hợp với các cơ quan nhà nước để quản lý các chương trình khảo sát và cấp chứng chỉ cho các nhà cung cấp chăm sóc y tế, và các liên minh chiến lược ở cấp quốc gia để tạo đà cho những biến đổi ở cấp địa phương.

Những nỗ lực pháp lý để quản lý chất lượng đã bắt đầu vào những năm đầu thế kỷ 20 và dẫn đến việc thành lập Ủy ban hỗn hợp về Công nhận Bệnh viện (Joint Commission of Accreditation of Hospitals: JCAHO) vào năm 1951. Ngày nay, tổ chức này được gọi là Ủy ban hỗn hợp, và nó hoạt động như một tổ chức độc lập, phi lợi nhuận với mục đích chính là cung cấp công nhận từ bên ngoài, vẫn không thay đổi cho đến ngày nay. Trong nhiều thập kỷ, các tổ chức (gọi là Ủy ban chung về công nhận của Tổ chức Y tế [JCAHO] cho đến khi thay đổi tên gần đây nhất vào tháng năm 2007) cũng đã công nhận các tổ chức và các chương trình chăm sóc sức khỏe. Xem Chương 7 để biết thêm chi tiết.

Giáo dục y tế đại học (GME) đã nhận được tài trợ và hỗ trợ công lần đầu tiên với việc thông qua dự luật Medicare năm 1965 (Medicare Part A). Trong vài thập kỷ tới, các cộng đồng giáo dục y tế cảm thấy sự cần thiết phải phối hợp các tiêu chuẩn của chương trình nội trú để nâng cao chất lượng giáo dục. Năm 1968, AMA thiết lập một ví dụ cho các tiêu chuẩn chất lượng khi nó thành lập giải thưởng công nhận bác sĩ để trao cho các bác sĩ - người tiếp tục giáo dục y tế để duy trì năng lực trong thực hành. Ngay sau đó, nhiều hội đồng y tế nhà nước thiết lập các yêu cầu về tín chỉ CME để duy trì giấy phép hành nghề. Năm 1972, dưới sự chỉ đạo của Hiệp hội Y khoa Mỹ (AMA) và với sự hỗ trợ của Hội đồng quản trị của bác sĩ chuyên khoa Mỹ (ABMS), Hiệp hội bệnh viện Mỹ (AHA), và các trường đại học y khoa - các Hội đồng điều phối về giáo dục y tế (CCME) được thành lập và chịu trách nhiệm phê duyệt và phối hợp giáo dục y tế. Năm 1981, CCME đã bị bãi bỏ và thay thế bởi Hội đồng Kiểm định Giáo dục Y khoa tốt nghiệp (ACGME), có chức năng chủ yếu được giới hạn là kiểm định GME. Đồng thời, AMA hỗ trợ việc tạo ra các Hội đồng Kiểm định Giáo dục y tế liên tục (ACCME) để

công nhận các trường y tế, bệnh viện, và các hội chuyên ngành y tế như các nhà cung cấp giáo dục y tế tiếp tục được chứng nhận bởi AMA.

Kiểm định (Accreditation)

Ủy ban Quốc gia về đảm bảo chất lượng (NCQA)

Có một số cơ quan bên ngoài, bao gồm cả những cơ quan về quy định hỗ trợ quản lý chất lượng y tế và các nỗ lực kiểm định. Chúng tôi trình bày một bản tóm tắt của các cơ quan đó, cùng với những nỗ lực cải tiến chất lượng, hỗ trợ hàng đầu cho hệ thống chăm sóc sức khỏe an toàn hơn và hiệu quả hơn.

NCQA là một tổ chức tư nhân, 501(c)(3) phi lợi nhuận nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe. Từ khi thành lập vào năm 1990, NCQA là một nhân vật trung tâm trong việc thúc đẩy cải tiến toàn bộ hệ thống chăm sóc y tế và giúp đỡ để nâng cao vấn đề chất lượng chăm sóc sức khỏe vào trong top các hoạch định quốc gia. Phạm vi của chương trình đánh giá được cung cấp bởi NCQA là rộng và bao gồm kiểm định, chứng nhận, và các chương trình công nhận bác sĩ. Các chương trình này áp dụng cho các tổ chức, cá nhân khác nhau từ lập kế hoạch y tế: bao gồm cả tổ chức duy trì sức khỏe (health maintenance organizations - HMO) và các tổ chức cung cấp dịch vụ ưu tiên (preferred provider organizations - PPO) cho đến mạng lưới bác sĩ, nhóm y tế, và thậm chí các cá nhân bác sĩ.

Nhóm điều tra gồm các bác sĩ và các chuyên gia chăm sóc quản lý tiến hành quá trình khảo sát kiểm định của NCQA. Ngoài đánh giá tại chỗ, NCQA đòi hỏi phải nộp (và bao gồm trong quá trình chấm điểm công nhận) dữ liệu về các đo lường lâm sàng và dịch vụ chủ chốt như tỷ lệ sàng lọc vú X quang, nỗ lực cai thuốc lá và sự hài lòng của người tiêu dùng (HEDIS). Ấn phẩm hàng năm của NCQA, *State of Health Care Quality Report*, được biên để theo dõi và báo cáo về xu hướng thực hành theo thời gian, theo dõi các biến thiên trong mô hình chăm sóc, và để cung cấp các khuyến nghị cho cải tiến chất lượng trong tương lai.

Trong số những thành tựu đáng chú ý nhất chịu ảnh hưởng của đo lường, báo cáo và cải thiện chất lượng một cách hệ thống là sự gia tăng tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu cơ tim khi xuất viện được chỉ định dùng thuốc beta-blocker để phòng các cơn nhồi máu tim lần thứ hai, thường gây tử vong. Khi NCQA bắt đầu đo lường điều trị có khả năng cứu sống bệnh nhân năm 1996, ít hơn 2 trong số 3 bệnh nhân được nhận sự chăm sóc đúng. Nhưng trong năm 2006, hơn 97% bệnh nhân nhồi máu cơ tim nhận beta-blocker, và gần như mọi kế hoạch đã báo cáo tỷ lệ dùng beta-blocker 90% hoặc cao hơn. Cải tiến đơn giản này đã cứu sống từ 4400 đến 5600 mạng sống trong 6 năm qua, và cải thiện sức khỏe của hàng chục ngàn người. Đây là một ví dụ điển hình của một chương trình cải tiến chất lượng bên ngoài thành công, kéo dài 6 năm, gần như thống nhất được thông qua bởi các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe. Đáng chú ý, chỉ số đo lường này đã được gỡ bỏ khỏi bộ dữ liệu HEDIS và thay thế bằng đo lường tỷ lệ kiên trì điều trị.

Ủy ban kiểm định đánh giá sử dụng (Utilization Review Accreditation Commission-URAC)

Vào cuối những năm 1980, mối quan tâm càng ngày càng lớn về việc thiếu các tiêu chuẩn thống nhất về dịch vụ xem xét sử dụng (UR). Kết quả là, các URAC được thành lập và nhiệm vụ đầu tiên của nó là để nâng cao chất lượng và trách nhiệm của các tổ chức chăm sóc sức khỏe vốn sử dụng các chương trình xem xét sử dụng. Trong những năm sau đó, sứ mệnh của URAC mở rộng để bao gồm một phạm vi lớn các chức năng dịch vụ tìm thấy trong cơ sở chăm sóc sức khỏe khác nhau, bao gồm cả việc kiểm định các hệ thống tích hợp, chẳng hạn như chương trình y tế, và các tổ chức nhỏ hơn cung cấp dịch vụ chuyên khoa. Bây giờ, là năm thứ 14 hoạt động, URAC đã có hơn 16 chương trình kiểm định và chứng nhận.

URAC là cơ quan kiểm định lớn nhất về chăm sóc sức khỏe, và nó kiểm định nhiều loại hình tổ chức chăm sóc sức khỏe. URAC có một số chương trình kiểm định khác nhau - một số đánh giá toàn bộ tổ chức (ví dụ, tiêu chuẩn kế hoạch y tế) và một số tập trung vào chất lượng trong một khu vực chức năng duy nhất trong một tổ chức (ví dụ, quản lý hồ sơ). Bất kỳ tổ chức nào đáp ứng các tiêu chuẩn, bao gồm bệnh viện, HMO, PPO, các quản trị viên của bên thứ ba (TPAS), các trung tâm chăm sóc sức khỏe, kế hoạch y tế, mạng lưới y tế, và các nhóm nhà cung cấp, có thể tìm kiếm sự kiểm định về trường hợp và trong quản lý sử dụng sức khỏe, bao gồm cả đền bù cho người lao động, quản lý bệnh, giáo dục người tiêu dùng và chương trình hỗ trợ, mới thiết lập gần đây các tiêu chuẩn về các website sức khỏe, quyền riêng tư HIPAA, và các chương trình kiểm định an ninh.

Cải thiện chất lượng là một thành phần thiết yếu của một tổ chức chăm sóc sức khỏe hiệu quả. Tiêu chuẩn kiểm định của URAC yêu cầu các công ty được công nhận tham gia vào chương trình cải tiến chất lượng liên quan đến hoạt động kinh doanh của họ. Ngoài ra, các tổ chức chăm sóc sức khỏe thường được yêu cầu bởi người mua và nhà quản lý báo cáo về chất lượng chăm sóc. Các hoạt động nghiên cứu của URAC của giải quyết một số lĩnh vực ưu tiên của các công ty được công nhận bởi URAC. Nghiên cứu đang được tiến hành về an toàn bệnh nhân, quản lý y tế như là một phần của quản lý bệnh hoặc quản lý sử dụng, PPO, bồi thường lao động và tin học y tế. Trong tháng 1 năm 2005, URAC thêm chương trình thẩm định Giáo dục và Hỗ trợ người tiêu dùng (CES) để trao quyền cho người tiêu dùng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe định hướng bởi người tiêu dùng đang lớn dần. Kiểm định CES thừa nhận tính hữu ích của thông tin nói chung dựa trên Internet và nhấn tin có chủ đích để giúp người tiêu dùng lập kế hoạch sức khỏe và chọn lựa hành vi cá nhân tốt hơn. Trong tháng 1 năm 2006, URAC sửa đổi tất cả các tiêu chuẩn của mình cho các tổ chức quản lý chăm sóc sức khỏe bằng cách tạo một sự tập trung mạnh mẽ vào sự an toàn của bệnh nhân. Các tổ chức tìm kiếm kiểm định của URAC cho các chương trình quản lý y tế phải duy trì ít nhất hai dự án cải tiến chất lượng. Ít nhất một dự án như vậy phải tập trung vào người tiêu dùng, và một dự án khác phải tập trung vào việc giảm lỗi và/hoặc sự an toàn của bệnh nhân. Trong tháng mười năm 2007, URAC công bố nhóm đầu tiên của công ty để đạt được Kiểm định về lợi ích Được và quản lý được điều trị và lỗi trong dùng thuốc.

Ủy ban hỗn hợp (Joint Commission)

Ủy ban hỗn hợp là cơ quan kiểm định quốc gia đối với hầu hết các bệnh viện và một số các loại khác của các tổ chức cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Bệnh viện yêu cầu Ủy ban hỗn hợp đánh giá cho cơ sở mình phải chịu một khoản phí. Bởi vì kiểm định không được tự động gia hạn, một cuộc khảo sát kiểm định đầy đủ cần tiến hành ít nhất mỗi 3 năm. Năm 2004, Ủy

ban hỗn hợp bắt đầu sử dụng một quy trình kiểm định mới được gọi là Tầm nhìn chia sẻ - Con đường mới, nó thay đổi trọng tâm từ khâu chuẩn bị khảo sát sang một cải tiến liên tục của hệ thống hoạt động, trực tiếp ảnh hưởng đến chất lượng và an toàn của bệnh nhân. Quá trình kiểm định mới này bao gồm chú trọng tăng về đánh giá một cách định kỳ và về sự tham gia tích cực của các bác sĩ và những người chăm sóc khác, một cuộc khảo sát trên trang web tập trung vào các quá trình ưu tiên, và một đánh giá tại chỗ về sự tuân thủ các tiêu chuẩn liên quan đến trải nghiệm chăm sóc của bệnh nhân. Năm 2006, Ủy ban hỗn hợp bắt đầu tiến hành các cuộc điều tra kiểm định tại chỗ và các đánh giá chứng nhận trên cơ sở không báo trước.

Ủy ban hỗn hợp đánh giá và kiểm định gần 15.000 tổ chức, chương trình chăm sóc sức khỏe tại Mỹ. Các lĩnh vực bao gồm chăm sóc chung, cấp cứu, bệnh viện nhi cũng như các tổ chức tâm thần hay hồi phục chức năng. Ủy ban hỗn hợp cũng kiểm định các dịch vụ thiết bị y tế, các bệnh xá, và các tổ chức chăm sóc tại gia khác, cũng như các nhà dưỡng lão và các cơ sở chăm sóc dài hạn. Cuối cùng, Ủy ban hỗn hợp cũng điều tra các trung tâm phẫu thuật và các nhà cung cấp lưu dịch vụ động khác, bao gồm cả thực hành nhóm và các phòng thí nghiệm độc lập.

Để đánh giá sự an toàn và chất lượng chăm sóc được cung cấp bởi các tổ chức chăm sóc sức khỏe đã được công nhận, mỗi năm Ủy ban hỗn hợp thiết lập các mục tiêu an toàn bệnh nhân quốc gia, trong đó có những yêu cầu cụ thể để bảo vệ bệnh nhân. Những thay đổi về các mục tiêu năm 2007 là bệnh nhân làm trung tâm, và trong năm 2008 là Hội đồng quản trị phê duyệt những thay đổi mới về an toàn thuốc và bệnh nhân (Bảng 8-1).

Laschober và cộng sự nhận thấy rằng các bệnh viện lớn được kiểm định bởi Ủy ban hỗn hợp có nhiều cân nhắc để thực hành các hướng dẫn và chia sẻ nội bộ các kết quả đo lường chất lượng và đang gia tăng đầu tư vào các dự án nâng cao chất lượng, con người, và các hệ thống để tăng ghi nhận, dữ liệu về chăm sóc. Tại phòng khám Cleveland, Michota thu hẹp khoảng cách giữa bằng chứng và thực hành trong dự phòng huyết khối tĩnh mạch (VTE) bằng cách sử dụng một chương trình cải tiến chất lượng, thực hiện các tiêu chuẩn xác nhận bởi Diễn đàn chất lượng quốc gia và Ủy ban hỗn hợp, và xác định các tính năng chính của một chiến lược cải thiện thành công để phòng chống VTE. Tuy nhiên, tổng quan của Leonard và đồng nghiệp về các bệnh viện quốc gia so sánh các trang web, bao gồm cả trang web của Ủy ban hỗn hợp, cho thấy “đo lường dưới mức tối ưu về chất lượng và các kết quả không thống nhất” – điều này có thể một phần là do thiếu các dữ liệu hoàn chỉnh và cập nhật.

BẢNG 8-1 Thay đổi gần đây về mục tiêu quốc gia về an toàn bệnh nhân

Mục tiêu quốc gia về an toàn bệnh nhân năm 2007	Mục tiêu quốc gia về an toàn bệnh nhân năm 2008
<ul style="list-style-type: none"> • Các danh sách đầy đủ của các loại thuốc được cung cấp cho bệnh nhân khi xuất viện. • Khuyến khích bệnh nhân tham gia tích cực trong việc tự chăm sóc như một chiến lược an toàn cho bệnh nhân. • Xác định và trao đổi về các phương tiện cho 	<ul style="list-style-type: none"> • Giảm khả năng gây hại cho bệnh nhân kết hợp với việc sử dụng các thuốc chống đông máu. • Nâng cao nhận thức và phản ứng với những thay đổi về tình trạng của bệnh

bệnh nhân và gia đình của họ để báo cáo mối quan ngại về sự an toàn và khuyến khích họ báo cáo.	<p>nhân.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Đo lường và đánh giá, và, nếu thích hợp, hành động để cải thiện kịp thời báo cáo và nhận tin cho người chăm sóc được cấp được cấp phép có trách nhiệm về kết quả kiểm tra và các giá trị quan trọng.
---	---

Adapted from: The Joint Commission. National Patient Safety Goals. <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals>. Accessed May 31, 2008.

Ủy ban hỗn hợp phát triển các chính sách về các *sự cố nghiêm trọng (Sentinel Event)* để hỗ trợ sứ mệnh của mình trong cải thiện an toàn chăm sóc sức khỏe. Một sự cố nghiêm trọng được định nghĩa là "một sự xuất hiện bất ngờ liên quan đến tử vong hoặc bị tổn thương về thể chất hoặc tâm lý nghiêm trọng, hoặc có nguy cơ dẫn đến những hậu quả như thế", bao gồm cả tử vong bất ngờ hoặc mất của chức năng nặng không liên quan đến tình trạng bệnh của bệnh nhân. Một khi một sự cố nghiêm trọng đã xảy ra, tổ chức sức khỏe phải thực hiện một phân tích chi tiết hệ thống, chẳng hạn như một phân tích gốc-nguyên nhân (root-cause analysis), để đánh giá lại thực hành thất bại của cơ sở dẫn đến sự cố đó và để bắt đầu một kế hoạch hành động. Ủy ban hỗn hợp có thể bắt đầu tự điều tra sự cố nghiêm trọng trong các trường hợp có mối đe dọa liên tục hoặc không tuân thủ của cơ sở chăm sóc sức khỏe. Công cụ cải tiến chất lượng này là cơ sở cho việc cập nhật hàng năm và những thay đổi về mục tiêu quốc gia về an toàn bệnh nhân của Ủy ban.

Các tiêu chuẩn về nhân viên y tế năm 2007 của Ủy ban hỗn hợp thay đổi quá trình đánh giá ngang hàng (peer review) bằng cách *đánh giá tập trung (focused evaluation)* (Nhân viên y tế [MS].4.30), đánh giá tăng cường về chứng chỉ và năng lực của các nhà thực hành áp dụng cho các ứng viên mới cho các vị trí nhân viên y tế và với các học viên thể hiện thực hành kém. Các bệnh viện phải xác nhận với các nguồn dữ liệu sơ cấp bắt buộc về đào tạo, kiến thức, kỹ năng và năng lực của các ứng cử viên thực hành. Nó cũng có thể liên quan đến việc đánh giá thực hành của cán bộ thông qua theo dõi của một nhà thực hành ngang hàng (peer practitioner). *Đánh giá liên tục (ongoing evaluation)* (MS.4.40) vượt xa hơn những đánh giá ngang hàng truyền thống ở chỗ nó áp dụng cho các học viên đã được cấp đặc quyền, bằng cách yêu cầu kết quả và dữ liệu thực hành đáng tin cậy. Những đánh giá này sẽ được thực hiện ít nhất mỗi 2 năm cho tất cả các nhân viên y tế - người phải trải qua một đánh giá thực hành để cấp chứng chỉ lại và gia hạn các đặc quyền điều trị.

Các nhóm Leapfrog

Trong tháng 11 năm 2000, một số nhà tuyển dụng lớn và người mua công thành lập nhóm Leapfrog (nhóm đi tắt đón đầu) trong một nỗ lực để thống nhất tiếng nói của người mua dịch vụ chăm sóc sức khỏe và để thu hút người tiêu dùng và các bác sĩ trong việc cải thiện chăm sóc sức khỏe. Nó phát triển phương thức này với nhiều tập đoàn lớn nhất của quốc gia và hợp tác với các cơ quan công, chẳng hạn như CMS, Văn phòng Quản lý nhân sự Mỹ, và Bộ Quốc

phòng. Các nhóm Leapfrog bao gồm hơn 160 người mua khu vực tư nhân và công, cùng mua lợi ích cho hơn 37 triệu người Mỹ cho tất cả 50 bang.

Nhiệm vụ của nhóm Leapfrog là "thúc đẩy mạnh mẽ về an toàn, chất lượng và khả năng chi trả của chăm sóc sức khỏe." Bốn thực hành chất lượng và an toàn bệnh viện là trọng tâm của chương trình đánh giá bệnh viện của Leapfrog (Bảng 8-2).

Ngày nay, nhóm Leapfrog thu thập số liệu bệnh viện từ 1300 bệnh viện, bao gồm hơn 58% tổng số giường bệnh. (Xếp hạng bệnh viện có sẵn trên trang web của họ.) Các kết quả của một cuộc khảo sát được phát hành vào tháng 9 năm 2007 cho thấy hơn một nửa (52%) các bệnh viện Mỹ báo cáo với Leapfrog cho thấy họ đã thông qua chính sách Sự cố không bao giờ xảy ra của Leapfrog (Leapfrog Never Events). Những bệnh viện này cam kết xin lỗi bệnh nhân và/hoặc gia đình trong trường hợp có sự cố về lỗi y khoa hiếm gặp. Họ cũng đồng ý báo cáo sự cố, thực hiện một phân tích gốc-nguyên nhân, và chịu tất cả các chi phí liên quan đến sự cố gây hại. Đây là một ví dụ tốt về sự ảnh hưởng của một tổ chức CLCL bên ngoài vào việc nâng cao chất lượng và an toàn của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Tổ chức tiêu chuẩn quốc tế (International Organization for Standardization-ISO)

Tổ chức Tiêu chuẩn Quốc tế (ISO) là nhà phát triển và nhà xuất bản các tiêu chuẩn quốc tế lớn nhất thế giới và bao gồm một mạng lưới các viện tiêu chuẩn quốc gia của 155 nước. Phần lớn các tiêu chuẩn ISO là cụ thể cho một quá trình hoặc ngành công nghiệp nhất định; tuy nhiên, tiêu chuẩn ISO 9001 là giành riêng cho chất lượng, tuy nhiên, là một "Hệ thống quản lý tiêu chuẩn chung", có nghĩa là cùng một tiêu chuẩn có thể được áp dụng cho bất kỳ tổ chức, lớn hay nhỏ, trong bất kỳ ngành nào, và bất kỳ doanh nghiệp, cơ quan chính phủ, hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe.

Bảng 8-2 Thực hành Chất lượng và An toàn của Leapfrog

CPOE	Nhập đơn thuốc qua máy tính, liên quan đến phần mềm phòng lỗi do kê đơn.
EHR	Chuyển viện dựa theo bằng chứng, bệnh viện với nhiều kinh nghiệm, kết quả tốt nhất.
IES	Nhân sự ICUs với các bác sĩ được đào tạo đặc biệt trong y học chăm sóc tăng cường.
Điểm	Diễn đàn Chất lượng Quốc gia thông qua 30 Thực hành an toàn để giảm nguy cơ gây hại.

Adapted from: The Leapfrog Group. Fact Sheet.
http://www.leapfroggroup.org/about_us/leapfrog-factsheet. Accessed July 28, 2008.

ISO 9001: 2000, hệ thống quản lý chất lượng hàng đầu thế giới, cung cấp các yêu cầu thực tế mà một tổ chức phải tuân thủ. Các tiêu chuẩn là rất chung chung và linh hoạt và được áp dụng cho tất cả các tổ chức chăm sóc sức khỏe, bất kể quy mô hoặc tiểu khu vực. ISO 9001: 2000 có thể thúc đẩy sự cải tiến trong quá trình chăm sóc, giảm chi phí, và mang lại hiệu quả. Mục tiêu của tiêu chuẩn ISO tập trung vào cải thiện chất lượng sản phẩm và độ tin cậy với sự tuân thủ các tiêu chuẩn sản xuất an toàn và sức khỏe, hiệu quả-chi phí, và giảm lãng phí. ISO 9001

là một khuôn khổ hữu ích để đánh giá và nâng cao chất lượng và vận hành trong một tổ chức chăm sóc sức khỏe.

Nếu một nhà cung cấp chăm sóc y tế được chứng nhận đạt ISO 9001, bất kỳ quá trình khảo sát khác về các chứng nhận chất lượng chăm sóc sức khỏe sẽ được đơn giản hơn nhiều và ít tốn kém cả về quá trình chuẩn bị và chứng minh về độ tuân thủ. Cấp giấy chứng nhận ISO giúp cải thiện việc lưu tài liệu và hồ sơ, trong khi tập trung vào chăm sóc bệnh nhân, sự hài lòng và an toàn của bệnh nhân. Trong khi ISO không có ý định thay thế Ủy ban Hỗn hợp, URAC, NCQA, hoặc CMS, nó làm cho quá trình thực hành tuân thủ quản lý dễ dàng hơn, ít tốn thời gian, và ít chi phí hơn. Các tiêu chuẩn quốc tế mà có sẵn cho các ngành công nghiệp chăm sóc sức khỏe được hiển thị trong Bảng 8-3.

BẢNG 8-3 Tiêu chuẩn quốc tế hiện có về chăm sóc sức khỏe	
TC 215 Tin Học Y Tế	Thông tin Y tế / Công nghệ Truyền thông
TC 76 Truyền	Truyền / Thiết bị tiêm / Bình chứa và lọ
TC 150 Cấy ghép	Cấy ghép phẫu thuật / Instrumentation / Thuật ngữ
TC 210 Quản lý chất lượng	Thiết bị y tế / Yêu cầu / Hướng dẫn

Adapted from: International Organization for Standardization Website.
http://www.iso.org/iso/standards_development/technical_committees/list_of_iso_technical_committees.htm. Accessed July 29, 2008.

Tạo hồ sơ cá nhân (profiling)

Tạo hồ sơ cá nhân của bác sĩ là một quá trình trong đó các bác sĩ được đánh giá về các biện pháp và các tiêu chuẩn về chất lượng chăm sóc và chi phí hiệu quả. Tạo hồ sơ cá nhân như vậy dựa trên thực hành ngày càng tăng của việc tạo ra các hồ sơ y tế điện tử. Ban đầu chỉ lưu trên giấy tờ, sau đó hồ sơ của các bệnh nhân, các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc, và những người chăm sóc khác đang được tổng hợp trong các kho dữ liệu số khổng lồ, mặc dù hầu hết các hồ sơ cá nhân vẫn được thực hiện bằng cách sử dụng cơ sở dữ liệu về kế hoạch y tế cá nhân của các bác sĩ. Các nhà phân tích đánh giá hiệu quả chi phí bằng cách nhìn vào các yếu tố như bao nhiêu và những loại kiểm tra nào/thăm khám nào đã được tiến hành. Chụp cộng hưởng từ đã được chỉ định để đánh giá chứng đau nửa đầu hay chưa? Hoặc thuốc này có phù hợp với chẩn đoán đó? Các bác sĩ sau đó được đánh giá so với các đồng nghiệp trong cùng một cộng đồng, cùng loại bệnh nhân và bệnh tật, và so với các hướng dẫn thực hành lâm sàng.

Một số kế hoạch y tế tư nhân đã cố gắng để kiểm soát sự thay đổi lớn trong thực hành giữa các bác sĩ để giảm chi tiêu, hoặc bằng cách ảnh hưởng đến sự lựa chọn của bệnh nhân về bác sĩ hoặc bằng cách hạn chế sử dụng nguồn lực/tài nguyên của bác sĩ. Một cách tiếp cận là giảm đồng thanh toán cho các bác sĩ có chi phí thấp hơn. Bệnh nhân cũng có thể chọn bác sĩ của họ dựa trên các bảng xếp hạng công khai về cách thức sử dụng và cường độ của các phương pháp điều trị những bệnh nhân này. Phản hồi mật cho các bác sĩ đã được sử dụng bởi các tổ chức chăm sóc được quản lý để giáo dục các bác sĩ, để sửa đổi cách thức họ thực hành, và cuối cùng là để giảm chi phí chăm sóc. Thực hành hiệu quả cao hơn sẽ được khen thưởng về tài chính và lợi nhuận từ các kế hoạch chăm sóc được chi trả dựa theo hiệu quả.

Lập hồ sơ theo đầu người và giai đoạn có thể mang lại những thông tin đặc biệt hữu ích khi kết hợp những thông tin này lại với nhau. Điều này được minh họa bằng phân tích của Ủy ban Tư vấn Chi trả của Medicare (MedPAC). Khi chi phí của giai đoạn bệnh thấp hơn, các bác sĩ có thể sẽ chi tiêu bình quân đầu người cao hơn; tuy nhiên, bởi vì họ có nhiều khả năng để xác định bệnh nhân là có bệnh hay không nên kết quả là nhiều giai đoạn bệnh được xác định hơn. Dựa theo phân tích MedPAC, ví dụ, bệnh nhân tại Miami bị bệnh động mạch vành trung bình có 3 giai đoạn khởi phát bệnh, so với khoảng 2 giai đoạn khởi phát bệnh ở Minneapolis. Hàm ý của những phát hiện này, theo phân tích, là bác sĩ ở Minneapolis sử dụng một phong cách chăm sóc chuyên sâu hơn cho bệnh nhân nhiều khả năng cần điều trị bệnh.

Dumit viết trên số ra tháng 9 năm 2007 của Diễn đàn Chính sách y tế quốc gia mà CMS đang hướng tới các kế hoạch tham gia vào việc tạo hồ sơ cá nhân trước tiên, với một báo cáo phản hồi ban đầu cho bác sĩ. Sự kháng cự được dự đoán sẽ đến từ các bác sĩ, trong khi biên dịch dữ liệu và điều chỉnh hồ sơ của họ. Dumit nói rằng:

“Trong khi rất ít người không đồng ý với quan điểm rằng các nhà cung cấp nên hoạt động hiệu quả trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, chỉ vài người sẽ đồng ý về dịch vụ gì nên được loại bỏ để cải thiện hiệu quả. Trừ khi một nỗ lực tạo hồ sơ cá nhân chiếm vị trí đầy đủ để giải thích cho sự khác biệt giữa các bệnh nhân và kết quả, nếu không nó sẽ bị chỉ trích như là hành động nhắm mục tiêu không phù hợp vào các bác sĩ đặc biệt hoặc bệnh nhân có chi phí điều trị cao.”

Dumit cho biết thêm:

“Trừ khi các dữ liệu đã cho thấy phản ánh chính xác tình hình thực hành của bác sĩ, họ sẽ bị mất uy tín một cách không công bằng. Mỗi vấn đề phương pháp luận tự nó là một rào cản. Với nỗ lực liên tục của chương trình Medicare để hạn chế tăng trưởng trong chi tiêu và bằng chứng về thực hành không hiệu quả, tuy nhiên, những nỗ lực để khắc phục những rào cản này có thể chỉ thu được những lợi ích về lâu dài. Tham gia Medicare sẽ là chất xúc tác quan trọng để các công cụ dữ liệu và phương pháp có thể mang lại lợi ích cho mỗi người trong hệ thống chăm sóc sức khỏe.”

Điều chỉnh rủi ro vẫn còn là một trở ngại khó khăn, đặc biệt là liên quan đến việc lựa chọn sự phân bổ rủi ro và phương pháp tiếp cận thống kê ảnh hưởng đến hồ sơ cá nhân của bác sĩ.

Trong so sánh thực hành của các nhóm bác sĩ về sự hài lòng của bệnh nhân với việc chăm sóc bệnh hen suyễn, Huang và cộng sự nhận thấy sử dụng các biến về nhân khẩu học xã hội, lâm sàng, và tình trạng sức khỏe tối đa hóa mô hình thực hành điều chỉnh theo rủi ro. "Lựa chọn các yếu tố điều chỉnh nguy cơ ảnh hưởng nhiều hơn lên các hồ sơ cá nhân xếp hạng hơn so với sự lựa chọn các chiến lược thống kê." Cuối cùng, Thomas và cộng sự xác định sự kết hợp không thống nhất của phương pháp outlier và quy tắc phân bổ giai đoạn để xác định các bác sĩ chi phí cao và không hiệu quả.

Dữ liệu và chuỗi thông tin về hiệu quả chăm sóc sức khỏe (HEDIS)

HEDIS là một công cụ được sử dụng bởi hơn 90% các kế hoạch y tế của Mỹ để đo lường hiệu suất trên các khía cạnh quan trọng về chăm sóc và dịch vụ. Kế hoạch điểm-của-dịch vụ (Point-of-Service: POS) và HMO có một lịch sử lâu dài về báo cáo số liệu về chất lượng; tuy nhiên, một số lượng lớn tăng các PPO cũng được báo cáo về chất lượng chăm sóc mà họ cung cấp để đáp lại lời kêu gọi của NCQA, vào năm 2005, để báo cáo tự nguyện dữ liệu HEDIS. HEDIS làm cho dữ liệu hiệu suất của các chương trình y tế khác nhau có sẵn cho người mua dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cho phép họ có thể khách quan và quyết định về bảo hiểm của họ.

Các biện pháp HEDIS giải quyết một loạt các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, như được báo cáo trong Báo cáo chất lượng chăm sóc y tế năm 2007:

- Sử dụng các loại thuốc thích hợp cho những người bị hen suyễn
- Quản lý cho bệnh nhân bị bệnh tim mạch
- Kiểm soát huyết áp cao
- Quản lý thuốc chống trầm cảm
- Ung thư vú, cổ tử cung, đại trực tràng và
- Chăm sóc bệnh tiểu đường toàn diện

Những báo cáo gần mới nhất phát hiện một "đột biến" trong báo cáo chất lượng, đặc biệt là ở PPO. Nói kế hoạch HMO và POS. Như báo cáo trước đó trong chương này (xem phần về NCQA), thực hiện liên quan đến điều trị chẹn beta là rất tốt, gần 90% hoặc cao hơn. Báo cáo cũng đề cập đến sự thực hành yếu kém của các kế hoạch tư nhân tham gia vào Medicare, chúng chứng minh sự cải thiện trong chỉ 8 trong số 21 biện pháp về hiệu quả chăm sóc. Các đo lường về điều trị bệnh tâm thần thể hiện ít cải tiến hơn qua dữ liệu của nhiều năm, cho thấy nhu cầu khẩn cấp về đánh giá chính sách về điều trị sức khỏe tâm thần và kế hoạch hoàn trả.

Bao gồm trong HEDIS là khảo sát Đánh giá người tiêu dùng về các nhà cung cấp và hệ thống (CAHPS) 4.0, đó là một công cụ để thu thập và báo cáo thông tin về trải nghiệm của người tiêu dùng và bệnh nhân với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Các đo lường CAHPS về trải nghiệm của người tiêu dùng, như được báo cáo trong Tình trạng về chất lượng chăm sóc sức khỏe năm đó, bao gồm các bước sau:

- Quá trình xử lý yêu cầu
- Nhận chăm sóc một cách nhanh chóng
- Nhận chăm sóc cần thiết
- Các bác sĩ giao tiếp tốt như thế nào
- Đánh giá các dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- Đánh giá các chương trình sức khỏe
- Đánh giá các cá nhân bác sĩ
- Đánh giá các chuyên gia

Năm 2008, cuộc điều tra sẽ báo cáo về kinh nghiệm về kế hoạch y tế của các thành viên Medicaid và thương mại.

Baldrige

Đạo luật Cải thiện chất lượng quốc gia Malcolm Baldrige năm 1987 được ký bởi Tổng thống Reagan, thiết lập chương trình và làm cho chất lượng trở thành một ưu tiên quốc gia.

Ngày nay, Chương trình chất lượng quốc gia Baldrige được mô hình tại hơn 40 quốc gia, châu Âu, và các nước Viễn Đông. Các tiêu chuẩn Baldrige về thực hiện xuất sắc được sử dụng rộng rãi như là một công cụ đánh giá và cải thiện. Năm 1999, các mục về giáo dục và chăm sóc sức khỏe đã được thêm vào ba mục ban đầu về sản xuất, dịch vụ và doanh nghiệp nhỏ. Trong năm 2007, một mục phi lợi nhuận đã được bổ sung. Qua năm 2005, 68 giải thưởng được lựa chọn trao giải cho 5 mục, bao gồm năm tổ chức chăm sóc sức khỏe.

Những tiêu chí chăm sóc sức khỏe Baldrige được thiết kế để giúp tổ chức sử dụng một cách tiếp cận tích hợp để quản lý hiệu quả tổ chức, để đạt các mục tiêu tìm thấy trong Bảng 8-4. Chu kỳ 2008 phản ánh mối quan tâm nhiều hơn đến từ các ngành công nghiệp chăm sóc sức khỏe, với gần 50% các ứng viên đến từ các tổ chức chăm sóc sức khỏe.

Những tiêu chí Baldrige được thể hiện trong các giá trị và các khái niệm cốt lõi. Chúng được áp dụng cho các tổ chức hiệu suất cao – chúng lồng ghép hoạt động thực hành và yêu cầu hoạt động quan trọng trong khuôn khổ theo định hướng kết quả, tạo cơ sở cho hành động và phản hồi. Mỗi đợt được xem xét và chấm điểm bằng sự đồng thuận về hệ thống giá trị điểm. Mỗi tổ chức nhận báo cáo phản hồi chi tiết dựa trên đánh giá độc lập bên ngoài được thực hiện bởi một nhóm được đào tạo đặc biệt và các chuyên gia nổi tiếng. Những tiêu chí chăm sóc sức khỏe năm 2008 và các mục được hiển thị trong Bảng 8-5.

Bảng 8-4 Tiêu chí chăm sóc sức khỏe về các mục tiêu thực hành xuất sắc	
<ul style="list-style-type: none"> • Chất lượng chăm sóc sức khỏe được cải thiện • Tính bền vững tổ chức được cải thiện • Hiệu quả tổ chức được cải thiện • Khả năng tổ chức được cải thiện • Học tập tổ chức được cải thiện 	<ul style="list-style-type: none"> • Cung cấp giá trị cho các bệnh nhân • Cung cấp giá trị cho khách hàng • Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hiệu quả hơn • Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có khả năng hơn • Học tập của cán bộ được cải thiện

Adapted from: Baldrige National Quality Program. 2008 Health Care Criteria for Performance Excellence. <http://www.baldrige.nist.gov>. Accessed May 31, 2008.

Bảng 8-5 Tiêu chí chăm sóc sức khỏe cho danh sách các mục thực hành xuất sắc		
Tiêu chí	Danh sách các mục	Điểm giá trị
1. Lãnh đạo	1.1.Lãnh đạo cấp cao	70
	1.2.Quản trị và trách nhiệm xã hội	50
2. Lên kế hoạch chiến lược	2.1. Phát triển chiến lược	40
	2.2. Sử dụng chiến lược	45
3. Tập trung vào bệnh nhân, khách hàng và thị trường	3.1. Kiến thức về bệnh nhân, khách hàng và thị trường	40
	3.2. Mối quan hệ và sự hài lòng của bệnh nhân	45
4. Phân tích và quản lý kiến thức	4.1. Đo lường và phân tích thực hành tổ chức	45
	4.2. Quản lý công nghệ thông tin	45

5. Tập trung vào lực lượng lao động	5.1. Sự tham gia của lực lượng lao động	45
	5.2. Môi trường của lực lượng lao động	40
6. Quản lý quá trình	6.1. Thiết kế hệ thống làm việc	35
	6.2. quản lý và cải thiện quá trình làm việc	50
7. Kết quả	7.1. Kết quả chăm sóc y tế	100
	7.2 Kết quả tập trung vào bệnh nhân	70
	7.3. Kết quả tài chính và thị trường	70
	7.4. Kết quả tập trung vào lực lượng lao động	70
	7.5. Kết quả về hiệu quả của quá trình	70
	7.6. Kết quả về lãnh đạo	70
		Tổng: 1000

Mục 5, 6 đã được thiết kế lại.

Adapted from: Baldrige National Quality Program. 2008 Health Care Criteria for Performance Excellence. <http://www.baldrige.nist.gov>. Accessed May 31, 2008.

Các tiêu chí về thực hành xuất sắc nhấn mạnh cải thực hành liên tục, đổi mới và kết hợp các quá trình và kết quả. Tiêu chí Baldrige, Lean và Six Sigma bổ sung lẫn nhau; nhiều tổ chức sử dụng Baldrige để phát triển một bản đồ thực hành tổng thể để xác định khu vực cần cải tiến, sau đó sử dụng Six Sigma, Lean, hoặc cả hai để thiết kế các hoạt động hoặc các quy trình cải thiện trong tổ chức.

Quá trình Baldrige là một hệ thống tự nguyện để cải thiện chất lượng bên ngoài. Tiêu chí chăm sóc sức khỏe của nó được xây dựng xung quanh việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm bởi các lực lượng lao động mạnh có tầm nhìn lãnh đạo. Nó hướng tới tương lai với tập trung vào kết quả và tạo ra giá trị và cải tiến trong quá trình và kết quả chăm sóc sức khỏe. Bệnh viện nhận giải thưởng Baldrige 2005 trong chăm sóc sức khỏe là bệnh viện Bronson Methodist ở Kalamazoo, Michigan, và người chiến thắng năm 2006 là Trung tâm y tế Bắc Mississippi, một hệ thống cung cấp chăm sóc sức khỏe phi lợi nhuận phục vụ 24 quận nông thôn ở Đông Bắc Mississippi và phía tây bắc Alabama. Vào ngày 20 tháng 11 năm 2007, Tổng thống Bush và Bộ trưởng Thương mại Gutierrez đã thông báo rằng năm tổ chức nhận các giải thưởng Malcolm Baldrige National Quality năm 2007, giải thưởng danh dự của tổng thống cao nhất của quốc gia giành cho tổ chức thực hành xuất sắc. Hai tổ chức đó là: Hệ thống y tế Mercy ở Janesville, Wisconsin, và Chăm sóc sức khỏe Sharp tại San Diego, California.

NGHIÊN CỨU TÌNH HUỐNG •••

Nội xét Baldrige

Nghiên cứu trường hợp này được điều chỉnh cho thích hợp từ Viện Tiêu chuẩn và Công nghệ, Cục Quản lý Công nghệ, Sở Thương mại, Chương trình Chất lượng Quốc gia Baldrige: Trung tâm Y tế Cộng đồng Arroyo Fresco. Nghiên cứu trường hợp đầy đủ có sẵn tại: <http://www.quality.nist.gov/Arroyo.htm>. *Xin lưu ý:* Đây là một ứng cử viên giả thuyết (Hệ thống Y tế AF) được sử dụng cho các bài tập đào tạo Baldrige.

Chữ viết tắt được sử dụng trong các tình huống giả định:

- AF: Arroyo Fresco, đây là từ tiếng Tây Ban Nha có nghĩa là "mát mẻ, dòng chảy suối."
- CHCs: (Community Health Centers) Các trung tâm y tế cộng đồng là các tổ chức sở hữu bởi cộng đồng, phi lợi nhuận, giống như AF - nó cung cấp các dịch vụ sơ cấp và phòng ngừa để phân đầu để cải thiện khả năng tiếp cận và khắc phục sự khác biệt về y tế bất kể khả năng chi trả của người dân.
- CM: (Clinical microsystem) là một nhóm nhỏ các nhà cung cấp cùng với các bệnh nhân, quy trình, hệ thống thông tin, và thông tin. Các yếu tố của một CM là phụ thuộc lẫn nhau và chia sẻ một mục đích chung.
- VMV: Tầm nhìn, sứ mệnh và giá trị.
- Takt Time: Tốc độ đầu ra hoặc cung cấp dịch vụ cần thiết để đáp ứng nhu cầu khách hàng.

(A) Câu hỏi từ Tiêu chí chăm sóc sức khỏe về Thực hành xuất sắc 2006 Mục 4.1

4.1 Đo lường, phân tích và đánh giá về Thực hành tổ chức: Làm thế nào

Để bạn đo lường, phân tích và đánh giá thực hành tổ chức? (45 điểm).

Mô tả *cách thức* tổ chức bạn đo lường, phân tích, sắp xếp, đánh giá và cải thiện *thực hành* như là một nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe ở mọi *cấp độ* và trong tất cả các bộ phận của tổ chức của bạn.

Trong câu trả lời của bạn, bao gồm các câu trả lời cho các câu hỏi sau:

a. Đo lường hiệu suất

(1) Làm thế nào để bạn chọn, thu thập, sắp xếp và tích hợp dữ liệu và thông tin để theo dõi hoạt động hàng ngày và kiểm tra *thực hiện* tổng thể của tổ chức, bao gồm cả tiến độ liên quan đến *mục tiêu chiến lược* và *kế hoạch hành động*? Những *đo lường thực hiện* tổ chức quan trọng của bạn là gì? Làm thế nào để bạn sử dụng các dữ liệu và thông tin này để hỗ trợ việc ra quyết định tổ chức và *đổi mới* như là một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe?

(2) Làm thế nào để bạn chọn và bảo đảm sử dụng *có hiệu quả* các dữ liệu và thông tin so sánh *quan trọng* để hỗ trợ việc đưa ra quyết định chiến lược và hoạt động và *đổi mới*?

(3) Làm thế nào để bạn giữ cho hệ thống đo lường *thực hiện* khớp với *nhu cầu* và phương hướng chăm sóc sức khỏe nhu cầu dịch vụ và phương hướng? Làm thế nào để bạn đảm bảo rằng hệ thống đo lường *thực hiện* là nhạy với những thay đổi tổ chức và bên ngoài nhanh chóng?

(B) Trả lời bằng văn bản cho ứng viên giả định mục 4.1: Hệ thống Y tế AF

Đo lường thực hiện [Mục 4.1a]

Chọn, thu thập, sắp xếp và tổng hợp dữ liệu [Mục 4.1a (1)]:

Một yếu tố quan trọng của đo lường, phân tích và đánh giá của AF về thực hiện tổ chức là bảng điểm FOCUS tự động, nó sử dụng một ứng dụng phần mềm bảng điểm cân bằng đã được thương mại hóa tùy chỉnh để phản ánh những đo lường quan trọng cần thiết của AF để theo dõi hoạt động hàng ngày và thực hiện tổ chức tổng thể. Là một phần của quá trình lập kế hoạch chiến lược, một nhóm liên địa điểm đại diện cho tất cả các CM và các nhóm chức năng (cách gọi trù mên gọi là "Tài liệu Dữ liệu") xem xét các dữ liệu thực hiện năm trước so với VMV và mục tiêu chiến lược của AF. Roger Sinclair dẫn đầu nhóm nghiên cứu, đánh giá mỗi

thước đo về khả năng cung cấp thông tin kịp thời, và ông ấy giúp nhóm xác định bất kỳ đo lường được yêu cầu hoặc khuyến cáo của một tổ chức nhà nước hoặc quốc gia, chẳng hạn như rửa tay và các biện pháp an toàn khác theo yêu cầu của Ủy ban Hỗn hợp. Tạo ra các liên chức năng của “Tài liệu dữ liệu” đảm bảo rằng các dữ liệu thu thập cho các nhóm chức năng phù hợp với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cung cấp bởi các CM, và đại diện rộng rãi của nhóm nghiên cứu cũng dẫn đến các phương pháp tiếp cận sáng tạo để đo lường. Ví dụ, trong năm 2004, một số biện pháp kết hợp với Lean đã được thêm vào để theo dõi chu kỳ thời gian trong một số quy trình lâm sàng, và tính toán Takt Time giúp thiết kế trôi chảy lịch hẹn.

Các nhóm lãnh đạo cao cấp đánh giá và phê duyệt tất cả các chỉ số hoạt động tổ chức chính, vốn là một phần của bảng điểm FOCUS của AF. Mỗi nhóm CM có thể thêm một số đo lường tùy chỉnh để theo dõi thực hiện với các dịch vụ cụ thể mà nó cung cấp hoặc để phản ánh các nhu cầu đặc biệt của các nhóm bệnh nhân của mình. Tuy nhiên, tất cả các nhóm CM theo dõi các đo lường trong hệ thống đo lường, chẳng hạn như thực hiện với điều trị suy tim sung huyết, tỷ lệ tiêm chủng, và các biện pháp chăm sóc y tế dự phòng. Hình ảnh dưới đây liệt kê một số các đo lường tổ chức thực hiện quan trọng được tìm thấy trên bảng điểm FOCUS. Mặc dù không được trình bày trong mục này do hạn chế về không gian, hầu hết các biện pháp được chia nhỏ xuống thành nhiều phân đoạn có liên quan, chẳng hạn như độ tuổi, dân tộc, giới tính, vị trí, tình trạng lâm sàng, loại nhân viên, và nhóm CM.

Mục tiêu chiến lược của FOCUS của AF				
Mục tiêu chiến lược (Hình 2.1-2)	Kế hoạch hành động liên quan	Đo lường mẫu	Trách nhiệm*	Hình
Hoạt động tài chính Tăng thu nhập ròng bằng cách giảm chi phí tổng thể để phục vụ thông qua việc giảm chi phí hành chính và bệnh nhân gián tiếp.	Nâng cao tỷ suất hoàn vốn trong các đơn vị lâm sàng. Cải thiện mức thu.	RVU trên mỗi giá trị tài sản ròng Tỷ lệ thu	O, C O	&.3-4 7.3-2-7.3-3
Học về tổ chức Hãy tận dụng các nguồn lực bên trong và bên ngoài có sẵn để lấp đầy những khoảng trống về lực lượng lao động.	Cung cấp nhân viên hiện tại thời gian và nguồn lực để mở rộng các kỹ năng của họ. Cung cấp các cơ hội học tập trực tuyến/trả lương cho thời gian để học tập/nghiên cứu. Chủ động tuyển dụng và đào tạo tình nguyện viên với các kỹ năng đích, đặc biệt các chuyên gia chăm sóc sức khỏe về hưu trong khu vực. Đẩy mạnh đăng ký vào các chương trình phát triển về nghề nghiệp chăm sóc sức khỏe. Tăng kinh phí tài trợ cho đào tạo và học bổng.	Tỷ lệ thông thạo của nhân viên Tỷ lệ thông thạo của tình nguyện viên tỷ lệ nhập học nhân viên và tình nguyện viên Tỷ lệ đăng kí của nhân viên và tình nguyện viên Tỷ lệ thành công về đạt nguồn tài chính	O, C, M O, C, M O, C, M O O, M O, C, M	7.4-3a 7.4-4a,b, & 7.4-5 7.4-3b 7.4-5 7.5-8 7.4-2a,b, 7.4-6a,b
Sự thỏa mãn Nâng cao sự hài lòng khi khảo sát nhân viên "chủ nhân của sự lựa chọn". Nâng cao sự hài lòng của các bên liên quan bên ngoài.	Giải quyết các vấn đề điểm thấp hơn xác định trong Điều tra mức độ hài lòng của nhân viên gần đây nhất. Giải quyết các vấn đề có điểm thấp hơn được xác định trong các cuộc điều tra với bệnh nhân, cộng đồng, và sự hài lòng của đối tác gần đây nhất.	Điểm hài lòng	O, C, M	7.2-tất cả 7.4-7

***O = mức độ về tổ chức, C = mức độ quốc gia, M = mức độ CM**

Dữ liệu so sánh [Mục 4.1a (2)]:

Nhiều nguồn dữ liệu so sánh là có sẵn với AF, bao gồm cả những so sánh ngang hàng có liên quan cao từ các tiểu bang CHC Benchmarking Consortium. Để phù hợp với VMV, AF chọn so sánh tốt nhất hiện có từ bất cứ nguồn nào để thử thách chính nó với các tiêu chuẩn cao nhất về sự xuất sắc được biết. Những giá trị này được đưa vào bảng điểm FOCUS. Trên cơ sở hàng quý, các nhà lãnh đạo cấp cao và đội ngũ lãnh đạo tại mỗi phòng khám sử dụng các dữ liệu so sánh để xác định khoảng trống trong hoạt động và xác định mục tiêu để cải thiện. Nếu hành động cụ thể để cải thiện thực hiện không được biết đến, một nhóm nghiên cứu sẽ được giao để nhận dạng chúng, bằng cách sử dụng mô hình cải tiến OASIS. Ví dụ, CM so sánh kết quả của họ về tỷ lệ sàng lọc ung thư vú, và các đội có hiệu suất cao chia sẻ cách tiếp cận của họ để lập kế hoạch, theo dõi bệnh nhân, và tạo động lực nhân viên cho các đội hoạt động kém hơn để cải thiện hiệu suất toàn bộ tổ chức.

Giữ hệ thống đo lường hiệu suất hiện tại [Mục 4.1a (3)]:

Các ngành công nghiệp chăm sóc sức khỏe là năng động, và các phương pháp đo và thu thập dữ liệu của AF phải nhanh chóng thích ứng với xu hướng mới. Ví dụ, với việc thực hiện các hồ sơ y tế điện tử vào năm 2002, kỹ thuật thu thập dữ liệu được biến đổi nhanh chóng để loại bỏ sự cần thiết của việc thu thập nhiều dữ liệu lâm sàng bằng tay cho các hệ thống đo lường. AF làm việc với Hiệp hội Nhà nước của trạm y tế xã để tái đánh giá các biện pháp mỗi năm để đảm bảo rằng các định nghĩa hoạt động được cập nhật, và các nhà lãnh đạo cấp cao cập nhật với xu hướng đang nổi lên thông qua sự tham gia của họ trong hiệp hội khác nhau và các diễn đàn chăm sóc sức khỏe.

Kể từ khi “Tài liệu dữ liệu” bao gồm cả về nhân viên y tế và hành chính, họ có thể đánh giá hiệu suất thực hiện trên bề rộng của các đo lường FOCUS và đề nghị thay đổi nhiều khía cạnh khác nhau. Ví dụ, sau khi xem xét thực hiện trong điều trị suy tim, CM La Paz yêu cầu “Tài liệu dữ liệu” bổ sung các đo lường mới vào bảng điểm FOCUS trong năm 2005: Đo lường chức năng tâm thất trái và sử dụng chất ức chế men chuyển trong mục "Lâm sàng", thăm khám suy tim sung huyết dưới mục "Sử dụng", và chi phí thuốc ức chế men chuyển dưới mục "Tài chính". Kết quả là chỉ có cho 9 tháng (và do đó không được báo cáo), nhưng có bằng chứng cải thiện, chỉ với một sự gia tăng nhỏ trong số lần thăm khám suy tim sung huyết và giảm thực tế trong chi phí thuốc ức chế men chuyển liên quan đến sự giới thiệu một loại thuốc generic vào danh mục thuốc bệnh viện (kết quả của một dự án OASIS được thực hiện bởi nhân viên hành chính và lâm sàng).

(C) Chấm điểm ở Mục 4.1 và Báo cáo phản hồi cho ứng cử viên: Hệ thống Y tế AF

Điểm số của bạn trong chỉ tiêu này cho giai đoạn đồng thuận là trong khoảng 50-65 phần trăm. Theo "Hướng dẫn chấm điểm", khoảng phần trăm này đại diện cho những điều sau đây:

- Một *phương pháp tiếp cận hiệu quả, hệ thống* - đáp ứng các *yêu cầu chung* của các mục - là điều hiển nhiên. (A)
- *Phương pháp* này được *phát triển tốt*, mặc dù *triển khai* có thể thay đổi trong một số lĩnh vực hoặc đơn vị công tác. (D)

- Một đánh giá có *hệ thống* dựa trên thực tế và *quá trình* cải tiến và một số *quá trình học* về tổ chức được đưa ra để nâng cao *hiệu quả của quá trình chính*. (L)

- *Phương pháp* này *phù hợp* với nhu cầu tổ chức của bạn được xác định liên quan đến Hồ sơ tổ chức và các mục quy trình mục. (I)

Điểm mạnh:

- AF sử dụng một đội chéo vị trí, “Tài liệu dữ liệu” để đánh giá các biện pháp; điều này sẽ giúp đảm bảo rằng các đo lường được chọn sẽ được liên kết và tích hợp với nhau. Dữ liệu từ đội này sau đó được sử dụng trong quá trình lập kế hoạch chiến lược hàng năm. Ngoài ra, các đo lường được sử dụng để theo dõi các hoạt động hàng ngày, và bảng điểm FOCUS tự động theo dõi thực hiện tổ chức tổng thể.

- AF sử dụng nhiều nguồn dữ liệu so sánh, trong đó nguồn so sánh điểm chuẩn CHC của nhà nước – nó được đưa vào các bảng điểm FOCUS và xem xét hàng quý bởi các nhà lãnh đạo cấp cao. Những dữ liệu này được sử dụng để xác định khoảng trống thực hiện và xác định mục tiêu để cải thiện.

- AF làm việc với Hiệp hội Nhà nước của trạm y tế xã để tái đánh giá các đo lường mỗi năm để đảm bảo rằng các định nghĩa hoạt động là cập nhật. Nhóm “Tài liệu dữ liệu” đánh giá và xem xét các biện pháp. Quá trình đánh giá hệ thống này cho phép các nhà lãnh đạo cấp cao cập nhật với các xu hướng đang nổi lên.

- Lãnh đạo cấp cao, lãnh đạo bệnh viện, CM, nhóm chức năng, và nhân viên xem xét và phân tích bảng điểm FOCUS. Sự tiến triển so với các mục tiêu nhanh chóng được đánh giá thông qua điểm màu sắc được mã hóa và việc sử dụng các biểu đồ kiểm soát đối với một số đo lường để cung cấp dấu hiệu ban đầu của xu hướng bất lợi. Mô hình cải thiện OASIS được sử dụng để giải quyết các vấn đề thực hiện có ý nghĩa về mặt thống kê.

- Ba "đỉnh" (chi phí cao, rủi ro cao, và khối lượng cao) được sử dụng để ưu tiên cơ hội cải tiến liên tục, với việc triển khai ban đầu của một CM, nhóm chức năng, hoặc các nhà lãnh đạo cấp cao.

Cơ hội để cải thiện:

- AF sử dụng nhiều nguồn dữ liệu so sánh để thách thức việc thực hiện của nó nhằm mục tiêu để cải thiện; Tuy nhiên, dữ liệu so sánh từ các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe dựa vào cộng đồng tin y tế / nha khoa / hành vi là không rõ ràng. Việc thiếu dữ liệu cấp độ cộng đồng địa phương có thể ảnh hưởng đến khả năng đánh giá thực hiện tương đối của AF và cung cấp đầu vào cho việc đưa ra các quyết định chiến lược.

- Trong khi nhóm “Tài liệu dữ liệu” đánh giá thực hiện trong nhiều khía cạnh để giữ hệ thống đo lường thực hiện của AF cập nhật, nó không rõ ràng về cách thức hệ thống đo lường thực hiện đủ nhạy cảm với những thay đổi tổ chức hoặc bên ngoài nhanh hoặc bất ngờ.

- Trong khi AF triển khai những ưu tiên cải tiến cho nhân viên, nó không phải là rõ ràng về cách thức các sáng kiến được triển khai cho các nhà cung cấp, đối tác và cộng tác viên. Điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng AF của cung cấp chăm sóc đổi mới với sự phụ thuộc vào nhà cung cấp chính và các đối tác để cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Báo cáo công cộng

Nhiều sáng kiến quốc gia và nhà nước đang được tiến hành để bắt buộc các tổ chức y tế công khai tiết lộ thông tin về kết quả liên quan đến kết quả của họ. Có một nhu cầu của người tiêu dùng ngày càng tăng về thông tin chăm sóc sức khỏe mà sẽ cho phép các cá nhân lựa chọn đúng đắn về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của họ. Với sự gia tăng của các chương trình y tế được khấu trừ cao, các bệnh nhân đang được yêu cầu để thực hiện nhiều quyết định chăm sóc và quyết định liên quan chi phí hơn. Bởi vì các yếu tố phức tạp có liên quan đến việc lựa chọn dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt, người tiêu dùng cần phải thông tin so sánh rõ ràng dễ hiểu. Tương tự như vậy, công ty bảo hiểm y tế muốn biết thêm thông tin về bệnh viện mà cung cấp chất lượng và giá trị tốt nhất để họ có thể chọn các bệnh viện trong mạng lưới được chi trả của họ.

Báo cáo công khai của các tổ chức chăm sóc sức khỏe bắt đầu với bảng xếp hạng của các bệnh viện tốt nhất trong cả nước, dựa trên tỷ lệ tử vong, sai sót y khoa và tỷ lệ lây nhiễm tiềm năng. Những nỗ lực này đã thành công ở cấp tiểu bang, cũng như ở các cơ quan và các cấp chính quyền liên bang. Một chiến lược quan trọng là việc phổ biến công khai thông tin kịp thời, phù hợp và đáng tin cậy về chất lượng chăm sóc sức khỏe và có thể được sử dụng một cách hiệu quả bởi người tiêu dùng, người chi trả chăm sóc sức khỏe và bệnh viện. Những người ủng hộ cho việc báo cáo công khai dành cho cộng đồng cho rằng nó sẽ thúc đẩy cạnh tranh vào các hệ thống y tế. Ngoài ra, nó có thể giúp các nhà cung cấp cải thiện bằng cách so sánh điểm chuẩn thực hiện của họ với những người khác, khuyến khích các công ty bảo hiểm tư nhân và các chương trình công cộng thực hiện thưởng cho chất lượng và hiệu quả, và giúp bệnh nhân lựa chọn đúng đắn.

Các nghiên cứu về những nỗ lực hiện tại đã tìm thấy rằng báo cáo công khai có thể bổ sung giá trị, nhưng báo cáo phải được thiết kế cẩn thận. Phản ứng của bệnh viện đối với báo cáo công khai đã được nghiên cứu bởi Laschober và các đồng nghiệp đã báo cáo về một cuộc khảo sát qua điện thoại quốc gia năm 2005 gửi đến các nhà điều hành bệnh viện cao cấp và thấy rằng:

“So sánh bệnh viện và báo cáo công cộng khác về các đo lường chất lượng bệnh viện đã giúp tập trung sự chú ý của lãnh đạo bệnh viện về các vấn đề chất lượng. Họ cũng báo cáo tăng cường đầu tư vào các dự án cải tiến chất lượng và vào con người và hệ thống để cải thiện báo cáo/lưu trữ tài liệu về chăm sóc. Ngoài ra, xem xét nhiều hơn được đưa ra đối với các hướng dẫn thực hành tốt nhất và chia sẻ nội bộ các kết quả đo lường chất lượng trong nhân viên bệnh viện. Các bệnh viện được kiểm định bởi Ủy ban chung về Kiểm định chất lượng chăm sóc sức khỏe (JCAHO) dường như đáp ứng với nỗ lực báo cáo công khai nhiều hơn so với các bệnh viện nhỏ, không được kiểm định bởi JCAHO.”

Bảng 8-6 cung cấp cái nhìn về quá trình. Càng ngày càng có nhiều các cơ quan nhà nước cụ thể tăng báo cáo dữ liệu nhà nước qua Internet.

Một báo cáo gần đây của Colmers về *Báo cáo công và minh bạch*, công bố bởi Commonwealth Fund, chủ trương rằng báo cáo công khai tăng giá trị nhưng phải được thiết

kể cẩn thận để dữ liệu có sai sót không lưu hành mở. Báo cáo cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của sự hợp tác giữa các cơ quan nhà nước và liên bang, với sự giúp đỡ của các nhà cung cấp và bệnh viện, để báo cáo công khai trở thành một quá trình hữu ích và minh bạch.

Chứng nhận, Cấp giấy Phép, Kiểm định

Có một xu hướng ngày càng tăng giữa các hội đồng cấp phép quốc gia trong việc sử dụng quy chế cấp phép chặt chẽ hơn và phức tạp hơn. Đây là kết quả của một sự tăng trưởng về số lượng nhà thực hành phi đạo đức với các thông tin giả và / hoặc hồ sơ hình sự trong quá khứ và một kỳ vọng tăng mà công chúng và các phương tiện truyền thông làm tăng nhận thức và yêu cầu được bảo vệ khỏi các vấn đề trên. Nhiều hội đồng nhà nước tiếp tục cải thiện quy trình cấp phép và đang cố gắng mở rộng thẩm quyền của họ đối với các nhà cung cấp trên toàn bang.

Bảng 8-6. Định dạng báo cáo công cộng và các đo lường thực hiện			
Đơn vị báo cáo công cộng	Định dạng	Người thụ hưởng	Đo lường thực hiện
CMS ^a	Dữ liệu QIO APU	Nhà cung cấp không thuộc sở hữu công	AMI, tim (suy tim) Phổi, chăm sóc phẫu thuật
Ủy ban hỗn hợp ^b	ORYX	Bệnh viện	Đo lường kết quả
CalHospital Compare ^c	Thẻ báo cáo Xếp hạng bệnh viện	Khách hàng Kế hoạch y tế	Đo lường mức độ hài lòng của bệnh nhân Trải nghiệm của bệnh nhân Tình trạng y tế đặc biệt
Hospital Quality Alliance ^d	So sánh các bệnh viện	Bệnh viên công	22 quá trình lâm sàng Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày
Diễn đàn chất lượng quốc gia	Bệnh viện	Khách hàng Bệnh viện	Dự án nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y khoa
Viện cải tiến sức khỏe y tế ^e	Nhóm y khoa Xếp hạng bệnh viện	Khách hàng Công chúng	An toàn, hiệu quả, lấy bệnh nhân làm trung tâm, kịp thời, bình đẳng, sự
Nhóm Leapfrog	Kết quả khảo sát	Công chúng Người chi trả	Khảo sát an toàn Chất lượng bệnh viện
Healthgrade ^g	Dữ liệu so sánh	Bác sĩ Bệnh viện	Các chứng nhận của bác sĩ Tỷ lệ bệnh viện

<http://www.qualitynet.org>

<http://www.qualitycheck.org>

<http://www.CalHospitalCompare.org>

<http://www.hospitalqualityalliance.org>, <http://www.qualityforum.org>

<http://www.qualityforum.org>

[http://www.ihl.org/IHI/Topics/LeadingSystemImprovement/Leadership/Literature/PublicReportingofHealthCarePerformancein Minnesota.htm](http://www.ihl.org/IHI/Topics/LeadingSystemImprovement/Leadership/Literature/PublicReportingofHealthCarePerformanceinMinnesota.htm)

<http://www.healthgrades.com/about-us>

Abbreviations: AMI, acute myocardial infarction (nhồi máu cơ tim cấp); APU, annual payment update (cập nhật chi trả hàng năm); ORYX, Joint Commission Performance System for Home Care Organizations ; QIO, Quality Improvement Organization (tổ chức cải tiến chất lượng).

Xác minh các thông tin và thực hành tồn thời gian. Theo AMA:

“Tất cả các tiểu bang sẽ yêu cầu bằng chứng về giáo dục và đào tạo trước đó và bằng chứng về việc hoàn thành một kỳ thi cấp phép nghiêm ngặt được phê duyệt bởi các hội đồng. Cụ thể, tất cả các bác sĩ phải nộp bằng chứng về hoàn thành thành công của tất cả ba bước của Kỳ thi Cấp phép Y khoa Mỹ (United States Medical Licensing Examination-USMLE). Tuy nhiên, vì một số sinh viên y khoa và các bác sĩ đã hoàn thành các phần của Kỳ thi Y khoa của Hội đồng Quốc gia và Kỳ thi cấp cấp phép của liên đoàn (Federation Licensing Examination-FLEX) trước khi thực hiện USMLE vào năm 1994, một vài kết hợp của các kỳ thi có thể được xem như là tương đương với USMLE bởi các hội đồng cấp phép y khoa. Chương trình USMLE khuyến cáo rằng kết hợp như vậy được chấp nhận cho giấy phép y tế nếu hoàn thành trước năm 2000.”

Một số tiểu bang có những yêu cầu nghiêm ngặt hơn và chỉ rõ rằng việc các bác sĩ vượt qua USMLE trong một nỗ lực bắt buộc ở tất cả các bước, trong khi các tiểu bang khác thoải mái hơn và sẽ không áp đặt một giới hạn nỗ lực. Yêu cầu đào tạo sau đại học cho cấp giấy phép hành nghề cũng khác nhau giữa các bang; một số yêu cầu hạn 1 năm, trong khi những nơi khác yêu cầu lên đến 3 năm, đặc biệt là đối với sinh viên tốt nghiệp nước ngoài.

Như đã thảo luận trước đó trong chương này, năm 2007, Ủy ban Hỗn hợp xướng việc đánh giá tập trung (MS.4.30), đánh giá tăng cường về các thông tin của học viên và năng lực hiện hành được thực hiện tại các tổ chức chăm sóc sức khỏe áp dụng cho các ứng viên mới cho các vị trí nhân viên y tế và các học viên với khả năng thực hiện kém. Các bệnh viện phải xác nhận với các nguồn sơ cấp về đào tạo bắt buộc hiện nay, giấy phép, những kiến thức, kỹ năng, và khả năng của các học viên ứng tuyển. Nó cũng có thể liên quan đến việc đánh giá thực hiện của học viên thông qua hướng dẫn bởi một nhà thực hành ngang hàng. Việc đánh giá liên tục (MS.4.40) vượt xa những đánh giá ngang hàng truyền thống để áp dụng cho các học viên với thẩm quyền đã được cấp.

Chứng nhận bởi Hội đồng bắt đầu vào năm 1917 tại đất nước này và lần đầu tiên được dùng cho các chuyên gia nhãn khoa. Hội đồng Y nội Mỹ (American of Internal Medicine - ABIM)

được thành lập vào năm 1936; đến năm 2002, một loạt các hướng dẫn được chia sẻ và yêu cầu cấp giấy chứng nhận đã được thoả thuận bởi các nhóm nòng cốt của 24 thành viên của Hội đồng về Chuyên khoa Y Mỹ (American Board of Medical Specialties-ABM). Chứng nhận của hội đồng được sử dụng là một hệ thống tự nguyện, phản ánh các tiêu chuẩn cao hơn về sự xuất sắc của các cá nhân bác sĩ. Bệnh viện và chương trình chăm sóc được quản lý đã thúc đẩy quá trình cấp giấy chứng nhận thành một chứng nhận "được ưa thích". Hầu hết các hội đồng đã thiết lập một khoảng thời gian chứng nhận 10 năm, với tiềm năng tái chứng nhận để duy trì. Quá trình tái cấp chứng chỉ bắt đầu được bắt buộc sau năm 2002, với một đánh giá yêu cầu bổ sung về thực hiện. AMA cung cấp thông tin cập nhật về cấp giấy phép nhà nước, bao gồm các yêu cầu cấp phép, lệ phí, cấp giấy phép mới và yêu cầu đào tạo y khoa liên tục.

Cải thiện chất lượng giảng dạy

Giáo dục y khoa cấp đại học

Đề đáp ứng với báo cáo về chăm sóc y tế Mỹ của Viện thuốc (IOM), “Mắc sai sót là điều tự nhiên của con người” vào năm 1999 và “Crossing the Quality Chasm” năm 2001, Hiệp hội các trường Đại học y Mỹ xây dựng Dự án về các mục tiêu của Trường Đại học Y (MSOP). Dự án này nhằm giải quyết hai vấn đề cơ bản:

- (1) sinh viên y khoa nên học gì về vấn đề chất lượng của chăm sóc (mục tiêu học tập)? và (2) Những loại kinh nghiệm giáo dục nào sẽ cho phép học sinh đạt được những mục tiêu học tập đó (các chiến lược giáo dục)?

Các nhóm MSOP mục tiêu học tập được chia làm ba lĩnh vực chính:

- Khả năng đánh giá phê bình cơ sở tri thức hỗ trợ chăm sóc bệnh nhân tốt
- Hiểu biết về khoảng cách giữa các hoạt động hiện hành và thực hành tốt nhất, và các bước cần thiết để thu hẹp khoảng cách đó
- Tham gia vào thu hẹp khoảng cách giữa thực hành hiện hành và thực hành tốt nhất

Kinh nghiệm cho thấy rằng không thiếu cơ hội để tích hợp chất lượng vào giáo dục y tế, nhưng những gì còn thiếu là tích hợp các công cụ cải tiến chất lượng (đo lường và can thiệp) và mô hình hóa các thực hành tốt nhất bởi giảng viên và nhân viên.

Ngoài ra, cần phải có một sự thay đổi văn hóa liên quan đến phòng vệ trong việc kiểm tra lỗi và các vấn đề chất lượng. Không khí phổ biến của sự sợ hãi có sơ suất y tế dẫn đến sự cách biệt sinh viên và các bác sĩ khỏi trách nhiệm với cộng đồng. Báo cáo IOM đưa điều này ra ánh sáng và đã dẫn đến một nghiên cứu hệ thống y tế và các lỗi y khoa và chất lượng chăm sóc sức khỏe. Với nhiệm vụ mới này, các chuyên gia chăm sóc sức khỏe đang được đào tạo với một kỳ vọng mới về tự đánh giá và cải tiến chất lượng liên tục.

Là một phần của công việc của Viện Cải tiến Y tế (IHI) để kết hợp giảng dạy nâng cao chất lượng vào chương trình giáo dục chuyên nghiệp y tế, tám lĩnh vực kiến thức được xác định là nội dung cốt lõi cần thiết mà tất cả các sinh viên thuộc ngành nghề y tế nên học như một phần của chương trình đào tạo. Chúng được mô tả trong Bảng 8-7.

Đánh giá năng lực trong giáo dục y tế là rất quan trọng để cải thiện chất lượng. Các công cụ đánh giá hiệu quả và phát triển giảng viên là cần thiết để đảm bảo rằng chỉ những sinh viên và học viên là người có năng lực cao để có tiến tới mức độ đào tạo kế tiếp và, cuối cùng, để thực hành. Sử dụng các trường hợp nghiên cứu, mô phỏng và quan sát trong thực tế sẽ đảm bảo học viên có thể áp dụng những kiến thức mới mà họ thu được.

Một nghiên cứu được tiến hành bởi Gould và cộng sự sử dụng sinh viên y năm thứ hai thực hành chăm sóc ban đầu dựa theo cộng đồng để thu thập dữ liệu cơ bản cho việc chăm sóc bệnh tiểu đường, để thực hiện một can thiệp đặc hiệu với kết quả, và để đánh giá lại các chỉ tiêu chất lượng 6 tháng sau. Họ thấy rằng báo cáo của các chỉ số cụ thể tăng lên, cùng với sự cải thiện thực tế các đo lường lâm sàng. Như vậy, sinh viên y khoa có thể là một nguồn lực để cải thiện chăm sóc bệnh nhân bằng cách tham gia vào các dự án cải tiến chất lượng trong thực hành lâm sàng.

Giáo dục y khoa sau đại học

Hội đồng Kiểm định Giáo dục Y khoa (Accreditation Council for Graduate Medical Education - ACGME) đưa ra năng lực chung năm 1999 bằng cách kết hợp những kiến thức và công nhận về chất lượng của các vấn đề chăm sóc. Thực hiện các năng lực cốt lõi của ACGME đang được ban hành thông qua các *Dự án nhắm đến kết quả* của ACGME. Các năng lực cốt lõi sau đó đã được thông qua bởi các ABMS như nội dung cho thực hành lâm sàng xuyên suốt. Sáu lĩnh vực năng lực chung như sau:

- *Chăm sóc bệnh nhân.* Cung cấp dịch vụ chăm sóc bệnh nhân với tình thương, phù hợp và hiệu quả với việc điều trị các vấn đề sức khỏe và nâng cao sức khỏe.
- *Kiến thức y khoa.* Thể hiện kiến thức về khoa học y sinh học, lâm sàng, và khoa học nguồn gốc (ví dụ, dịch tễ học, xã hội hành vi) đã được thiết lập hay đang phát triển và việc áp dụng các kiến thức này trong chăm sóc bệnh nhân.

BẢNG 8-7 Các lĩnh vực kiến thức về cải tiến chất lượng cho giáo dục chuyên môn y tế
--

- | |
|--|
| <p>1. <i>Chăm sóc sức khỏe là một quá trình, hệ thống.</i> Những người phụ thuộc lẫn nhau (ví dụ, bệnh nhân, gia đình, quần thể đủ điều kiện, người chăm sóc), thủ tục, hoạt động và công nghệ chăm sóc sức khỏe phối hợp với nhau để đáp ứng nhu cầu của các cá nhân và cộng đồng.</p> <p>2. <i>Biến thiên và đo lường.</i> Việc sử dụng các phép đo để hiểu được sự biến thiên giữa và trong cùng hệ thống để cải thiện thiết kế và thiết kế lại các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.</p> <p>3. <i>Kiến thức về khách hàng hưởng lợi.</i> Xác định người, nhiều người, hoặc nhóm người mà chăm sóc sức khỏe được cung cấp hoặc có thể được cung cấp trong tương lai; hiểu biết về nhu cầu và sở thích của họ và các mối quan hệ của chăm sóc sức khỏe với những nhu cầu và sở thích này.</p> <p>4. <i>Lãnh đạo, theo dõi và tạo sự thay đổi trong chăm sóc sức khỏe.</i> Các phương pháp và kỹ năng để thiết kế và thử nghiệm sự thay đổi trong việc sắp xếp việc chăm sóc tổ chức phức tạp, bao gồm cả việc quản lý nói chung và quản lý chiến lược về con người và công việc chăm sóc sức khỏe mà họ làm trong các tổ chức.</p> <p>5. <i>Hợp tác.</i> Các kiến thức, phương pháp và kỹ năng cần thiết để làm việc hiệu quả trong</p> |
|--|

nhóm, để hiểu và đánh giá các quan điểm và trách nhiệm của những người khác, và khả năng để nuôi dưỡng những điều này ở những người khác, bao gồm cả sự hiểu biết về ý nghĩa của những công việc đó.

6. *Bối cảnh xã hội và trách nhiệm giải trình.* Hiểu biết về bối cảnh xã hội (ví dụ, địa phương, vùng, quốc gia, toàn cầu) của việc chăm sóc sức khỏe và cách mà những kỳ vọng phát sinh từ bối cảnh đó. Điều này đặc biệt bao gồm sự hiểu biết về tác động tài chính và chi phí chăm sóc sức khỏe.

7. *Phát triển các kiến thức bổ ích cục bộ mới.* Công nhận sự cần thiết của kiến thức mới trong hành nghề chuyên môn y tế của cá nhân hàng ngày và các kỹ năng để phát triển kiến thức mới thông qua thử nghiệm theo kinh nghiệm.

8. *Vấn đề chuyên môn.* Các kiến thức chuyên môn y tế thích hợp cho một ngành cụ thể và khả năng áp dụng và kết nối nó với tất cả các lĩnh vực ở trên.

Source: Institute of Healthcare Improvement. Eight Knowledge Domains for Health Professional Students.

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/HealthProfessionsEducation/EducationGeneral/EmergingContent/EightKnowledgeDomainsforHealthProfessionalStudents.htm>. Accessed July 29, 2008.

- *Học tập và cải tiến dựa trên thực hành.* Chứng tỏ khả năng điều tra và đánh giá thực hành chăm sóc bệnh nhân, thẩm định và tổng hợp bằng chứng khoa học, và cải thiện thực hành chăm sóc bệnh nhân.
- *Tính chuyên nghiệp.* Thể hiện một cam kết để thực hiện trách nhiệm nghề nghiệp, tôn trọng những nguyên tắc đạo đức, và cho thấy sự nhạy cảm đối với một quần thể bệnh nhân khác nhau.
- *Kỹ năng giao tiếp và giữa các cá nhân.* Thể hiện kỹ năng giữa các cá nhân và giao tiếp dẫn đến trao đổi thông tin hiệu quả và hợp tác với bệnh nhân, gia đình bệnh nhân, và các cộng sự chuyên môn.
- *Thực hành dựa trên hệ thống.* Thể hiện nhận thức và một đáp ứng với bối cảnh và hệ thống chăm sóc sức khỏe lớn hơn và khả năng huy động hiệu quả các tài nguyên hệ thống để cung cấp dịch vụ chăm sóc đạt giá trị tối ưu.

Trong khi ACGME đã liên kết kiểm định chương trình đào tạo y khoa sau đại học để cho thấy rằng các nội trú được đào tạo thành thạo về các năng lực cốt lõi, vẫn có sự thay đổi giữa các chương trình và các câu hỏi về hiệu quả của phương pháp giảng dạy khác nhau. Điều này đặc biệt đúng đối với việc học dựa trên thực tế và năng lực thực hành dựa trên cải tiến và dựa trên hệ thống, những năng lực mà khái niệm cải tiến chất lượng là quan trọng nhất. Một tổng quan hệ thống về hiệu quả của cải tiến chất lượng giảng dạy cho các nhà lâm sàng, tiến hành năm 2007, đưa ra bằng chứng về sự khác nhau này. Phương pháp giảng dạy bao gồm học lý thuyết và học thông qua kinh nghiệm, và trong khi hầu hết đánh giá về học tập, rất ít sử dụng các công cụ đánh giá được thẩm định. Đánh giá thái độ đã cho thấy kết quả khác nhau, và chỉ 8 trong số 28 nghiên cứu về kết quả lâm sàng báo cáo tác động có lợi. Rõ ràng, cần nhiều nghiên cứu thêm để xác định cách tốt nhất để dạy các khái niệm về nâng cao chất lượng và để cải thiện thực sự kết quả lâm sàng.

Ogrinc và cộng sự đã phát triển một khuôn khổ cho việc giảng dạy sinh viên y tế và nội trú y về thực hành dựa trên hệ thống và học và cải tiến dựa trên thực hành từ một tổng quan trong y văn. Giáo dục, các mục tiêu đào tạo và các khuyến cáo về phương pháp đã được thực hiện tùy thuộc vào mức độ kỹ năng của người học. Ví dụ, sinh viên ở cấp đầu tiên có thể phát triển một sự hiểu biết về thực hành dựa trên hệ thống, đo lường một quá trình, và thử nghiệm một thay đổi (ví dụ, thực hiện các bước “Lập kế hoạch-Làm -Nghiên cứu-Hành động” “Plan, Do, Study, Act) trên một hệ thống quen thuộc. Với một nội trú mới, với tư vấn của giảng viên, có thể tiến hành đánh giá nhu cầu của bệnh nhân của mình và khuyến khích các thành viên khác của nhóm nhóm chăm sóc sức khỏe để thực hiện một sự can thiệp để cải thiện. Một nội trú lâu năm có thể xây dựng những thay đổi của mình về thực hành, đo lường và sửa đổi khi cần thiết.

Đối với người học mới, việc đào tạo chuyên sâu, dựa theo kinh nghiệm, đào tạo đa ngành có thể tạo điều kiện cải tiến trong chăm sóc bệnh nhân. Varkey và cộng sự nhận thấy chương trình cải tiến chất lượng liên ngành của họ tạo điều kiện cho người học trong các lĩnh vực khác nhau học hỏi từ những thành công và thất bại của những người khác, chia sẻ tài nguyên, phát triển một sự hiểu biết về hệ thống y tế, và kích thích tương tác nghề nghiệp trong tương lai. Nhóm người học hoàn thành thành công một dự án cải tiến chất lượng để tiến hành đổi chiều thuốc cho bệnh nhân ngoại trú như là một phần của chương trình giảng dạy.

Đối với học viên mới, chuyên sâu, kinh nghiệm, đào tạo đa ngành có thể tạo điều kiện cải tiến trong chăm sóc bệnh nhân. Varkey et al. tìm thấy chương trình QI liên ngành của họ tạo điều kiện cho người học trong các lĩnh vực khác nhau để học hỏi từ những thành công và thất bại của những người khác, để chia sẻ tài nguyên, để phát triển một sự hiểu biết về hệ thống y tế, và để kích thích tương lai nghề nghiệp. Đội học viên hoàn thành một dự án QI trong thuốc điều trị ngoại trú hòa giải như là một phần của chương trình giảng dạy.

Giáo dục y tế liên tục

Việc ghép chung cải thiện chất lượng và đào tạo y khoa liên tục (continuing medical education-CME) đã được thảo luận trong nhiều thập kỷ nhưng đã không trở thành hiện thực cho đến khi sự ra đời của duy trì cấp chứng nhận (maintenance of certification - MOC) vào năm 2000. Đó cũng là lúc các ABMS xác định rằng chứng nhận bởi hội đồng của các bác sĩ nên làm hơn để đảm bảo năng lực liên tục của các bác sĩ. Tại thời điểm đó, hầu hết các hội đồng xác nhận đã yêu cầu một bài thi viết mỗi 6 đến 10 năm, tùy thuộc vào chuyên ngành, để duy trì tình trạng được chứng nhận. Một vài hội đồng yêu cầu không tái cấp chứng nhận. Dựa trên năng lực cốt lõi phát triển bởi ACGME và thông qua bởi ABMS, các yêu cầu mới để duy trì chứng nhận có bốn thành phần: Phần I, Cấp Giấy Phép và Thương vụ chuyên nghiệp, đòi hỏi phải có một giấy phép y tế không hạn chế có giá trị; Phần II, Học tập suốt đời và Tự đánh giá, yêu cầu các hoạt động giáo dục và tự đánh giá xác định bởi các hội đồng chuyên ngành; Phần III, Giám định nhận thức, đòi hỏi trình diễn kiến thức và kỹ năng chuyên ngành (thi); và Phần IV, Đánh Giá Thực hành, đòi hỏi trình diễn việc sử dụng các bằng chứng và thực hành tốt nhất so với các đồng nghiệp và các điểm chuẩn quốc gia. Đây là thành phần thứ tư đòi hỏi thực sự tích hợp của cải thiện chất lượng và CME.

Hội đồng xác nhận và các hội chuyên ngành y khoa tương ứng đã phát triển các module để thực hiện Phần IV. Nói chung, những điều này đã được mô hình hóa theo chu kỳ PDSA để cải tiến. Trong các module này, các bác sĩ được yêu cầu thực hiện một đánh giá thực hành hiện tại của họ, trong đó có thể bao gồm một cuộc khảo sát hay tóm tắt bằng biểu đồ. Các kết quả đánh giá được so sánh với các đồng nghiệp và các tiêu chuẩn quốc gia. Tiếp theo, các bác sĩ đang hướng đến can thiệp để cải thiện, trong đó có thể bao gồm can thiệp giáo dục hoặc can thiệp quá trình dựa vào hệ thống. Đôi khi sau khi thực hiện các can thiệp, thường là 6 tháng, các bác sĩ được yêu cầu đánh giá lại thực hành của họ và sau đó so sánh kết quả với các đồng nghiệp và các tiêu chuẩn quốc gia. Một khi các module được hoàn tất, bác sĩ được chứng nhận bởi hội đồng được ghi nhận đã hoàn thành module Phần IV. Hình 8-1 mô tả Module cải thiện thực hành (PIM) được yêu cầu để MOC, Phần IV của Hội đồng Y nội khoa Mỹ.



Hình 8-1 Sơ đồ của Mô hình MOC: Giải phẫu chức năng của một PIM

Source: Holboe ES, Meehan TP, Lynn L, Doyle P, et al. Promoting physicians' selfassessment and quality improvement: The ABIM Diabetes Practice Improvement Module. J Contin Educ Health Prof. 2006;26(2):109–119.

Ngoài các yêu cầu để MOC, bác sĩ bây giờ có thể nhận được tín chỉ CME về việc tham gia vào các hoạt động cải tiến thực hành. Trong năm 2005, AMA, Học viện của bác sĩ gia đình Mỹ, và Hiệp hội Osteopathic Mỹ đã đồng ý các tiêu chí để trao tín chỉ CME cho các hoạt động như vậy. Bác sĩ không thể tự báo cáo các hoạt động cải tiến thực hành CME, nhưng

phải làm việc với một nhà cung cấp CME đã được phê duyệt để trao tín chỉ. Để cung cấp giá trị bổ sung cho các hoạt động CME cải thiện thực hành, các chương trình tín chỉ cho phép người tham gia nhận được năm tín chỉ cho từng giai đoạn của dự án: Giai đoạn A, đánh giá thực hành; Giai đoạn B, can thiệp; và Giai đoạn C, đo lường lại và suy tư về kiến thức và thực hành mới. Khi cả ba giai đoạn được hoàn tất, bác sĩ được trao năm tín chỉ bổ sung và được tổng cộng là 20 tín chỉ. Đây là phong trào đầu tiên tiên phong không dùng thời gian như đơn vị đo lường tín chỉ CME. Tín chỉ CME để cải thiện thực hành không dựa trên thời gian bác sĩ đã trải qua, mà là giá trị tương đối của các hoạt động này. Hai mươi tín chỉ gần như chiếm một nửa số tín chỉ CME hàng năm cần thiết cho hầu hết các bác sĩ để được cấp phép, chứng nhận của hội đồng, và các yêu cầu tín chỉ CME khác.

Trong năm 2007, Hội đồng Kiểm định Giáo dục Y tế Liên tục (ACCME) thiết lập tiêu chuẩn mới cho việc công nhận để cung cấp động cơ cho các nhà cung cấp CME để tích hợp chất lượng và cải thiện thực hành, hợp tác, và mức độ cao hơn của các đo lường kết quả vào trong các chương trình đào tạo của mình. Những tiêu chí mới này ra đời để đáp lại những lời chỉ trích rằng CME truyền thống là không có hiệu quả trong việc cải thiện thực hành của bác sĩ, và cuối cùng, là không cải thiện chăm sóc bệnh nhân. CME là một ngành công nghiệp hơn 2 tỷ USD tại Mỹ, hơn một nửa trong số đó được tài trợ bởi công ty dược. Sự phê bình cho rằng CME bị ảnh hưởng bởi nguồn tài trợ đó và cần tập trung hơn dựa trên đánh giá nhu cầu dựa trên bằng chứng và giúp thu hẹp khoảng cách thực hành trong thực hành lâm sàng. Lồng ghép các phương pháp và dữ liệu cải thiện chất lượng với các hoạt động giáo dục sẽ phục vụ tốt hơn nhu cầu của các bác sĩ, hệ thống chăm sóc y tế, và các bệnh nhân.

Có một số rào cản đối để tích hợp CME và cải tiến chất lượng (CTCL). Các trường học hoặc các phòng ban QI và CME thường ở các khu vực khác nhau của tổ chức. Điều này đúng tại các bệnh viện, trường học y tế, và các tổ chức chăm sóc sức khỏe khác. Cải thiện chất lượng thường được xem như là một chức năng giành cho điều dưỡng trong khi CME được coi là giành cho bác sĩ. Trong khi nhiều nhận định ủng hộ cho việc tiếp cận/làm việc theo nhóm, nó thường rất khó để thực hiện. Các văn phòng CME thường không nhận thức được rằng dữ liệu được thu thập hoặc về các kết quả. Các lĩnh vực quản lý chất lượng xem CME là một hoạt động bên ngoài và được tài trợ và nó không phải là liên tục và không có mục tiêu bao trùm, lâu dài phù hợp vào các mục tiêu dài hạn của tổ chức chăm sóc bệnh nhân. Thứ hai, giáo dục thường không phải là giải pháp để cải thiện thực hành. Sai sót có thể không phải là một vấn đề của "hiểu biết tốt hơn" mà là "làm tốt hơn." Quy trình hoặc các rào cản hệ thống khác thường ảnh hưởng đến thực hành. Thứ ba, nhiều lĩnh vực của y học không có biện pháp thực hiện dựa trên bằng chứng. Không có dữ liệu chất lượng có sẵn trong nhiều lĩnh vực mà giáo dục cần. Những nhà phát triển CME không thể phụ thuộc vào chương trình nghị sự chất lượng một mình để chỉ đạo chương trình của mình. Cuối cùng, nguồn tài trợ từ bên ngoài là rất quan trọng cho các đơn vị CME. Họ thường được mong đợi là ít nhất sẽ là một trung tâm lợi nhuận tự duy trì của tổ chức, và điều đó đã dẫn đến một sự phụ thuộc vào nguồn tài trợ bên ngoài, phần lớn là từ các ngành công nghiệp dược phẩm, để duy trì CME. Các tổ chức tài trợ cho quản lý chất lượng với giả định rằng tăng chất lượng sẽ giảm chi phí.

Nhưng làm thế nào có thể tích hợp tốt nhất cải thiện chất lượng và CME? Giao tiếp là chìa khóa. Nhân viên ở hai khu vực này cần thường xuyên giao tiếp trên một chiến lược cũng như ở cấp độ triển khai hoạt động. Các ưu tiên cải tiến chất lượng của tổ chức phải là một phần của chương trình CME, và các dự án chất lượng cá nhân nên luôn luôn xem CME như là một phần của sự can thiệp cải thiện. Nhà hoạch định CME nên luôn luôn xem xét dữ liệu chất lượng cũng như các quá trình và công cụ cải tiến chất lượng như là một phần của các hoạt động giáo dục.

Dữ liệu thực hiện có thể phục vụ như là một đánh giá nhu cầu để xác định lỗ hổng kiến thức và kỹ năng. Nó cũng có thể được sử dụng như là dữ liệu kết quả để cho thấy liệu giáo dục có ảnh hưởng đến việc cải thiện thực hiện và kết quả chăm sóc sức khỏe của bác sĩ. Nhân viên được đào tạo chéo về giáo dục và chất lượng có thể phục vụ tốt cả hai mục đích này. Nâng cao nhận thức trong cả hai ngành sẽ đảm bảo sử dụng tốt hơn và nâng cao hiệu quả trong cả hai lĩnh vực.

Xu hướng tương lai

Khi người tiêu dùng và người chi trả trở nên ngày càng quan tâm đến dữ liệu thực hành, bằng chứng về chất lượng chăm sóc, mong muốn liên tục là hạn chế chi phí, và chiến lược hiệu quả để cung cấp dịch vụ đầy đủ, cải thiện chất lượng bên ngoài sẽ được đặt lên hàng đầu. Điều này sẽ cho phép các cơ quan kiểm định thắt chặt các quy trình của họ cho phù hợp hơn và cho phép chính phủ liên bang và người chi trả yêu cầu trách nhiệm cao hơn đối về chất lượng và chi trả theo hiệu quả.

Chúng tôi cũng tin rằng việc giảng dạy cải thiện chất lượng xuyên suốt quá trình đào tạo liên tục y khoa sẽ trở nên ngày càng quan trọng. Nhiều giảng dạy chính thức về khái niệm cải thiện chất lượng sẽ được giới thiệu vào các chương trình giảng dạy và sinh viên sẽ được tiếp xúc với kỹ thuật an toàn bệnh nhân và chất lượng trong các cơ sở lâm sàng. Tham gia trong các chương trình chất lượng, chi trả theo hiệu quả, và phát triển chuyên môn liên tục sẽ trở thành một phần thường quy của cuộc sống nghề nghiệp của bác sĩ.

Tài liệu tham khảo

1. Poisal JA, Truffer C, Smith S, et al. Health spending projections through 2016: Modest changes obscure Part D's impact. *Health Aff.* 2007;26: 242–253.
2. Garrett N, Martini EM. The boomers are coming: A total cost of care model of the impact of population aging on the cost of chronic conditions in the United States. *Dis Manag.* 2007;10:51–60.
3. Alemanyeh B, Warner KE. The lifetime distribution of health care costs. *Health Serv Res.* 2004;39:627–642.
4. Centers for Medicare and Medicaid Services, U.S. Department of Health and Human Services. Quality Improvement Organizations: An Overview. <http://www.cms.hhs.gov/QualityImprovementOrgs>. Accessed July 29, 2008.
5. National Committee for Quality Assurance. About NCQA. <http://www.ncqa.org/tabid/675/Default.aspx>. Accessed July 29, 2008.

6. National Committee for Quality Assurance. The State of Health Care Quality Report 2007. http://www.ncqa.org/Portals/0/Publications/Resource%20Library/SOHC/SOHC_07.pdf. Accessed June 3, 2008.
7. Utilization Review Accreditation Commission Website. <http://www.urac.org>. Accessed June 3, 2008.
8. Utilization Review Accreditation Commission. URAC Research and Grants. <http://www.urac.org/research>. Accessed June 3, 2008.
9. Utilization Review Accreditation Commission. URAC Consumer Safety Standards. <http://www.urac.org/resources/consumerSafety.aspx>. Accessed June 3, 2008.
10. The Joint Commission. Fact Sheet. http://www.jointcommission.org/AboutUs/Fact_Sheets/scoring_qa.htm. Accessed July 29, 2008.
11. The Joint Commission. About Us. <http://www.jointcommission.org/AboutUs>. Accessed July 29, 2008.
12. The Joint Commission. National Patient Safety Goals. http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/08_hap_npsgs.htm. Accessed May 31, 2008.
13. Laschober M, Maxfield M, Felt-Lisk S, Miranda DJ. Hospital response to public reporting of quality indicators. *Health Care Financ Rev*. 2007;28:61–76.
14. Michota FA. Bridging the gap between evidence and practice in venous thromboembolism prophylaxis: The quality improvement process. *J Gen Intern Med*. 2007;22(12):1762–1770 .
15. Leonardi MJ, McGory ML, Ko CY. Publicly available hospital comparison web sites: Determination of useful, valid, and appropriate information for comparing surgical quality. *Arch Surg*. 2007;142:863–868; discussion 868–986.
16. The Leapfrog Group. Fact Sheet. http://www.leapfroggroup.org/about_us/leapfrog-factsheet. Accessed July 28, 2008.
17. International Organization for Standardization Website. <http://www.iso.org/iso/home.htm>. Accessed July 29, 2008.
18. Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC). Report to the Congress: Assessing alternatives to the sustainable growth rate system. March 2007;164–166. http://www.medpac.gov/documents/Mar07_SGR_mandated_report.pdf. Accessed June 3, 2008.
19. Dummit LA. Physician profiling: Can Medicare paint an accurate picture? *National Health Policy Forum Issue Brief*. 2007;825:1–11.
20. Huang IC, Frangakis C, Dominici F, et al. Application of a propensity score approach for risk adjustment in profiling multiple physician groups on asthma care. *Health Serv Res*. 2005, 40:253–278.
21. Thomas JW, Ward K. Economic profiling of physician specialists: Use of outlier treatment and episode attribution rules. *Inquiry*. 2006;43:271–282.
22. Baldrige National Quality Program. 2008 Health Care Criteria for Performance Excellence. <http://www.baldrige.nist.gov>. Accessed May 31, 2008.
23. Colmers J. Public Reporting and Transparency. January 2007. Report prepared for the Commonwealth Fund/Alliance for Health Reform. 2007 Bipartisan Congressional Health Policy Conference. http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?

doc_id_449503. Accessed July 29, 2008.

24. American Medical Association. Getting a License: The Basics. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2644.html>. Accessed July 29, 2008.

25. Cassel C, Holmboe ES. Professional standards in the USA: Overview and new developments. *Clin Med*. 2006;6:363–367.

26. American Medical Association. Medical Licensure. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2543.html>. Accessed July 29, 2008.

27. Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a Better Health System*. Washington, DC: National Academies Press; 1999.

28. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm*. Washington, DC: National Academies Press; 2000.

29. Association of American Medical Colleges. *Contemporary Issues in Medicine: Quality of Care. Report II: Medical School Objectives Project*. Washington, DC: Author; August 2001.

30. Institute of Healthcare Improvement. Eight Knowledge Domains for Health Professional Students. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/HealthProfessionsEducation/EducationGeneral/EmergingContent/EightKnowledgeDomainsforHealthProfessionalStudents.htm>. Accessed July 29, 2008.

31. Gould BE, Grey MR, Huntington CG, et al. Improving patient care outcomes by teaching quality improvement to medical students in community-based practices. *Acad Med*. 2002;77(10):1011–1018.

32. American College of Graduate Medical Education (ACGME). Educating Physicians for the 21st Century: The Outcome Project. <http://www.acgme.org/outcome/e-learn/introduction/index.html>. Accessed August 1, 2008.

33. American Board of Medical Specialties. Maintenance of Certification Competencies and Criteria 2000. http://www.abms.org/Maintenance_of_Certification/ABMS_MOC.aspx. Accessed September 1, 2007.

34. Boonyasai RT, Windish DM, Chakraborti C, et al. Effectiveness of teaching quality improvement to clinicians. *JAMA*. 2007;298(9):1023–1037.

35. Ogrinc G, Headrick LA, Mutha S, et al. A framework for teaching medical students and residents about practice-based learning and improvement, synthesized from a literature review. *Acad Med*. 2003;78(7):748–756.

36. Varkey P, Reller MK, Smith A, et al. An experiential interdisciplinary quality improvement education initiative. *Am J Med Qual*. 2006;21(5):317–322.

37. Watson M. *The Deming Management Method*. New York: Dodd, Mead; 1986.

38. Holmboe ES, Meehan TP, Lynn L, et al. Promoting physicians' self-assessment and quality improvement: The ABIM Diabetes Practice Improvement Module. *JCEHP*. 2006;26(2):109–119.

39. American College of Continuing Medical Education (ACCME). CME as a Bridge to Quality: Updated Accreditation Criteria. http://www.accme.org/dir_docs/doc_upload/b03aa5cc-b017-4395-a41f-8d5d89ac31ca_uploaddocument.pdf. Accessed July 29, 2008.

40. ACCME. Annual Report Data 2006. http://www.accme.org/dir_docs/doc_upload/f51ed7d8-e3b4-479a-a9d8-57b6efedc27a_uploadaddocument.pdf. Accessed July 29, 2008.

Additional Resources–Further Reading

Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME). Updated Criteria for Accreditation: <http://www.accme.org>

American Academy of Family Physicians. Activities Eligible for Prescribed Credit: <http://www.aafp.org/online/en/home/cme/selfstudy/metric.html>

American Board of Medical Specialties. Maintenance of Certification Competencies and Criteria: http://www.abms.org/Maintenance_of_Certification/ABMS_MOC.aspx

American Medical Association Physicians Recognition Award: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/455/pra2006.pdf>

Baldrige National Quality Program. Criteria for Performance Excellence: <http://www.baldrige.nist.gov>

Joint Commission: <http://www.jointcommission.org>

Mazmanian PE. Advancing the body of knowledge: Evidence and study design for quality improvement. In Davis D, Barnes BE, Fox R, eds. *The Continuing Professional Development of Physicians: From Research to Practice*. Chicago: AMA Press; 2003.

National Committee for Quality Assurance (NCQA): <http://www.NCQA.org>

Utilization Review Accreditation Commission (URAC): <http://www.urac.org>

Chương 9. Những điểm chung giữa cải tiến chất lượng, luật pháp và y đức

Jeffrey M. Zaie, MD, MPH/MQ và Mano s. PhD, Selvan

Dịch: Nguyễn Quang Việt

Tóm tắt về hành pháp

Cơ sở y đức và pháp lý vững chắc mang đến các khuôn khổ và chuẩn mực cho các hoạt động quản lý chất lượng có trách nhiệm, thuyết phục, đáng tin cậy. Quản lý chất lượng y tế cần phản ánh tính ưu việt của xã hội hiện tại, thiết lập sự cân bằng giữa lợi ích của người bệnh, nhà cung cấp dịch vụ y tế, nhà hoạch định chính sách y tế, cơ quan quản lý và cộng đồng nói chung. Tiêu chuẩn pháp lý và y đức nhằm đảm bảo tôn trọng những ưu tiên và mang lại sự rõ ràng và trách nhiệm giải trình với quá trình. Các hoạt động của tổ chức [Cải tiến Chất lượng \(Quality Improvement-QI\)](#) hoặc kế hoạch y tế ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng chăm sóc y tế ở cơ sở, bao gồm nhà cung cấp có khả năng và kinh nghiệm, quản lý rủi ro, bác sĩ, đội ngũ giám sát, phù hợp với các yêu cầu công nhận và tổ chức chứng nhận (thẩm định).

Khi thuốc trở nên ngày càng phức tạp, hệ thống pháp luật ít có khả năng bao trùm mọi khía cạnh. Các khái niệm và công cụ của y đức lâm sàng và các quy trình quản lý chất lượng y tế có thể có giá trị trong giải quyết các tình huống không xác định được rõ trong pháp luật hoặc ý kiến pháp lý không rõ ràng. Y đức sẽ giúp cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh do cung cấp một khuôn khổ để giải quyết vấn đề và các tình huống khó xử phát sinh trong thực hành lâm sàng. Người bệnh, gia đình họ và các chuyên gia y tế thường phải đối mặt với những quyết định khó khăn trong chăm sóc người bệnh, đặc biệt khi những điều phải làm không rõ ràng hoặc khi không chắc chắn tồn tại về những gì tốt nhất cho người bệnh. Y đức lâm sàng truyền cảm đạo đức để ra quyết định y tế dựa trên cân nhắc lợi ích và rủi ro trên nền tảng các giá trị đạo đức, tôn giáo hoặc nhiệm vụ chuyên môn và hướng dẫn. Trong một khung cảnh giới hạn về nguồn lực và khi lợi ích chăm sóc sức khỏe bị hạn chế (bởi luật pháp và các quy chế) hoặc bị hạn hẹp (về nguồn lực), chất lượng quản lý ra quyết định y tế phải thực hiện theo hướng minh bạch và y đức.

Mục đích của chương này nhằm cung cấp kiến thức làm việc đối với các vấn đề pháp lý và y đức liên quan đến chất lượng lâm sàng, để cung cấp một bối cảnh để hiểu hơn về một số thách thức hiện nay và để cung cấp các tiêu chuẩn Quản lý Chất lượng Y tế (Medical Quality Management).

Mục tiêu học tập

Sau khi hoàn thành chương này, người đọc có thể:

- *Xác định các khái niệm cơ bản liên quan đến các vấn đề pháp lý trong chăm sóc sức khỏe và y đức;*

- Thảo luận về tác động của các quyết định từ chính phủ và tòa án về việc thực hành quản lý chất lượng y tế;
- Giải thích tác động của luật liên bang và các quy định riêng của các tiểu bang về cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe;
- Thảo luận về bảo vệ [đánh giá ngang hàng](#) (Peer Review) và thành lập [Ngân hàng Dữ liệu Hành nghề y Quốc gia](#) (National Practitioner Data Bank-NPDB);
- Xác định các vấn đề cần thích hợp liên quan tới [Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Bảo mật Thông tin Bảo hiểm Y tế](#) năm 1996 (HIPAA);
- Thảo luận về các vấn đề pháp lý và y đức liên quan đến sai sót và minh bạch y tế;
- Giải thích tác động do sai sót, luật chống độc quyền và quản lý rủi ro về thực hành chăm sóc sức khỏe;
- Trình bày khuôn khổ cơ bản cho lựa chọn thay thế trong tranh chấp về pháp lý và
- Thảo luận các khái niệm cơ bản về [Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học](#) (IRB) và những tranh cãi hiện nay về [QI](#).

Lịch sử

Một trong những bộ luật có hiệu lực đã được ghi nhận đầu tiên dựa trên hệ thống luật pháp của [người Sumer và Akkad](#)¹. Do thủ lĩnh Hammurabi ở vương quốc Babylonia (Iraq ngày nay) giữa năm 1795 và 1750 trước Công nguyên (TCN) biên soạn². Bộ luật Hammurabi có một số quy định liên quan đến những hoạt động của thầy thuốc. Họ có thể được phép: đưa ra giá thanh toán cho thầy thuốc và chi trả cho người bệnh về những thiệt hại do kết quả của hoạt động chữa bệnh. Theo đạo luật này thầy thuốc được đánh giá dựa trên chất lượng và kết quả thực hiện (chi trả bước đầu cố định). Khi xã hội được quản lý nhiều hơn bằng pháp luật, ngành pháp lý và chính phủ tăng cường hoạt động giám sát của mình: các hành động và các hoạt động cụ thể trước và sau kê đơn.

Quy tắc và nguyên tắc y đức có thể tìm thấy trong các tác phẩm ở các nền văn minh cổ đại ở Hy Lạp và Ấn Độ. Ví dụ các tác phẩm của Hippocrates (thế kỷ thứ 5 TCN) gồm những nội dung nguyên tắc đối với thầy thuốc và quyền của người bệnh³. Tài liệu ghi nhận Susruta một thầy thuốc phẫu thuật nổi tiếng ở Ấn Độ (thế kỷ thứ 6 TCN), yêu cầu sinh viên của mình sử dụng các loại trái cây, rau quả và các mô hình nhân tạo về cơ thể con người trong đào tạo phẫu thuật⁴. Các khái niệm cơ bản được tìm thấy trong các tài liệu về y đức và pháp lý tiến triển song song với sự phát triển của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hiện đại. Các tài liệu thể hiện trong các hoạt động quản lý và hỗ trợ tài chính trong cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, được các hiệp hội y khoa xuất bản và phổ biến.

[Đánh giá ngang hàng](#) (Peer Review), một yếu tố quan trọng trong đánh giá dịch vụ y tế và giám sát là điều cơ bản trong thực hành bệnh viện hơn một thế kỷ qua, khi Medicare đã luật

hóa, dưới hình thức đảm bảo chất lượng và các hoạt động đánh giá xem xét việc sử dụng quy định yêu cầu đánh giá ngang xa hơn nữa⁵. Các khuôn khổ pháp lý và y đức hiện hành về chất lượng quản lý y tế cần phải phản ánh ưu tiên của xã hội bằng cách cân bằng giữa lợi ích của người bệnh, nhà cung cấp dịch vụ y tế, nhà hoạch định chính sách y tế, cơ quan quản lý và cộng đồng nói chung. Tiêu chuẩn pháp lý và y đức nhằm đảm bảo tôn trọng những ưu tiên của xã hội.

Vai trò của Chính phủ

Chính phủ sử dụng hệ thống văn bản quy phạm pháp luật (luật và các văn bản dưới luật-quy chế) để luật hóa các hành động và tin tưởng điều đó phù hợp với các hoàn cảnh cụ thể để bảo vệ người dân. Các văn bản quy phạm pháp luật này nhằm mục đích làm giảm sự biến đổi và sự phức tạp không cần thiết.

Luật của liên giành quyền ưu tiên với luật các tiểu bang ở hầu hết các trường hợp⁵. Ví dụ [Đạo Luật Đảm Bảo Thu nhập Hưu Trí cho Người lao động](#) năm 1974, PL 93-406 (the Employee Retirement Income Security Act-[ERISA](#)) thiết lập mức trợ cấp tối thiểu và các kế hoạch bảo hiểm y tế khác do các cá nhân chủ sử dụng lao động cung cấp. Luật hỗ trợ ngành công nghiệp tư nhân bằng quy định, bảo vệ quyền lợi của người lao động tham gia chương trình phúc lợi, các đối tượng hưởng lợi từ các chương trình tham gia, bằng cách thiết lập quy tắc ứng xử cho tín dụng và bằng cách đơn giản hóa việc tạo ra các chương trình phúc lợi giữa các tiểu bang hoặc quốc gia. Bởi vì điều đó được pháp luật nhà nước ưu tiên. Luật [ERISA](#) cho phép các công ty tư nhân cung cấp bảo hiểm sức khỏe và lợi ích toàn quốc mà không đụng chạm tới các quy định bảo hiểm nhà nước. Trong các vụ kiện dân sự, luật [ERISA](#) cấm tòa án ra quyết định trao tiền cho các đối tượng hưởng lợi do đau đớn, chịu đựng và thiệt hại nặng vì cầu thả hiển nhiên trong quản lý yếu kém của các kế hoạch chăm sóc sức khỏe. Luật này và tác động của luật đối với vụ kiện cụ thể là cốt lõi của một cuộc tranh luận đang diễn ra giữa quy định nhà nước và các quy định liên bang gắn liền với mức độ bảo vệ và trách nhiệm giải trình của người được ủy thác và quyền của người thụ hưởng được bồi thường do thiệt hại.

Chính phủ hỗ trợ các chuyên gia chất lượng y tế thông qua các quy chế và bằng cách cung cấp cho các cơ quan chính phủ và các cơ quan, tổ chức do chính phủ tài trợ như [Cơ quan Nghiên cứu Y tế và Chất lượng](#) (Agency for Healthcare Research and Quality-[AHRQ](#)), trong đó khuyến khích, tạo điều kiện thuận lợi cho y học dựa trên bằng chứng (evidenced-based medicine-EBM), phát triển hướng dẫn và Viện nghiên cứu Y khoa (Institute of Medicine-IOM). Từ năm 1970 [IOM](#) chính thức trở thành một thành phần của Viện Hàn lâm Khoa học Quốc gia theo một điều lệ được phê duyệt, [IOM](#) đã tạo ra các báo cáo mang tính bước ngoặt về nhầm lẫn trong y tế, an toàn người bệnh và cải tiến chất lượng^{6,7} thúc đẩy phát triển các sáng kiến quốc gia nhằm nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Trong báo cáo năm 2001, [Vượt qua các Khác biệt lớn về Chất lượng](#) (*Crossing the Quality chasm*), [IOM](#) không thừa nhận các tổ chức chăm sóc sức khỏe đóng vai trò tích cực trong cải thiện chăm sóc bằng cách tập trung vào sáu lĩnh vực chính: an toàn, kịp thời, hiệu quả, hiệu lực, công bằng và cách tiếp cận lấy người bệnh làm trung tâm⁷. Các tổ chức chăm sóc y tế của Mỹ đáp ứng lại bằng cách thực hiện các hoạt động [QI](#) làm cho chăm sóc y tế an toàn hơn cho người bệnh.

Quy chế, quy định, quy tắc và đạo luật

Chính phủ quy định về thực hành và chuyển giao các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua các quy chế, quy định, quy tắc và đạo luật. Các tiểu bang điều chỉnh các tổ chức chăm sóc sức khỏe và các vấn đề chăm sóc sức khỏe khác thông qua “quyền lực công cộng” yêu cầu thực hiện các hành động để duy trì và cải thiện sức khỏe cộng đồng và để cung cấp cho sự an toàn và phúc lợi cho người dân của nhà nước. Bởi vì cả chính phủ liên bang và các tiểu bang cấp nguồn tài chính cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cả hai có thể điều chỉnh việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bằng cách xác định những gì trong chăm sóc, dịch vụ, trang thiết bị y tế lâu bền và các loại thuốc được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm. Ví dụ một nhà tham gia cung cấp dịch vụ bệnh viện trong chương trình Medicare phải đồng ý với bác sĩ thăm định, chất lượng hoạt động liên quan và các yêu cầu khác.

Luật y tế liên bang thường bắt đầu từ một dự luật phải được chấp thuận của cả hai viện của Quốc hội. Theo quy định, Luật tạo ra theo cách này được nêu như khái niệm rộng. Các cơ quan sẽ quản lý pháp luật thường soạn thảo các quy định chi tiết (ví dụ các quy chế và quy định). Trong trường hợp các quy chế hoặc quy định quan trọng, chẳng hạn như [Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Bảo mật Thông tin Bảo hiểm Y tế](#) năm 1996 (HIPAA) hoặc thay đổi đối với hệ thống chi trả Medicare hoặc đề nghị dự thảo quan trọng được công bố trong [Công báo liên bang](#) (Federal Register) với một khoảng thời gian cho ý kiến. Phản ứng với các đề xuất của các nhà lập pháp và công chúng có thể dẫn đến những thay đổi đáng kể. Khi công bố quy chế, quy định hay đạo luật có cân nhắc đầy đủ về pháp luật.

Quy chế và Luật Công đảm bảo chất lượng

Một số đạo luật yêu cầu đảm bảo chất lượng (QA) các hoạt động ngoài các hoạt động [QI](#). Các hoạt động QA tập trung vào việc tuân thủ các tiêu chuẩn hoặc hướng dẫn được chấp nhận. Ngược lại các hoạt động [QI](#) tập trung vào các biện pháp, quy trình và kết quả liên tục, chuỗi lặp đi lặp lại các hành động tích cực cải thiện kết quả.

Các cuộc thanh tra cơ sở được nhà nước uỷ và cấp giấy phép chuyên môn tạo “nền tảng” mức độ chất lượng (ví dụ yêu cầu tối thiểu để thực hành nghề y hoặc để cung cấp dịch vụ chăm sóc tại một cơ sở). Trong khi cấp giấy phép là rất quan trọng, điều đó không đảm bảo chăm sóc sức khỏe chất lượng cao.

Một số nhóm bảo vệ lợi ích cộng đồng, như [Tổ chức Công dân Cộng đồng](#) (Public Citizen) đã cố gắng sử dụng giấy phép và xử phạt công như một biện pháp hiệu quả để khả năng để bảo vệ người dân của [Hội đồng cấp chứng chỉ hành nghề Y](#) (State Board of Medicine-SBM). Một phương pháp đang tính toán tỷ lệ các bác sĩ bị kỷ luật so với số lượng bác sĩ được cấp phép ở tiểu bang. Tỷ lệ này tiềm ẩn gây nhầm lẫn vì có thể gồm cả các bác sĩ có giấy phép nhưng thực tế không hoạt động hành nghề hoặc chỉ tham gia vào nghiên cứu hoặc không cư trú hoặc thực hành ở nhiều tiểu bang nơi họ có thể được cấp phép.

Các tiểu bang chịu trách nhiệm cho một số lượng đáng kể việc giám sát, bao gồm cấp giấy phép, giám sát của các cơ sở điều trị nội trú, các nhân viên y tế và các quy định của không

thuộc [ERISA](#) quản lý chăm sóc và các sản phẩm bảo hiểm khác. Chính phủ liên bang có một tác động đáng kể thông qua các chương trình Medicare (tài trợ liên bang) và chương trình Medicaid (đồng tài trợ, tài trợ liên bang và tiểu bang), các chương trình này ảnh hưởng đến một tỷ lệ phần trăm cao dân số trong hầu hết các tiểu bang.

Các tiểu bang mong đợi kiểm định được công nhận trên toàn quốc, như [Ủy ban Hỗn hợp](#) (Joint Commission-[TJC](#)), Ủy ban Đảm bảo Chất lượng Quốc gia (National Committee for Quality Assurance-NCQA) và Ủy ban thẩm định xem xét sử dụng (Utilization Review Accreditation Commission-URAC) như là nguồn các tiêu chuẩn. Thu thập và báo cáo dữ liệu của [Cơ sở Dữ liệu và Tập hợp Thông tin về Chăm sóc Sức khỏe Hiệu quả](#) (The Healthcare Effectiveness Data and Information Set-HEDIS) và của Ủy ban Quốc gia về đảm bảo chất lượng [NCQA](#) là một yêu cầu cho nhiều cơ quan nhà nước giám sát quản lý chăm sóc Medicaid.

Tiêu chuẩn sức khỏe và an toàn tạo nền tảng nâng cao chất lượng và bảo vệ sức khỏe và sự an toàn của người hưởng lợi là người bệnh nội trú. Chính phủ giám sát và đánh giá quá trình thẩm định của Ủy ban Hỗn hợp ([TJC](#)) đang diễn ra được chứng thực trong nghiên cứu của GAO-04-850 [Cơ quan Giải trình Trách nhiệm Chính phủ](#) (Government Accountability Office-[GAO](#)). Trong Báo cáo theo Yêu cầu Quốc hội, [Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid](#) (*The Centers for Medicare and Medicaid Services-CMS*) có tựa đề “[Nhu cầu Bổ sung Thẩm quyền để Giám sát Thỏa đáng An toàn của Người bệnh trong các Bệnh viện](#)”, [GAO](#) đã báo cáo rằng quá trình thẩm định bệnh viện trước năm 2004, do Ủy ban Hỗn hợp đã không xác định được rất nhiều thiếu sót của các bệnh viện theo các yêu cầu Medicare đã báo cáo trong khảo sát nhà nước. Đề xuất đã thực hiện đối với [CMS](#) để sửa đổi các quy trình giám sát.

Nhiều bệnh viện ủy quyền giám sát Medicare cho một cơ quan kiểm định chất lượng. Ủy ban Hỗn hợp ([TJC](#)) là một tổ chức tư nhân phi lợi nhuận đã kiểm định hầu hết các bệnh viện tham gia Medicare. Các bệnh viện được Ủy ban Hỗn hợp thẩm định được coi là phù hợp với các yêu cầu tham gia Medicare. Theo quy chế Medicare, bệnh viện được Ủy ban Hỗn hợp thẩm định được coi là “đã được đánh giá” như thể các bệnh viện đã đáp ứng yêu cầu cấp phép Medicare (theo mục 42 §1395x [e] và §1395bb).

Do một khối lượng người mua dịch vụ chăm sóc sức khỏe, [CMS](#) ảnh hưởng đến cách thức chăm sóc cho người cao tuổi và người tàn tật. Điều đó cũng có một tác động đáng kể đến các doanh nghiệp bảo hiểm và Medicaid. Chi trả và quy định bảo hiểm của [CMS](#) ảnh hưởng đến một tỷ lệ lớn người bệnh nằm viện và cấp cứu. Những thay đổi về bảo hiểm Medicare trở nên cần thiết cho các bệnh viện để sửa đổi các chính sách, quy trình, giáo dục nhân viên và giám sát liên tục sự tuân thủ của nhân viên y tế, người quản lý bệnh viện và nhân viên làm đúng yêu cầu bệnh viện.

[Đạo luật Giảm Thâm hụt năm 2005](#) (The Deficit Reduction Act of 2005-[DRA](#)) được Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (the U.S. Department of Health and Human Services-[HHS](#)) hướng dẫn nhằm xác định một số lượng lớn biến chứng có thể tránh được ở người bệnh nội trú. Medicare sẽ không chi trả khi xuất hiện các biến chứng này. Quy định mới này bắt buộc

theo Mục 5001 (c) của Công Luật 109-171, đã được công bố là một quy tắc xuất từ tháng 3/2007. Theo Công báo liên bang Federal Register quy định có hiệu lực từ tháng 10/2008. [CMS](#) loại bỏ Medicare chi trả viện phí cho tám biến chứng trong các chứng bệnh chính nếu xảy ra trong bệnh viện. [HHS](#) dự định sẽ bổ sung nhiều hơn các chẩn đoán này trong “danh sách không thanh toán” trong tương lai. Chương trình được thiết kế nhằm giảm xuất hiện hoặc ngăn chặn các biến chứng (ví dụ các chính sách, các quy trình) có thể sẽ dẫn đến giảm tỷ lệ những biến chứng này tại các bệnh viện trên cả nước.

Luật Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Sức khỏe và bảo vệ đánh giá ngang hàng

Đánh giá ngang hàng là một hoạt động trong đó một nhân viên y tế kiểm tra việc thực hành của người khác để xác định năng lực thực hành nghề y. Trong quá khứ, đã có những lo ngại về khả năng lạm dụng đánh giá ngang hàng và các đồng nghiệp có nguy cơ tiết lộ. Bởi vì tiết lộ này có thể dẫn đến kiện tụng tốn kém và tốn thời gian và hoặc tiềm ẩn thiệt hại đến uy tín của một người, nhiều bác sĩ đã được khuyên không tham dự đánh giá ngang hàng.

[Đạo luật Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Sức khỏe](#) (The Health Care Quality Improvement Act-[HCQIA](#)) năm 1986 (Title IV of Public Law No. 99-660) có hiệu lực khi số lượng rất lớn các ca sai sót trong thực hành nghề y, cùng với các cuộc hòa giải đang gia tăng. Sai sót trong hành nghề y và nhận thức về rủi ro chăm sóc sức khỏe đã hiện diện trong ánh mắt công chúng; đã đến lúc phải ra tay thực hiện hành động đảm bảo an toàn cho người bệnh. Bác sĩ theo như báo tin bị coi phải về hưu sớm và hoặc loại bỏ các quy trình nào đó khỏi các hoạt động của họ để giảm rủi ro và chi phí do sai sót trong thực hành nghề y. Tăng cường giám sát bác sĩ, các nhân viên y tế khác (ví dụ giấy phép, thẩm định) và đánh giá ngang hàng cần phải tạo ra được an toàn cho các bác sĩ.

Mặc dù [HCQIA](#) dẫn tới việc bảo vệ đánh giá ngang hàng cho các tổ chức, cá nhân tham gia vào công việc này. Một khoản cung cấp lớn khác, việc xây dựng Ngân hàng Dữ liệu Quốc gia Hành nghề y ([NPDB](#)) đã không được nhận thức rõ cho đến khi sau khi công bố các quy định cuối cùng vào năm 1989. [Đạo Luật Điều Phối Ngân Sách Omnibus](#) (Omnibus Budget Reconciliation Act-[OBRA](#)) 1990 tiếp tục được sửa đổi nội dung cơ sở dữ liệu, [OBRA](#) đã thêm một yêu cầu các phán quyết bất lợi (phát hiện và hành động) bằng cách đánh giá ngang hàng của các tổ chức kiểm định tư nhân phải báo cáo cho [NPDB](#)⁸. Một điều khoản chính của [HCQIA](#) là miễn trừ cung cấp cho các cơ quan tiến hành đánh giá ngang hàng. Luật này tác động các tổ chức: bệnh viện, tổ chức chăm sóc quản lý, hiệp hội nghề nghiệp hoặc ủy ban bác sĩ trên toàn quốc, tại một tiểu bang hoặc các địa phương, có tham gia vào các hoạt động xem xét nghề nghiệp thông qua một quá trình đánh giá ngang hàng chính thức. Mục tiêu thể hiện của các tổ chức này cần phải thực hiện cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe. Bảo hộ có đủ điều kiện bằng hành động là “đủ điều kiện miễn trừ” khỏi các thiệt hại theo luật tiểu bang và liên bang nếu theo các điều khoản của đạo luật (Bảng 9-1). Các hành vi liên quan đến việc thảo luận của cơ quan chuyên môn và hành động đã thực hiện là kết quả của quá trình đánh giá ngang hàng. Cá nhân tham gia vào các hoạt động này cũng được bảo vệ (xem *Imperial v Suburban Hosp Association, Inc.*, 37 F3d 1026 [4 Cir 199];.. *Bệnh viện v IHC Decker, Inc.*, 982 F2D 433 [10 Cir 1995]). [HCQIA](#) chỉ thiết lập miễn trừ trách nhiệm pháp lý, không miễn

trừ các vụ kiện. [HCQIA](#) cũng đặc biệt từ chối miễn trừ cho các tuyên bố cáo buộc vi phạm quyền dân sự (42 sử dụng §11111 [b] đánh giá nghề nghiệp).

BẢNG 9-1 Yêu cầu đối với các hoạt động đánh giá ngang hàng được công nhận miễn trừ

1. Đánh giá và kết quả hành động phải gây ảnh hưởng xấu đến [các đặc quyền lâm sàng](#) (privileges) của bác sĩ và phải dựa trên năng lực lâm sàng hay hoặc vấn đề đạo đức.
2. Các hành động phải thực hiện dựa trên niềm tin hợp lý rằng điều đó sẽ cải thiện chất lượng chăm sóc.
3. Các bác sĩ phải được trao quyền theo đúng quy trình trong một khoảng thời gian cụ thể. Quy trình cấp quyền khiếu nại và khung thời gian được quy định rõ theo luật định. Các bác sĩ phải nhận thức được những điều sau đây:
 - Hành động có hại tiềm ẩn.
 - Cơ sở cho hoạt động, quyền yêu cầu một cuộc điều trần (thời hạn dưới 30 ngày).
 - Quá trình điều trần và các nhân chứng được gọi.
 - Nhân chứng có thể nhờ luật sư đại diện và có thể thẩm vấn chéo giữa các nhân chứng và bằng chứng hiện nay.
 - Phiên điều trần sẽ được ghi âm cùng với ghi chép một văn bản báo cáo, các bác sĩ sẽ nhận được một bản sao.

Phải báo cáo các hành động cho [NPDB](#) phù hợp theo khung thời gian quy định .

Trong bối cảnh của lời buộc tội vi phạm các quyền dân sự, đánh giá ngang bằng có thể gây nhức nhối. Trong vụ án quyền dân sự *Russell Adkins v Christie*, 488 F.3d 1324 (11 Cir 2007), ba thẩm phán của ban hội thẩm phiên tòa phúc thẩm lưu động liên bang Hoa Kỳ lần thứ 11 đã yêu cầu xem xét các hồ sơ đánh giá ngang hàng để điều tra hành vi vi phạm quyền dân sự tiềm ẩn. Bác sĩ đã cho rằng một hành động thực hiện dựa trên chủng tộc của mình. Tòa án đã quyết định loại trừ tận gốc tệ “phân biệt đối xử ngầm ngấm” có ưu tiên hơn cần thiết để giữ bí mật thảo luận đánh giá ngang hàng cá nhân. Các thẩm phán đã phán quyết các thông tin chứa trong đánh giá ngang hàng không gây nên tệ phân biệt chủng tộc và Tiến sĩ Adkins đã phải chịu một mức độ cao hơn đánh giá, dẫn đến chấm dứt các đặc quyền của ông.

Đánh giá ngang hàng không thể được sử dụng như một lá chắn trong trường hợp bác sĩ bị xử lý kỷ luật dựa trên chủng tộc, các lý do kinh tế (tức là không có lý do chính đáng để xem xét sẽ cải thiện chất lượng chăm sóc) hoặc không sử dụng các đồng nghiệp thích hợp (ví dụ sự thất bại để chứng minh nỗ lực hợp lý đã thực hiện để có được và để đánh giá các sự kiện liên quan đến việc xác định một hành động).

Bảo vệ đánh giá ngang hàng chỉ được cho phép khi mục tiêu của đánh giá ngang bằng được tiến hành theo đức tin tốt với mục tiêu chính từ các hoạt động nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe. Việc đánh giá và kết quả hành động phải gây ảnh hưởng xấu đến đặc quyền lâm sàng của bác sĩ và được dựa vào năng lực hành vi lâm sàng hoặc vấn đề y đức. Quá trình kháng cáo được dẫn chứng bằng tư liệu đặc biệt trong bộ luật. Bảng 9-2 liệt kê những khó khăn tiềm ẩn không ngờ tới cần tránh.

BẢNG 9-2 Không thừa nhận đối với quyền miễn trừ đánh giá ngang hàng

Không thừa nhận có thể tạo ra sự miễn trừ từ những cuộc thảo luận do cáo buộc “đánh giá ngang hàng giả” được tiến hành theo đức tin xấu nếu:

- Bác sĩ không nhận thức được hành động có hại tiềm ẩn và là cơ sở cho hành động.
- Các yêu cầu thủ tục không đáp ứng (tức là bác sĩ không được thực hiện quyền theo đúng thủ tục của mình và đã không thực hiện một phiên điều trần công bằng).
- Không đáp ứng các khung thời gian cần thiết cho một cuộc điều trần.
- Bác sĩ không được thông báo họ có thể được mời luật sư đại diện.
- Bác sĩ không nhận thức được về quá trình điều trần và về các nhân chứng được gọi.
- Bác sĩ không được tạo điều kiện để đối phó với thẩm vấn chéo với nhân chứng và bằng chứng hiện diện.
- Bác sĩ đã không nhận được một bản sao báo cáo.
- Các trường hợp liên quan đến khiếu nại là quyền dân sự.
- Các hành động đã thực hiện để giảm sức cạnh tranh (ví dụ thông đồng giữa các thành viên của ban đánh giá ngang hàng là đối thủ cạnh tranh trực tiếp của bác sĩ được xem xét).
- Hành động thực hiện không nhằm mục tiêu chính để cải thiện chăm sóc, mà để loại bỏ một nhân viên rắc rối hoặc để làm im lặng một “người bất mãn” hoặc răn đe.

Miễn trừ phụ thuộc vào sự tuân thủ các yêu cầu bao gồm cả khung thời gian, thông báo và các vấn đề về quy trình.

Ngân hàng Dữ liệu Quốc gia Hành nghề y ([The National Practitioner Data Bank-NPDB](#))

Thành lập năm 1990, [NPDB](#)⁹ để thu thập các dữ liệu sau:

- Các hoạt động đánh giá nghề nghiệp được các bệnh viện thực hiện, các [Tổ chức Bảo vệ Sức khỏe](#) (Health Maintenance Organization-[HMO](#)) và các tổ chức khác dẫn đến giảm, đình chỉ,

thu hồi các đặc quyền lâm sàng, hạn chế hoặc chấm dứt đặc quyền hoặc tư cách thành viên trong một tổ chức chăm sóc sức khỏe. Bất kỳ hành động nào ảnh hưởng xấu đến đặc quyền lâm sàng của một bác sĩ trong một thời gian trên 30 ngày phải được báo cáo.

- Chấp nhận từ bỏ đặc quyền lâm sàng hoặc hạn chế các đặc quyền, trong khi bác sĩ đang bị điều tra bởi các đơn vị chăm sóc sức khỏe liên quan đến các vấn đề thiếu năng lực hay hành nghề không đúng cách hoặc do một lựa chọn thay thế để tiến hành điều tra.
- Các hoạt động hội đồng chuyên môn dẫn đến một sự thay đổi trong tình trạng cấp giấy phép.
- Loại trừ khỏi chương trình Medicare-Medicaid; hình thức xử phạt.
- Thanh toán sai sót và các vụ thay mặt bác sĩ thực hiện hòa giải.

[HCQIA](#) (§ 11135 Tiêu đề 42, Chương 117, Phụ chương II, Nhiệm vụ của bệnh viện) dự tính các bệnh viện sẽ sử dụng các nội dung [NPDB](#) để thẩm định. Các thông tin sẽ sẵn có cho các đơn vị khác bao gồm các [Tổ chức Quản lý Chăm sóc Sức khỏe](#). Những đơn vị liên quan kỳ vọng [NPDB](#) sẽ truy vấn một bệnh viện khi một bác sĩ nộp đơn thẩm định cho một vị trí với những người làm công tác chuyên môn của mình, bao gồm tình trạng nhận xét và cứ 2 năm tiếp theo (khoảng thời gian dự kiến cho tái thẩm định). Theo như đã đề cập trong Luật, “Bất cứ bệnh viện nào không có yêu cầu thông tin (để đánh giá) theo yêu cầu trong đoạn (a) phần này được cho là có kiến thức về mọi thông tin được báo cáo cho [NPDB](#)¹⁰...”

Theo [HCQIA](#) ở mỗi tiểu bang người quan tâm có thể truy cập vào [NPDB](#) theo:¹¹

1. Bệnh viện có yêu cầu thông tin liên quan đến một bác sĩ, nha sĩ hoặc nhân viên y tế khác, những nhân viên y tế của cơ sở này (vì điều gì đó hay về mặt khác) hoặc có đặc quyền lâm sàng tại bệnh viện;
2. Bác sĩ, nha sĩ hoặc những nhân viên y tế khác có yêu cầu thông tin liên quan đến bản thân mình;
3. Hội đồng thi cấp chứng chỉ hành nghề Y ([State Board of Medicine](#)-SBM) hoặc Hội đồng cấp phép khác;
4. Các tổ chức chăm sóc y tế đã tham dự thi hoặc có thể sẽ tham gia dự thi cho nhân viên, các mối quan hệ liên kết với bác sĩ, nha sĩ, các nhân viên y tế khác hoặc các bác sĩ, nha sĩ, nhân viên y tế khác đã nộp đơn xin cấp đặc quyền lâm sàng hoặc bổ nhiệm cho đội ngũ nhân viên làm công tác chuyên môn y;
5. Một luật sư hoặc một cá nhân tự mình nộp đơn kiện một hành động sai sót trong thực hành y khoa, khiếu kiện tại một tòa án tiểu bang hoặc liên bang hay một cơ quan phán xét khác đối với một bệnh viện và bệnh viện đó yêu cầu thông tin liên quan đến người bác sĩ, nha sĩ hoặc nhân viên y tế khác. Những người định rõ trong hành động hay tuyên bố miễn là thông tin này sẽ chỉ được tiết lộ chỉ khi đưa nộp các bằng chứng bệnh viện đã không yêu cầu thông tin

từ Ngân hàng Dữ liệu Hành nghề Quốc gia (NPDB) theo quy định tại chương 60,10 (a) và có thể được sử dụng chỉ đối với tranh chấp phát sinh từ các hành động hay tuyên bố chống lại bệnh viện;

6. Một cơ sở chăm sóc sức khỏe đối với hoạt động xem chuyên môn.

Các thầy thuốc hành nghề có thể tranh cãi về sự chính xác của nội dung báo cáo trong vòng 60 ngày kể từ ngày báo cáo gửi đi qua bưu điện. Có các hướng dẫn cụ thể trong luật như những hành động có thể được thực hiện để tranh cãi một tiếp nhận (hồ sơ). [HCQIA](#) cho phép Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ ([HHS](#)) được ban hành quy định cho phép một thầy thuốc hành nghề không thừa nhận các thông tin được báo cáo cho [HHS](#) (42 sử dụng §11136 [2]).

Các hội đồng thi cấp chứng chỉ hành nghề Y tiểu bang và các tổ chức chăm sóc sức khỏe tham gia vào các hoạt động đánh giá ngang hàng để báo cáo hành động kỷ luật họ gửi tới [NPDB](#).

Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Bảo mật Thông tin Bảo hiểm Y tế (The Health Insurance Portability and Accountability Act-HIPPA) và các quyền pháp lý của luật này

Luật công 104-191 và [HIPAA](#) được thông qua nhằm giải quyết nhiều khía cạnh trong chăm sóc sức khỏe và có những quy định khác nhau có hiệu lực tại thời điểm khác nhau. Theo đạo luật có hai quyền pháp lý: Quyền pháp lý I đánh giá khả năng tiếp cận chăm sóc sức khỏe, di chuyển và khả năng phục hồi; Quyền pháp lý II phòng ngừa gian lận và lạm dụng chăm sóc sức khỏe, đơn giản hóa thủ tục hành chính và cải thiện vụ pháp lý về dịch vụ y tế (Bảng 9-3).

BẢNG 9-3 Các quyền pháp lý theo [Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Bảo mật Thông tin Bảo hiểm Y tế \(HIPAA\)](#)

Quyền pháp lý I (Title I) đề cập đến các vấn đề liên quan đến quyền chăm sóc sức khỏe, khả năng chuyển bảo hiểm và các vấn đề liên quan đến bảo hiểm y tế do ảnh hưởng từ thay đổi hoặc mất việc làm. Quyền này ngăn ngừa nhóm sức khỏe lập kế hoạch đủ điều kiện và hoặc điều chỉnh phí bảo hiểm được dựa trên tình trạng sức khỏe, tiền sử bệnh hoặc khuyết tật. Những biện pháp bảo vệ trong đó có năng lực và không được cung cấp cho bảo hiểm cá nhân riêng.

Quyền pháp lý II (Title II) chịu trách nhiệm xây dựng các quy định cụ thể liên quan đến sự riêng tư, giao dịch và mã hóa, bảo mật, định danh duy nhất và thực thi.

Quy chế bảo mật thông tin y học

Quy chế này bao gồm các quy định điều chỉnh sử dụng việc công bố thông tin y tế được bảo mật ([Protected Health Information](#)-PHI) cả ở dạng điện tử hoặc giấy. Thông tin y tế được bảo

mật là mọi thông tin liên quan đến sức khỏe, tình trạng sức khỏe, các thông tin liên quan đến quy định cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thanh toán và mọi thông tin trong hồ sơ bệnh án. Ngoại trừ cụ thể trong quy tắc này bao gồm báo cáo gửi các công chức thực thi pháp luật về bằng chứng lạm dụng trẻ em và báo cáo về bệnh lây nhiễm. Chìa khóa để công bố của [PHI](#) giữa các nhân viên y tế là lượng thông tin tối thiểu cần thiết cần được đưa ra. Các đơn vị được bảo mật (theo định nghĩa trong quy chế¹² là những người được “bảo vệ theo những quy định”) cũng phải theo dõi công bố này của [PHI](#) và phải chỉ định một cá nhân chịu trách nhiệm về giáo dục tất cả các nhân viên về các quy tắc bảo mật và giám sát các cung cấp thông tin được bảo mật theo [HIPAA](#). Các cơ sở được bảo vệ yêu cầu phải có cán bộ riêng, các chính sách và quy trình được sử dụng để huấn luyện cơ sở hoặc nhân viên để đảm bảo phù hợp với luật định.

Quy tắc bảo mật cho phép người bệnh có quyền xem xét lại hồ sơ bệnh án của mình và sửa chữa bất kỳ mọi sai sót. Các tổ chức bảo hiểm có thể tiết lộ thông tin như là một phần của điều trị liên tục, thanh toán trong quá trình hoạt động bình thường của cơ sở hoặc văn phòng nếu được người bệnh ủy quyền. Các nhân viên bảo mật có trách nhiệm đảm bảo các hoạt động bảo mật xảy ra liên tục, ngoài ra phải đảm bảo tuân thủ các yêu cầu khác của [HIPAA](#). Khi bước đầu tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, người bệnh được cung cấp một thông báo quy định bảo mật (ví dụ giải thích việc sử dụng của tổ chức thông tin và quyền của người bệnh liên quan đến việc sử dụng và công bố các thông tin trong các hồ sơ sức khỏe). Thừa nhận của người bệnh tiếp nhận thông tin này phải được lưu giữ.

Thực hiện và Quy chế Thiết lập Mã hóa

Quy tắc này quy định việc đơn giản hóa thu thập dữ liệu và tổng hợp thông qua tạo ra các tập hợp dữ liệu chung và bồi dưỡng các khả năng tương tích của chương trình, bao gồm các chức năng trao đổi dữ liệu điện tử (Electronic Data Interchange-EDI). Các mã hóa thông thường có những ưu điểm sau¹³:

- Tạo điều kiện nộp đơn điện tử về yêu cầu sức khỏe
- Giảm chi phí các tương tác điện tử trong thời gian dài
- Giảm các lỗi do từ chối các yêu cầu
- Cung cấp một hệ thống phổ biến hơn để thu thập dữ liệu và khả năng tương thích giữa các hệ thống và các chương trình khác nhau bao gồm yêu cầu xử lý thu thập dữ liệu sức khỏe
- Cải thiện tính minh bạch liên quan đến cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Tạo điều kiện báo cáo gian lận chăm sóc sức khỏe, điều tra lạm dụng

Được định nghĩa và xác định đây là gian lận và lạm dụng hành vi phạm tội. Một cơ sở dữ liệu bổ sung cũng được tạo để thu thập thông tin được liệt kê dưới đây. Những bộ dữ liệu này cũng có thể là dữ liệu được khai thác để xác định hoàn cảnh dẫn đến tăng nguy cơ gian lận và lạm dụng.

Ngân hàng Liêm Chính sóc Sức khỏe và Bảo vệ Dữ liệu

Ngân hàng Liêm Chính sóc Sức khỏe và Bảo vệ Dữ liệu (The Healthcare Integrity and Protection Data Bank HIPDB)¹¹ thu thập các báo cáo về các hành động có hại cuối cùng bao gồm những điều sau:

1. Bản án dân sự do tòa án liên bang và tiểu bang liên quan đến các quy định về hàng hóa và dịch vụ, phát hiện bất lợi cho những người cung cấp và các công ty cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các biện pháp do các cơ quan liên bang hoặc tiểu bang chống lại những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các nhà làm dịch vụ cấp phép và chứng nhận.
2. Loại khỏi sự tham gia chương trình chăm sóc sức khỏe liên bang hay tiểu bang.
3. Án hình sự liên bang hay tiểu bang đối với các nhà cung cấp dịch vụ y tế.

Quy chế bảo mật

Quy chế bảo mật bao gồm biện pháp giữ bảo mật trong công bố thông tin y tế điện tử được bảo mật [PHI](#). Một phần đạo luật [HIPAA](#), tạo ra mã số nhận dạng duy nhất cho tất cả các cơ sở sử dụng [EDI](#). [Mã số Định danh Nhà cung cấp Quốc gia](#) (National Provider Identifier-[NPI](#)) sẽ thay thế tất cả Mã số Nhà Cung cấp Duy nhất (Unique Provider Identification Number-[UPIN](#)).

Quy chế thực thi

Quy chế thực thi ban hành năm 2006, quy định các hình phạt đối với hành vi vi phạm các quy định [HIPAA](#) và tạo ra cơ cấu điều tra và điều trần liên quan tới vi phạm.

Sự cố y tế (sai lầm y tế) và minh bạch

Rất nhiều các tập đoàn công nghiệp chủ động khuyến khích thừa nhận sự cố y tế, đặc biệt những sự cố này rõ ràng đối với người bệnh-gia đình và những sự cố không gây tổn hại. [Diễn đàn Chất lượng Quốc gia](#) (The National Quality Forum-[NQF](#)) hỗ trợ công bố thông tin này như một thực tế khuyến khích chăm sóc an toàn¹⁴. Năm 2001 Ủy ban Hỗn hợp ([Joint Commission-TJC](#)) ban hành một tuyên bố công khai trên toàn quốc mong muốn người bệnh có nhận thức về tất cả các kết quả việc chăm sóc. Rất nhiều các bệnh viện lớn và hệ thống y tế hỗ trợ thừa nhận mắc sự cố, đưa ra lời xin lỗi, giải thích nguyên nhân các sai lầm có thể xảy ra và truyền thông về thực hiện các hành động để ngăn chặn sự tái diễn trong tương lai.

Trung tâm Y tế Cựu chiến binh ở Lexington, Kentucky đã có chính sách công bố thông tin đầy đủ từ những năm 1980^{15,16}. Trung tâm Y khoa Đại học Illinois (UIC)¹⁶ có chương trình công bố sai sót nổi tiếng và một chương trình giảng dạy riêng để đào tạo sinh viên y khoa nhận ra sự cố y tế, đối phó với những ảnh hưởng và biết cách hành động. Từ năm 2001, khi bắt đầu thừa nhận sai lầm y tế và thương lượng dàn xếp với người bệnh bị tổn thương, Hệ thống Y tế Đại học Michigan đã nhận thấy sự sụt giảm đáng kể số lượng lớn đòi hỏi sai sót chưa xử lý¹⁷. Mặc dù đa số các tiểu bang hiện có “luật xin lỗi” ngăn chặn biểu hiện hối tiếc

đang được sử dụng trong các vụ kiện sai sót trong thực hành y khoa, có nhiều cá nhân và tổ chức tiếp tục nghi ngờ sự vững mạnh của các bộ luật này.

Báo cáo của Viện nghiên cứu Y khoa (Institute of Medicine-[IOM](#)) về [Sai lầm là cố hữu của con người: Xây dựng Hệ thống Y tế An toàn hơn](#) (*To Err is Human: Building a Safer Health System*) nhấn mạnh vấn đề sự cố y tế và khuyến cáo [NQF](#) như cơ sở để phát triển các chuẩn mực báo cáo, các yêu cầu quá trình báo cáo sai sót với các tổ chức chăm sóc sức khỏe và các hệ thống báo cáo không nhằm trừng phạt⁶.

Y đức hỗ trợ nói ra sự thật. Cách tiếp cận quản lý rủi ro, ủng hộ báo cáo sai sót cho để người bệnh tin rằng mình bạch sẽ giảm đi các vụ kiện, các vụ hòa giải sớm, hiểu biết tốt hơn về nguồn gốc hệ thống sai sót và lan truyền tức giận thông qua giao tiếp sớm. Các tạp chí lâm sàng dẫn đầu có những bài báo liên quan đến công bố thông tin cho người bệnh và có một bộ phận đang phát triển kiến thức về lĩnh vực này (ví dụ quy định khung về xin lỗi, cách thức bố trí thừa nhận, đúng thời điểm và địa điểm để xin lỗi)¹⁵⁻¹⁹

Chính quyền nhiều tiểu bang đã theo đuổi công bố thông tin liên quan tới pháp luật. Ví dụ một bộ luật ở Pennsylvania có các khung thời gian quy định việc công bố và cấm sử dụng các giao tiếp này làm bằng chứng về trách nhiệm pháp lý trong kiện tụng. Mặc dù hơn 30 tiểu bang có một số loại luật bảo vệ xin lỗi những biểu hiện hối tiếc và nói lời xin lỗi từ được sử dụng trong kiện tụng, những điều này đã không được thử nghiệm đầy đủ để tạo ra cảm giác an toàn cho các bác sĩ, luật sư và các công ty bảo hiểm. Tạp chí New England Journal of Medicine đã đăng một bài báo đánh giá (“Công bố sai sót y tế có hại cho người bệnh”). Như đã nói trong một bài báo trên tạp chí *New England Journal of Medicine* (“công bố sự cố y tế có hại cho người bệnh”) “luật sư nguyên đơn phải sàng lọc qua hàng chục yêu cầu tiềm năng để chọn lựa những người theo đuổi, thông tin phù hợp sẽ được công bố, liệu có cho phép sử dụng thông tin đó làm bằng chứng trong vụ kiện tiếp theo”^{16 (p-2716)}.

Một liên minh toàn quốc giữa người bệnh, luật sư, bác sĩ, bệnh viện và các nhà quản lý bệnh viện để thực hiện việc xin lỗi! Liên minh đã đề nghị nhân viên bệnh viện xem xét lại tất cả [các biến cố bất lợi](#) (adverse events) và nhà quản lý bệnh viện, các bác sĩ mở một cuộc đối thoại với người bệnh và gia đình của họ để giải thích những điều đã xảy ra, xin lỗi về mọi sai sót và đền bù thỏa đáng¹⁵.

Các tác giả một bài viết trên tờ Công việc Sức khỏe số ra tháng một-tháng hai năm 2007 có tiêu đề “Công bố Chấn thương Y tế Cho Người bệnh: Một Chiến lược Quản lý Rủi ro Khó Thực hiện” có quan điểm khác nhau về tác động tài chính của xu hướng công bố thông tin đầy đủ¹⁹. Các tác giả thừa nhận mọi sự giảm đi về số lượng và số tiền yêu cầu bồi thường chậm do xin lỗi và thừa nhận sự cố có thể bù đắp được do gia tăng nhận thức người bệnh về sai lầm y khoa. Các tác động xấu một lần do kết quả cho là từ bệnh tật hoặc điều trị nay được công nhận là sai sót y khoa và như trách nhiệm của bác sĩ. Có niềm tin phổ biến rằng phần lớn các sự cố y khoa không dẫn đến kiện tụng hay đưa ra nhau ra tòa và vẫn còn được nhìn nhận nếu xác định sự cố nhiều hơn và làm cho người bệnh chú ý sẽ làm giảm tốc độ hoặc tác động của vụ kiện sai sót trong thực hành y khoa.

Khái niệm cơ bản sai sót trong thực hành y khoa

Sai sót trong thực hành y khoa và các vấn đề liên quan tới vẫn là một vấn đề quan trọng đang trang trải trong cộng đồng y khoa ở Hoa Kỳ. Khái niệm chung về sai sót chuyên môn trong thực hành y khoa có thể bắt nguồn từ lý thuyết pháp lý của người Anh vào đầu thế kỷ 14; Tuy nhiên sai sót trong thực hành y khoa không được đề cập cho đến giữa thế kỷ 19, từ đó sai sót trong thực hành y khoa bắt đầu được áp dụng trong tình hình thực tế thế giới^{5,20,21}. Ngày nay bác sĩ Mỹ đang đối mặt với cơ hội bị kiện lớn hơn bất kỳ bác sĩ nào trên thế giới, trong khi một số cảm thấy rằng sai sót trong thực hành y khoa phục vụ để “loại bỏ các bác sĩ kém,” sai sót trong thực hành y khoa cũng có thể ảnh hưởng xấu đến tới các bác sĩ thực hành đúng theo các tiêu chuẩn chăm sóc hợp lý.

Sai sót trong thực hành y khoa là hành động hoặc sự sai sót của một người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe lệch khỏi các tiêu chuẩn được chấp nhận thực hành trong cộng đồng y khoa và gây tổn hại hoặc thương tích cho người bệnh. Sự sai sót trong thực hành y khoa dẫn đến thực hành nghề y có tính chất phòng thủ, trong đó có thể làm cho người bệnh có nguy cơ với các phương pháp điều trị và xét nghiệm không cần thiết có thể làm cạn kiệt hơn các nguồn lực hạn chế. Những lo ngại về sai sót trong thực hành y khoa có thể gây trở ngại cho hoạt động quản lý chất lượng lâm sàng mở (ví dụ tiếp cận các tài liệu quản lý chất lượng có thể bị hạn chế do sợ hãi khi phát hành thông tin có khả năng gây tổn hại)²¹.

Sai sót trong thực hành y khoa là nguyên nhân phổ biến nhất trong các ca sai sót ở đó bác sĩ hầu tòa bị cáo buộc thiếu sót khi thi hành quyền được hưởng chăm sóc. Trong đa số các trường hợp, bốn yếu tố cụ thể được yêu cầu để chứng minh sự bất cẩn. Những yếu tố được liệt kê trong Bảng 9-4.

Các hướng dẫn thực hành lâm sàng (Clinical practice guidelines-CPG) được các luật sư sử dụng cho cả việc bảo vệ và cả nguyên đơn phải chứng minh tiêu chuẩn chăm sóc có được đáp ứng hay không được đáp ứng. Trong một thử nghiệm sai sót trong thực hành y khoa, các hướng dẫn được cân nhắc trên cơ sở của cơ quan phát hành, mục đích của hướng dẫn và bằng chứng đánh giá ngang hàng của CPG. Ví dụ sử dụng dựa trên các hướng dẫn của các [Tổ chức Quản lý Chăm sóc Sức khỏe](#) (Managed Care Organization-MCO) được cân nhắc khác với hướng dẫn Hiệp hội Y học Lâm sàng, được tạo ra với tham khảo đến Y học dựa trên bằng chứng hoặc sự đồng thuận của chuyên gia, trong khi CPGs có thể được sử dụng như một “tài liệu tham khảo”, bồi thẩm đoàn quyết định cách thức cân nhắc nội dung của họ dựa trên lời khai chuyên gia làm chứng. Trong vụ [Frakes v Cardiology Consultants](#), P.C. (1997 WL 536.949, Tenn Cir App [1997]), tòa án cân nhắc một thảo luận, “Các Thông số Bài Kiểm tra Thử lực liên quan tới Tiên lượng kém và hoặc tăng mức độ nghiêm trọng bệnh mạch vành CAD (Coronary Heart Disease)” trong tài liệu của Trường Tim mạch Hoa kỳ (American College of Cardiology) và Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (American Heart Association) như một tuyên bố đồng thuận về việc giải thích Bài Kiểm Thử lực Chạy bộ dựa trên thực tế mọi chuyên gia coi các tài liệu như là tiêu chuẩn chính xác của việc chăm sóc. Ngược lại, ở vụ [Liberatore v Kaufman](#) (835 So2d 404, Fla App [2003]), Tòa phúc thẩm Florida cho rằng tòa án sơ thẩm đã lạm dụng quyết định của mình khi sử dụng một bản tin được Trường Sản Phụ

khoa Hoa kỳ American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) xuất bản để giúp cho lời khai của chuyên gia làm chứng của họ. Hướng dẫn thực hành cũng đã được sử dụng để buộc tội lời khai chuyên môn (*Roper v Blumenfeld* 309 NJ siêu 219 [1998]). Nói chung, một tiêu chuẩn lâm sàng được chấp nhận có thể là chứng cứ hợp lý về quyền được chăm sóc, nhưng bằng chứng chuyên môn yêu cầu đưa ra các tiêu chuẩn và thiết lập nguồn và tính thích hợp của bằng chứng.

BẢNG 9-4 Các yếu tố sai sót

Nhiệm vụ đối với điều trị:

Dựa vào sự tồn tại quan hệ hợp đồng người bệnh-bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc ở mức độ bác sĩ trung bình. Miễn là hành động đáp ứng được về mặt pháp lý.

Vi phạm nghĩa vụ cung cấp dịch vụ chăm sóc trung bình:

Các bác sĩ được yêu cầu cung cấp dịch vụ chăm sóc hợp lý và bình thường, kỹ năng và sự siêng năng như các bác sĩ khác có cùng phạm vi thực hành. Bác sĩ làm chứng tại tòa án như nhân chứng chuyên môn để xác định tiêu chuẩn chăm sóc của một bác sĩ trong lĩnh vực đặc biệt này hoặc thực hành.

Các chuyên gia làm chứng thường là những người có cùng chuyên môn hoặc có học vấn và kinh nghiệm thích hợp tương tự như các bác sĩ bị buộc tội sai sót chuyên môn. Hướng dẫn thực hành đã được tham khảo như là tiêu chuẩn chăm sóc, đặc biệt là các tiêu chuẩn được công nhận trên toàn quốc.

Hậu quả:

Kết quả sẽ không xảy ra nếu không có hành động hay thất bại của bác sĩ để hành động. Nguyên nhân gần nhất không phải là nguyên nhân duy nhất của hành động, mà chỉ là một yếu tố quan trọng.

Bằng chứng thương tích và thường thiệt hại:

Bằng chứng về tác hại.

Các tiêu chuẩn bằng chứng do thẩm phán áp đặt trong một vụ kiện sai sót trong thực hành y khoa ít nghiêm ngặt hơn so với tiêu chuẩn “không còn nghi ngờ hợp lý” được sử dụng trong xét xử hình sự và các khái niệm về sự bất cẩn dẫn tới tai nạn được coi là các thiệt hại để phán quyết. Sự đóng góp các hành động hoặc không hành động của người bệnh dẫn đến thương tổn cũng được ghi nhận (nghĩa là người bệnh đã hành động “thận trọng, hợp lý” lẽ ra đã được điều trị chứng bệnh của mình). Nếu người bệnh không tuân theo hướng dẫn rõ ràng của bác sĩ và các hướng dẫn được ghi chép, để báo cáo thay đổi trong các triệu chứng, cấp phát thuốc hoặc dùng thuốc kê đơn, họ có thể chịu trách nhiệm một phần và các phán quyết cuối cùng sẽ

được giám sát. Thất bại do các bác sĩ cung cấp chăm sóc tiếp theo hoặc để cung cấp tài liệu hướng dẫn có thể là bằng chứng cho thấy các bác sĩ ít nhất chịu trách nhiệm một phần. Chữ viết tay dễ đọc, bằng chứng đầy đủ [sự đồng thuận chữa bệnh sau khi được giải thích](#) (Informed Consent sau đây gọi là [đồng thuận chữa bệnh](#)) và cung cấp đầy đủ thông tin cụ thể cũng có thể có một tác động đáng kể vào kết quả của vụ kiện.

Có những cam bẫy pháp lý khác trong cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và giám sát chất lượng (ví dụ [sự đồng thuận chữa bệnh](#) không đầy đủ hoặc không chính xác trước khi can thiệp ngoại khoa có thể dẫn đến bị tấn công hoặc hành hung)⁵. Thày thuốc và những người quản lý rủi ro cần phải nhận thức được nếu các thủ tục trách nhiệm trong phạm vi cho phép người bệnh hoặc nếu xảy ra phẫu thuật bỏ xung không có [sự đồng thuận chữa bệnh](#) đầy đủ bác sĩ có thể đối mặt với nguy cơ bị kiện tụng.

Trong các ca bệnh truyền nhiễm cần đặc biệt chú ý. Người bệnh phải nhận thức được về khả năng lây nhiễm của họ và phải thực hiện những hành động ngăn chặn lây lan bệnh tới người khác. Các vụ kiện đưa ra do các bạn tình ở các tiểu bang khác nhau đã dẫn đến quyết định giam giữ bác sĩ có trách nhiệm pháp lý về sự lây nhiễm HIV (ví dụ bác sĩ chịu trách nhiệm cung cấp và lập hồ sơ tư vấn cho người bệnh để ngăn chặn sự lây bệnh). Trong vụ *Reisner v Regents* Đại học California (31 Cal App 4 1195 [1995]), tòa đã xử thắng cho một bạn tình của người bệnh có hành động chống lại bác sĩ của mình và bệnh viện vì người bệnh không được thông báo máu bị nhiễm HIV của người bệnh có nguy cơ lây nhiễm bệnh. Tòa phán quyết bác sĩ và bệnh viện có nhiệm vụ tư vấn và giáo dục người bệnh cách ngăn chặn lây lan virus.

Nếu sai sót trong thực hành y khoa được chứng minh, có hai loại thiệt hại: đền bù và trừng phạt. Đền bù thiệt hại bồi thường cho người bệnh chi phí trong quá khứ và trong tương lai, chịu đựng, đau đớn và mất thu nhập. Mục đích là khôi phục lại cho người bệnh với điều kiện người đó ở trước vụ việc. Bồi thường bằng tiền được trao cho gần đúng các thiệt hại gây ra.

Trừng phạt hành động gây thiệt hại là một phương tiện trong hệ thống tư pháp để “gửi một thông điệp” và trừng phạt tài chính bị đơn. Bồi thẩm đoàn ra phán quyết trừng phạt thiệt hại đôi khi tới hàng triệu đô la là hình phạt cho hành vi cố ý hoặc dẫn tới gây thiệt hại. Việc phạt các nhà sản xuất thuốc lá là một ví dụ về trừng phạt gây thiệt hại (vì lệnh trừng phạt áp đặt phạt cáo buộc nhà sản xuất gây thiệt hại).

Vấn đề quản lý tổ chức rủi ro và cơ sở vật chất

Các tổ chức quản lý chăm sóc, các bệnh viện và các cơ sở khác đã có trách nhiệm pháp lý về thiệt hại đối với người bệnh thông qua bị cáo buộc thất bại với sử dụng chăm sóc hợp lý nhằm đảm bảo năng lực của các nhà cung cấp khi thẩm định và tái thẩm định hoặc và có một số lượng thích hợp các nhân viên y tế có thẩm quyền và được hỗ trợ (*Darling v charleston Community Memorial Hospital*, 33 I112d 326, 211 NE2d 253, 14 ALR3d 860 [111 1965]).

Lý thuyết về chia sẻ sơ suất cho rằng một tổ chức có nhiệm vụ độc lập đối với người bệnh trong thẩm định nhân viên của họ. Một tổ chức có thể bị kiện về cơ sở dịch vụ cung cấp cơ sở

vật chất cho các nhà thầu độc lập. Ví dụ dịch vụ cấp cứu được một nhóm phòng cấp cứu cung cấp theo hợp đồng có thể tiếp xúc với cơ sở để khiếu kiện trên cơ sở các khái niệm pháp lý về trách nhiệm pháp lý gián tiếp và cơ quan bên ngoài (có vẻ che giấu sự thật) hoặc bên ngoài. Trong các trường hợp này, người bệnh đã đến bệnh viện tìm kiếm chăm sóc và các tổ chức hoặc bệnh viện xuất hiện để giới thiệu bác sĩ ký hợp đồng cung cấp dịch vụ cấp cứu như nhân viên của mình. Tương tự, một bác sĩ tư nhân gây mê có thể xuất hiện là một phần mở rộng của cơ sở và do đó phải chịu trách nhiệm đối với kết quả kém hoặc [các biến cố bất lợi](#) (adverse events) dưới một lý thuyết pháp lý của cơ quan bên ngoài. Mặc dù hợp đồng giữa cơ sở và các nhóm điều trị có thể phân bổ trách nhiệm,

Các cá nhân bác sĩ thực hành nghề không bị giới hạn trách nhiệm pháp lý do không thực hiện chăm sóc thích hợp. Trách nhiệm pháp lý có thể liên quan đến người phụ trách lĩnh vực lâm sàng, các nhân viên y tế chủ chốt và các viên chức khác của trong vụ kiện công ty. Khái niệm các bác sĩ phẫu thuật là “thuyền trưởng con tàu” trong HOẶC cho rằng bác sĩ chịu trách nhiệm cho những hành động của cấp dưới của mình. Các khái niệm pháp lý của người sử dụng lao động chịu trách nhiệm về các hành động của nhân viên (*respondeat superior* trong tiếng Latin “respondeat là trả lời cụm từ trên có nghĩa để ông chủ trả lời”). Một kế hoạch y tế hoặc bệnh viện cũng có thể bị kiện vì những hành động của các nhân viên của họ. Điều này được gọi là *trách nhiệm gián tiếp*.

Thẩm định đủ theo yêu cầu, ví dụ chất vấn [NPDB](#) và [HIPDB](#) như gợi ý trong [HCQIA](#), thủ tục và chính sách thể hiện trong cơ quan kiểm định chăm sóc sức khỏe hàng đầu sau đây. Bệnh viện và các cơ sở khác đã bị kiện vì không thi hành chăm sóc hợp lý trong các thầy thuốc chuyên khoa tham gia thẩm định (ví dụ *Harrell v Total Health Care*, 781 SW2d 58 [MO 1989]). Trường hợp mâu chốt đã tuyên bố rõ ràng rằng các tổ chức chịu trách nhiệm cho những hành động xem xét việc sử dụng và tác động tới chăm sóc cung cấp (xem *Wickline v Tiểu Bang California*, 192 Cal App 3d 1630, 239 Cal Rptr 810 [Ct App 1986] và *Fox V Health Net, Riverside* sup Ct Trường hợp thứ 219.692 [1993]).

Các vụ kiện với ý đồ xấu có thể dẫn tới chống lại các tổ chức chăm sóc quản lý ([MCO](#)) và nhân viên của họ liên quan đến các hoạt động quản lý sử dụng (ví dụ đối với các sự việc: không triển khai kịp thời và xem xét đầy đủ các yêu cầu về chăm sóc; không tiến hành cung cấp đúng lúc chấp thuận chăm sóc; không thực hiện đánh giá khẩn trương các ca bệnh theo đòi hỏi ở các tổ chức yêu cầu, như luật tiểu bang hoặc liên bang áp đặt).

Chống độc quyền trong Y tế

Vấn đề chống độc quyền phát sinh khi nhiều cá nhân cung cấp một công việc dịch vụ cùng nhau kiểm soát cách cung cấp hay phân phối hàng hóa hoặc dịch vụ (tức là kiểm soát tỷ lệ chi trả hoặc tiếp cận). Điều này có thể gây ra nguy cơ tiềm ẩn khi những người tham gia vào thị trường, các hệ thống chăm sóc sức khỏe hoặc rất nhiều cá nhân bắt tay nhau (ngay cả khi có vẻ như nhằm mục đích cải thiện cách chăm sóc được cung cấp) và khi họ tạo ra và thực thi các hướng dẫn lâm sàng ảnh hưởng đến cách thực hành các nhà cung cấp thực hành nghề y cho một chứng bệnh lâm sàng cụ thể. Các đạo luật chống độc quyền [The Sherman Antitrust Act](#) (02/07/1890, ch 647, 26 Stat 209, 15 sử dụng §1-7), đề cập đến “hợp đồng hoặc kết hợp

hạn chế thương mại” (§1). Đạo luật bao gồm hành động cùng nhau trong một thị trường nhất định để tham gia vào các dự định “tiến hành song song” hoặc thiết lập lệ phí (ví dụ chia sẻ các thông tin về giá).

Các phần khác của hành động liên quan đến các hành động đơn phương của một công ty duy nhất với một nỗ lực độc chiếm thị trường. Các trường hợp liên quan đến các tổ chức bệnh viện và tổ chức chăm sóc quản lý nhưng có thể xảy ra ở cấp độ nhóm y tế. Một vụ kiện gần đây đã tiến hành chống lại hai bệnh viện vì từ chối không chấp nhận thành viên Medicaid mới và có thể hợp tác trong quyết định này. Đạo luật Sherman có thể bị xâm phạm bởi các thỏa thuận giữa các mạng lưới kiểm soát nhà cung cấp dịch vụ và các kế hoạch khi các bác sĩ cạnh tranh thiết lập, bởi đa số biểu quyết, lệ phí tối đa mà họ có thể yêu cầu thanh toán đầy đủ cho dịch vụ y tế được cung cấp cho người có hợp đồng bảo hiểm với các kế hoạch bảo hiểm quy định theo hợp đồng (*Arizona v Maricopa County Medical Society* 457 332 [1982]). Các vấn đề tương tự có thể xảy ra khi nhiều nhóm y tế của các tổ chức quản lý chăm sóc cùng với nhau để soạn thảo các hướng dẫn phổ biến kiểm chế chi trả cho các phương pháp điều trị nhất định và loại trừ các phương pháp điều trị có thể khác.

Về vấn đề của các tập đoàn (cartel) và trình độ chuyên môn, [Ủy ban Thương mại Liên bang](#) (FTC) đã thành công khi không thừa nhận yêu sách của các tập đoàn cung cấp dịch vụ thực hiện các thủ đoạn nâng giá, để hạn chế cạnh tranh của từ các nhà cung cấp khác hoặc ảnh hưởng đến nỗ lực chính sách ngăn chặn chi phí của tổ chức chăm sóc quản lý. Trong trường hợp của *United States v North Dakota Hospital Association* (640 F Supp 1028 [DND 1986]), vấn đề liên quan tới việc bệnh viện từ chối tham gia mở rộng giảm giá trong hợp đồng đấu thầu.

Các nhóm và các hiệp hội có thể gặp rắc rối với luật chống độc quyền do hạn chế về quảng cáo và phổ biến thông tin (*California Dental Association v Federal Trade Commission*, 526 us 756 [1999]). Thẩm quyền [FTC](#) mở rộng đến hiệp hội (ví dụ Hiệp Hội Nha Khoa California) cung cấp các lợi ích kinh tế đáng kể cho các thành viên vì lợi nhuận của mình. Thẩm định cá nhân và các thiết lập tiêu chuẩn chuyên môn có thể có nguy cơ vướng vào vụ kiện chống độc quyền vì việc tiến hành các đề xuất tẩy chay hoặc hành động khác có thể dẫn đến các hạn chế thương mại hoặc mang tới lợi thế không công bằng cho một nhóm đối với các nhóm khác. Trong vụ *Wilk v American Medical Association* (895 F2D 352 [2d Cir 1990]) khẳng định phát hiện này của tòa án quận rằng Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ đã vi phạm Đạo luật Sherman vì đã tiến hành một cuộc tẩy chay bất hợp pháp vi hạn chế thương mại hướng vào thầy thuốc nắn xương.

Khi người trả tiền với “quyền lực thị trường” hành động liên quan đến chi trả không luôn luôn bị coi là chống độc quyền. Trong vụ *Kartell v Blue shield of Mass.* (749 F2D 922 1 Cir [1984]), lệnh cấm của Blue Shield tới “thanh toán cân bằng” đã không bị xem là vi phạm Đạo luật Sherman.

Biên soạn các hướng dẫn lâm sàng và sự xuất hiện chương trình [Tiền lương theo Kết quả](#) (Pay-for-Performance-[P4P](#)) đã tiếp xúc với những rủi ro tiềm ẩn hơn vì gặp rắc rối với Luật chống độc quyền. [Cơ quan Nghiên cứu Y tế và Chất lượng](#) (Agency for Healthcare Research

and Quality-AHRQ) đã chỉ ra những rủi ro của luật chống độc quyền khi biên soạn chương trình P4P trong hướng dẫn của chương trình này, P4P: ban hành Hướng dẫn Quyết định cho Người mua²². Hướng dẫn này dựa trên các Hướng dẫn Chống độc quyền nhằm vào Hợp tác Giữa các Đối thủ Cạnh tranh theo FTC và Bộ Tư pháp Hoa Kỳ trong tháng 04/2000. Hướng dẫn gợi ý nhóm luật sư (trong một vụ kiện) chống độc quyền cần được tư vấn nếu người trả tiền đang cân nhắc việc cộng tác, đặc biệt là về các vấn đề hợp đồng thanh toán hoặc nhà cung cấp²³ và đề xuất tạo ra và hoặc chấp nhận chất lượng P4P giống nhau hoặc các tiêu chuẩn thống nhất.

Giải quyết tranh chấp thay thế: Trọng tài-Hòa giải

Với các vấn đề kiện tụng, sự gia tăng các vụ kiện sai sót trong thực hành y khoa, các cuộc hòa giải và các khung thời gian liên quan tới cung cấp bằng chứng, chuẩn bị cho vụ kiện, hẹn ngày ra tòa, các hình thức giải quyết tranh chấp thay thế đạt được phổ biến. Trọng tài là một ví dụ về một thay thế cho một phiên tòa sai sót trong thực hành y khoa. Trọng tài viên được coi là hiểu biết nhiều hơn về các vấn đề và ít thiên vị hơn bồi thẩm đoàn và các thủ tục tố tụng là riêng tư hơn. Trọng tài viên có thể hành động đơn lẻ hoặc như một phần trong nhóm. Thảo luận thường ngắn hơn và ít căng thẳng hơn so với một phiên tòa và có cuộc đối thoại trực tiếp giữa hai bên. Một số nhà cung cấp dịch vụ pháp lý sai sót trong thực hành y khoa giảm giá cho các bác sĩ có nhiều người bệnh của họ ký thỏa thuận trọng tài. Không giống như các phiên tòa sai sót trong thực hành y khoa, ở đó một đại diện luật pháp ngẫu nhiên có thể thực hiện, người bệnh có thể phải trả tiền cho trọng tài, các chuyên gia, luật sư và các chi phí khác. Phán quyết không được phép kháng cáo.

Trọng tài được sử dụng khi các bên đồng ý để bên thứ ba quyết định về những giá trị yêu cầu bồi thường. Một trọng tài duy nhất hoặc nhóm phân bổ trách nhiệm và có thể áp đặt một phán quyết cho những thiệt hại giống như một tòa án. Quá trình này được sắp xếp hợp lý do không có một ban bồi thẩm và hoặc nhiều nhân chứng chuyên môn, trong khi hành nghề bác sĩ có thể có một bộ phận chính sách để yêu cầu người bệnh ký thỏa thuận đồng ý cho trọng tài ràng buộc nếu vấn đề phát sinh, các câu hỏi nảy sinh liên quan đến hiểu biết của người bệnh, bằng cách ký hợp đồng, thầy thuốc sẽ ký bỏ qua quyền của họ với phiên tòa xét xử.

Bác sĩ thường thích các hệ thống “tranh chấp thay thế”. Có quan niệm cho rằng các quá trình này ít tốn kém, ít mất thời gian và có thể dẫn đến giảm tỷ lệ phí bảo hiểm sai sót trong thực hành y khoa. Trọng tài có thể bắt buộc hoặc tự nguyện. Một số tiểu bang ủy quyền cho trọng tài trước khi bắt đầu của một vụ kiện sai sót trong thực hành y khoa để giảm bớt thời gian tòa án và để tạo điều kiện giải pháp tranh chấp mà không kiện tụng kéo dài. Lợi ích của trọng tài bao gồm những điều sau đây: có thể ít đối đầu hơn và ít tốn kém; có thể bao gồm văn bản ý kiến chuyên gia mà không cần các chi phí gia tăng và tốn thời gian, người làm chứng và có thể bao gồm một thỏa thuận để giữ cho cuộc điều trần và giải quyết bí mật.

Hòa giải là một hình thức giải quyết mâu thuẫn đưa hai hoặc nhiều bên đến với nhau để thảo luận về các vấn đề của họ với hỗ trợ của một trung gian hòa giải (một bên thứ ba không thiên vị), nhưng không liên quan đến một quyết định ràng buộc. Hòa giải thường bắt đầu để giảm bất bình sau đó hòa giải cố gắng để có các bên đi đến một thỏa thuận với các nhà trung gian

đóng vai trò như một “môi giới trung thực.” Hòa giải viên không có quyền yêu cầu giải quyết.

Năm 2003 [CMS](#) hướng dẫn chương trình [Tổ Chức Cải Thiện Chất lượng](#) (Quality Improvement Organization-[QIO](#)) của cơ quan này để tạo ra một chương trình hòa giải miễn phí trên toàn quốc thay thế cho quá trình đánh giá chất lượng do một người thụ hưởng khiếu nại khởi xướng²⁴. Quy trình đánh giá chất lượng được sử dụng như các phương pháp điều tra cơ bản với những khiếu nại của người thụ hưởng bị coi là một chương trình chậm, tốn thời gian, đối đầu hơn là hợp tác, không dẫn tới cải thiện thông tin liên lạc giữa các nhà cung cấp và các đối tượng, đặc biệt là trong các lĩnh vực sau đây:

- Khiếu nại liên quan đến chất lượng dịch vụ
- Các vấn đề truyền thông
- Chất lượng của các vấn đề chăm sóc từ quan điểm của người hưởng lợi

Tham gia hòa giải là tự nguyện và các yêu cầu các phiên hòa giải phải do người thụ hưởng khởi xướng. Hòa giải không ra quyết định hoặc ảnh hưởng đến kết quả của sự hòa giải. Cả người thụ hưởng và bác sĩ, nhà cung cấp hoặc người đại diện cơ sở phải đồng ý tham gia và các cuộc đối thoại có thể bị một trong bất cứ bên nào chấm dứt vào bất cứ lúc nào. Có thể tiến hành hòa giải trong một môi trường an toàn, trung lập hoặc qua điện thoại. Mỗi bên có một cơ hội để nói câu chuyện của mình, để bày tỏ mối quan tâm trực tiếp đến các bác sĩ (hoặc nhà cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác) và để lắng nghe những phản ứng. Được cả hai bên chấp thuận, người thụ hưởng và hoặc bác sĩ có thể yêu cầu luật sư hoạt động với tư cách là cố vấn.

Một buổi hòa giải thông thường phải mất từ 2 đến 4 giờ. Chìa khóa cho quá trình này là người bệnh điều khiển được hệ thống và kiểm soát cách giải quyết khiếu nại. Nếu đạt được giải pháp, [Tổ Chức Cải Thiện Chất lượng \(QIO\)](#) sẽ theo dõi và giám sát các điều khoản của thỏa thuận. Quá trình này có thể giải quyết các vấn đề không có trong hồ sơ bệnh án và tạo điều kiện giải thích giữa người bệnh và các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe.

Một số loại vụ việc không thích hợp cho hòa giải (ví dụ gộp cả chất lượng rõ ràng của các vấn đề chăm sóc và các trường hợp đã có trong các vụ kiện). Buổi họp hòa giải không được ghi âm; các văn bản ghi chép quá trình hòa giải bị hủy vào cuối phiên. Các bên tham gia hòa giải đồng ý không sử dụng thông tin phát hiện trong cuộc hòa giải ở bất kỳ thủ tục pháp lý nào trong tương lai. Nếu các bên đạt được một giải pháp, một thỏa thuận có thể soạn thảo một bản dự thảo và ký khi kết thúc phiên hòa giải. Luật liên bang và tiểu bang bảo vệ tính bảo mật của phiên hòa giải, theo Luật Bằng chứng Liên bang (Federal Rule of Evidence-Điều IV) 408²⁵, Nhiều Tòa án quận và Tòa án cấp phúc thẩm ở Hoa Kỳ có các quy định tòa án đảm bảo tính bảo mật trong các cuộc đàm phán hòa giải, (tức là US Ct of App 4th Cir Rule 33) và nhiều tiểu bang quy định cụ thể đảm bảo tính bảo mật của báo cáo và các tài liệu sử dụng trong buổi hòa giải.

Y đức

Beauchamp và Childress (hai chuyên gia đầu ngành về Y đức ở Hoa Kỳ) đã liệt kê: “tôn trọng quyền tự quyết, làm điều tốt, tránh làm điều tổn hại và tính công bằng (autonomy, beneficence and non-maleficence, and justice)” là các nguyên tắc chính của đạo đức sinh học và những nền tảng cơ bản cho nhiều quy định về y đức và đánh giá các hành động con người²⁶ (p-398). Áp dụng các nguyên tắc này đã được khuyến cáo có tính đến các yêu cầu như giá trị pháp lý, giá trị của nghiên cứu, người bệnh tham gia thuận lợi, tỷ lệ rủi ro-lợi ích tán thành được, đồng thuận và đánh giá độc lập.

Tôn trọng quyền tự quyết (Autonomy)

Quyền tự quyết, tự quyết định có chủ ý, nhấn mạnh khả năng của một cá nhân xác định được các mục tiêu cá nhân của mình. Quyền đó thỏa mãn như là yếu tố quyết định sự tham gia của người bệnh vào lựa chọn chăm sóc sức khỏe của chính mình và vào sự nhấn mạnh ngày nay về [đồng thuận chữa bệnh](#). Theo nguyên tắc này, người bệnh có thẩm quyền lựa chọn có hay không tham gia vào các tùy chọn điều trị được giới thiệu. Người bệnh có thẩm quyền, có khả năng phán đoán dựa trên hiểu biết của họ về tình trạng sức khỏe của mình và tác động của không điều trị hoặc không làm một xét nghiệm được đề nghị. Một số người bệnh quyết định họ cảm thấy bác sĩ sai hay không tốt nhất cho lợi ích của họ (ví dụ rời khỏi bệnh viện chống lại lời khuyên y tế).

[Đồng thuận tham gia điều trị sau khi được giải thích](#) đòi hỏi người bệnh hiểu rõ quyết định mình đang làm và những lợi ích và rủi ro tiềm ẩn của quyết định. Yêu cầu người bệnh phải nhắc lại các thông tin được truyền đạt là một phương pháp để xác định hiểu biết của người bệnh về nội dung của một giao tiếp. Có thể cần phải xác định được người bệnh không chứng minh được khả năng hiểu vấn đề có thể không thể thực hiện được quyền tự chủ và ra quyết định thay thế.

Làm điều tốt và tránh làm điều hại (Beneficence and Non-maleficence)

Nguyên tắc này nhằm mục đích cải thiện chăm sóc và an toàn cho người bệnh nhờ ủng hộ nguyên tắc “không gây hại”. Nguyên tắc này tập trung vào tối đa hóa lợi ích tiềm năng trong khi giảm thiểu tác hại và nguy cơ cho người bệnh. Dự án [QI](#) kết hợp các nguyên tắc làm điều tốt vượt trên nhu cầu y tế của người bệnh, bao gồm các yếu tố của lòng trắc ẩn và sự tử tế. Được hướng dẫn theo nguyên tắc y đức này, [QI](#) phải nhằm tránh làm điều hại, tối đa hóa lợi ích và giảm thiểu tác hại bảo đảm sức khỏe cho người bệnh.

Tính công bằng (Justice)

Các nguyên tắc y đức của công lý bao gồm các khái niệm như bình đẳng tiếp cận dịch vụ chăm sóc, cung cấp điều trị và các nguồn lực theo nhu cầu, phân phối công bằng lợi ích chăm sóc sức khỏe, gánh nặng, cương vị quản lý tốt một tổ chức, các nguồn lực của xã hội và trách nhiệm giải trình. Phải phân phối công bằng những lợi ích và gánh nặng của sự tham gia nghiên cứu và các Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học ([IRB](#)) đóng một vai trò

quan trọng trong việc đảm bảo lựa chọn chủ đề công bằng. Các nguyên tắc của công lý cũng ngụ ý rằng đối với lợi ích của một người có quyền không thể bị từ chối khi không có lý do chính đáng hoặc khi phải chịu một số gánh nặng quá đáng.

NGHIÊN CỨU TÌNH HUỐNG •••

Chất lượng lâm sàng và tôn trọng quyền tự quyết của người người bệnh

QI không chỉ liên quan đến chất lượng chăm sóc lâm sàng được cung cấp, mà còn tới lựa chọn của người bệnh và tôn trọng quyền tự quyết. Mary Elizabeth Wainwright, phụ nữ hút thuốc suốt đời, bà sống trong một chung cư cao tầng cao cấp 27 năm. Ở tuổi 93, bà đã sống lâu hơn chồng, con trai bà và tất cả những người thân của bà. Bà được xe cứu thương đưa đến phòng cấp cứu, tinh thần tỉnh táo, nhưng hơi thở ngắn nghiêm trọng. Tình trạng phổi của bà đã xấu đi và bà đã phải thở máy trong 2 tháng. Được điều trị tốt bằng máy thở, bà luôn luôn mỉm cười. Vấn đề duy nhất với các nhân viên là bà thường kéo ống nội khí quản của mình ra và nói với mọi người rằng bà muốn các nhân viên để bà chết. Mặc dù cố gắng làm cho bà thôi không rời máy thở, các nhân viên tiếp tục thử làm cho bà “dần bỏ ý định không rời máy thở.”

Bệnh viện đã gặp khó khăn cho bà Maria sử dụng máy thở vì bệnh tiểu đường khó kiểm soát mới được chẩn đoán, viêm khớp dạng thấp nặng, bệnh thiếu máu cơ tim cục bộ.

Bác sỹ thực tập nội trú đã nói với các điều dưỡng viên, “Đây là một ca vô vọng. Tại sao không tắt máy thở và để cho bà ta chết tự nhiên. Số tiền này có thể sử dụng tốt hơn cho nơi khác.”

Người quản lý rủi ro của bệnh viện lo ngại nếu tôn trọng mong muốn của người bệnh về lâu dài có thể dẫn đến một vụ kiện liên quan tới bệnh viện. Các bác sỹ không tin rằng bất cứ ai sẽ chọn để chết. “Bà ấy bị ảo giác... Tôi sẽ không tuân theo mong muốn của người mất trí.”

Nhầm lẫn về những gì sẽ làm, bác sỹ thực tập nội trú cấp cao gọi cho một thành viên của ủy ban y đức để được tư vấn. Trước khi ủy ban y đức gặp gỡ, một thành viên của ủy ban gặp người bệnh. Người bệnh truyền đạt như sau: “Tôi đã sống một cuộc sống lâu dài và điều tôi thích nhất là đi dạo xung quanh, tưới cây và nói chuyện với con mèo của tôi. Tất cả bạn bè và người thân của tôi đã qua đời. Thị lực và thính giác của tôi đang suy giảm nhanh chóng và xương khớp bị tổn thương do nằm trên giường quá lâu.” Bà nói sắp tới bà sẽ đau nhiều hơn và không có cải thiện đáng kể. Bà đã không mong được thoát khỏi máy thở hoặc không bao giờ có thể đi bộ trở lại xung quanh căn hộ của bà. Bà đã sống quá lâu và do đó đã chọn để chết.

Ủy ban y đức đã gặp các thầy thuốc chăm sóc người bệnh, bác sỹ nội trú, bác sỹ thực tập nội trú và điều dưỡng viên trưởng. Thành viên ủy ban đã nói chuyện với bà. Bà Wainwright đưa ra các lý do và thảo luận mong muốn của người bệnh và năng lực của bà để đưa ra quyết định có tầm quan trọng này. Ủy ban đã xem xét các khái niệm về tránh làm điều tổn hại, làm điều

tốt và tôn trọng quyền tự quyết. Các lựa chọn đã được thảo luận với nhấn mạnh cách tốt nhất để phục vụ lợi ích của người bệnh.

Thảo luận

Trường hợp này đề cập đến một số nguyên tắc y đức. Nếu điều trị liên quan đến đau, đi khám ở bệnh viện nhiều lần, làm các xét nghiệm hoặc thời gian nằm viện kéo dài, các bác sĩ vẫn có thể chọn lựa tối đa thời gian sống. Tuy nhiên, tối đa thời gian sống có thể không có cùng tính thiết thực cho một người bệnh cao tuổi mong muốn khỏi đau, chịu đựng hay thoát khỏi một suy sụp kéo dài kết thúc trong bệnh viện. Lòng trắc ẩn và các yêu cầu [đồng thuận sau khi được giải thích](#) cho phép người bệnh đưa ra quyết định dựa trên mong muốn và giá trị cá nhân của họ.

Sau đó một bác sĩ tâm thần đã đánh giá bà Wainwright. Bác sĩ không tìm thấy bằng chứng của bệnh tâm thần gây ảnh hưởng đến khả năng ra quyết định của bà. Bà đã được thông báo về tình trạng của mình và bà đã chứng minh hiểu biết đầy đủ về tình hình hiện tại của bà (tức là rất khó cho rằng bà không phải thờ máy và bà đã bị hạn chế nghiêm trọng về những điều có thể làm được). Bà thấy cuộc sống của mình như đang tiếp tục chịu đựng mà không có hạnh phúc. Bà đã ra một quyết định hợp lý dựa trên đánh giá của mình về tình hình và các giá trị của mình.

Các chỉ dẫn đề xuất, nguyện vọng sống hoặc quyền ủy nhiệm chăm sóc sức khỏe không áp dụng trong trường hợp này vì người bệnh có khả năng đưa ra quyết định của riêng mình. Tiếp tục cuộc sống sẽ không mang lại hạnh phúc hay sự hài lòng và có thể được coi là gây tác hại tâm lý và thể chất. Cho thuốc giảm đau có thể sẽ gây buồn ngủ và suy hô hấp. Các khái niệm này đã được thảo luận với các nhân viên.

Các nhân viên đã thảo luận lựa chọn của người bệnh chấm dứt hỗ trợ cuộc sống một lần cuối cùng và bà ta vẫn kiên quyết. Bà được cho một liều morphin thấp cần thiết để giảm đau chứng viêm khớp không ngừng và việc bà không dùng máy thở kéo dài một tuần bắt đầu vào sáng hôm sau như dự kiến. Các nhân viên thực hiện chắc chắn rằng bà giữ được thoải mái trong nỗ lực từ bỏ dùng máy thở và hỗ trợ cho yêu cầu của bà không bị đặt trở lại máy thở.

Tác hại đã bị ngăn chặn (tránh làm điều tổn hại) bằng cách ngừng các chăm sóc không có hiệu quả, kéo dài chịu đựng của người bệnh. Đó là khái niệm về làm điều tốt cho phép người bệnh phát huy quyền tự quyết trong lựa chọn sự sống hay cái chết sau khi được thông báo đầy đủ về tiên lượng của mình. Do không sử dụng lại người bệnh chết sẽ vì không dùng máy thở là tùy chọn cao nhất cho bà Wainwright.

Từ cuối những năm 1960, đạo đức chăm sóc sức khỏe (y đức) đã trải qua thay đổi từ làm điều tốt và thẩm quyền chuyên môn sang lấy người bệnh làm trung tâm do kết quả của [Đạo luật Liên bang Người bệnh Tự Xác định](#) (Federal Patient Self- Determination Act-[PSDA](#)), Là luật sửa đổi [Đạo Luật Điều Phối Ngân Sách Omnibus](#) (Omnibus Budget Reconciliation Act-[OBRA](#)) 1990. Đạo luật này có hiệu lực từ ngày 01/12/1991, quy định người bệnh được nhận thông tin về chăm sóc cuối đời và quyền soạn thảo chỉ dẫn trước. Chỉ dẫn trước là tài liệu thể

hiện lựa chọn chăm sóc sức khỏe của người bệnh hoặc tên người khác được quyết định liên quan đến điều trị y tế trong trường hợp người bệnh không thể tự quyết định. Chỉ dẫn trước gồm nguyện vọng sống, giấy ủy quyền và người đại diện chăm sóc sức khỏe.

Đối tượng con người trong nghiên cứu y sinh và [QI](#)

Một thiết kế nghiên cứu hợp lý là trung tâm của mọi đối tượng con người trong nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu tổng thể phải đảm bảo vấn đề nghiên cứu có thể được trả lời rõ ràng và rủi ro đối với người tham gia có thể được giảm thiểu tương ứng với lợi ích^{27, 28}. Rủi ro thể về thể chất, tâm lý, xã hội và hoặc kinh tế và nhiều đối tượng tiềm ẩn có thể được loại trừ khỏi nghiên cứu vì bệnh trạng của người tham gia, khả năng giao tiếp hoặc các yếu tố khác khiến họ có nguy cơ cao hơn.

[QI](#) được định nghĩa là các hoạt động hướng dẫn dữ liệu, phương pháp được thiết kế để mang lại những thay đổi tích cực trong cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong các thiết lập tại địa phương²². Hầu hết hoạt động [QI](#) cần thiết khẩn trương tập trung vào việc thay đổi thực hành nghề dẫn tới chăm sóc tối ưu. Báo cáo giới hạn về sai sót y khoa do [IOM](#) đã dẫn tới các sáng kiến quốc gia nhằm nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và tiến bộ gần đây về chất lượng chăm sóc sức khỏe và thực hành [QI](#) đã tạo ra cuộc thảo luận về ý đức của [QI](#)^{6,7}.

Các cuộc thảo luận về ý đức liên quan đến [QI](#) đã tăng lên khi một bác sĩ công bố kết quả một dự án [QI](#)²⁹. Dự án này được [Mạng Giai đoạn cuối Bệnh thận](#) (End Stage Renal Disease Network) thực hiện, đã được [CMS](#) chấp nhận như [QI](#); Tuy nhiên, [Cơ quan Bảo vệ Con người trong Nghiên cứu](#) (Office of Human Research Protection-[OHRP](#)) phán quyết rằng dự án đã được nghiên cứu và cần sự giám sát của Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học ([IRB](#)). Điều này dẫn đến mối quan ngại trong các bác sĩ rằng những nỗ lực của họ để thực hiện các dự án [QI](#) liên quan tới người bệnh có thể bị hiểu như một hành vi vi phạm quy chế.

Năm 2002 [Trung tâm Hastings](#) đã tiến hành một dự án tập trung vào phân biệt [QI](#) với các nghiên cứu và đã xuất bản một báo cáo với các khuyến nghị để thay đổi²⁸. Đồng thời, một vài cung cấp chăm sóc y tế và các tổ chức nghiên cứu phù hợp với thảo luận về giám sát ý đức theo các sáng kiến [QI](#) của các tổ chức nghiên cứu. Các chi tiết của cuộc thảo luận này xuất hiện trong báo cáo của Hastings năm 2006²⁸.

NGHIÊN CỨU TÌNH HUỐNG •••

Đó là nghiên cứu hay [QI](#)?

Năm 2004 Đại học Texas khởi xướng một dự án chất lượng lâm sàng nhằm tăng cường sự tuân thủ với thuốc suy tim tiêu chuẩn khi ra viện, dựa trên một dự án [CMS](#) đối với chăm sóc mãn tính ở các bệnh viện. Dự án nhằm mục đích đạt được tuân thủ trên 90% thời gian. Dự án hợp tác đa ngành này liên quan đến chuyên gia ở nhiều chuyên khoa khác nhau. Các chuyên gia có trình độ nghiên cứu đã xem xét dự án như là một nghiên cứu được thiết kế để tăng cường sự tuân thủ thông qua các biện pháp can thiệp và được [IRB](#) khuyến nghị phê duyệt.

Các chuyên gia có một nền tảng lâm sàng xem là một dự án nhằm cải thiện chất lượng lâm sàng cho người bệnh bằng cách tôn trọng những tiêu chuẩn quốc gia (ví dụ một thành phần của thực hành lâm sàng và các thao tác). Sau nhiều cuộc họp và thảo luận, nhóm chất lượng lâm sàng mất đi đã xem xét tài liệu hiện có về chủ đề này và thấy có sự nhầm lẫn như vậy tồn tại trên toàn quốc.

Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học (IRB)

Các Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học ([IRB](#)) ra đời vào đầu những năm 1970 khi Bộ Y tế, Giáo dục và Phúc lợi ban hành quy định phản ánh chính sách của Viện Y tế Quốc gia (The National Institutes of Health-NIH) về bảo vệ các đối tượng con người trong nghiên cứu. Các [IRB](#) đang tập trung vào việc đánh giá và phê duyệt các đối tượng con người trong nghiên cứu thông qua việc sử dụng các quá trình [đồng thuận tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích](#) quy định cá nhân người tham gia liên quan tới các rủi ro và lợi ích, trong đó có quyền từ chối tham gia và quyền rút khỏi. Nguyên tắc y đức được sử dụng để xác định các hành động là đúng hay sai dựa trên các thông tin khoa học sẵn có và ước muốn của người bệnh.

Thách thức trong nghiên cứu lâm sàng đang quyết định giữa điều tốt nhất và điều tồi tệ nhất. Nguyên tắc và ứng dụng đối với các vấn đề y đức này trong giám sát nghiên cứu con người được [Cơ quan Bảo vệ Con người trong Nghiên cứu \(OHRP\)](#) [cứu](#) thảo luận rộng rãi đối với các nghiên cứu lâm sàng trong Báo cáo [Belmont Report](#)³⁰ và các báo cáo khác đã xuất bản³¹.

Luật liên bang quy định các Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học ([IRB](#)) bảo vệ các quyền và lợi ích của các cá nhân tham gia nghiên cứu sử dụng một phương pháp đánh giá ngang hàng. Một IRB còn có tên gọi khác như Ủy ban Đạo đức Độc lập trong Nghiên cứu Y sinh học (Independent Ethics Committee-IEC) hoặc Hội đồng Đánh giá Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học (Ethical Review Board-ERB) bao gồm một nhóm các chuyên gia, nhà khoa học được chính thức bổ nhiệm để đánh giá, xét duyệt, theo dõi, để xem xét lâm sàng, y sinh học, dịch tễ học và nghiên cứu hành vi liên quan đến con người với mục đích bảo vệ quyền và lợi ích của các đối tượng. [HHS](#) và Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) đã trao quyền cho các IRB để đánh giá đề cương nghiên cứu dựa trên các nguyên tắc khoa học, pháp lý, đạo đức và đề nghị phê duyệt, để yêu cầu sửa đổi hoặc không chấp thuận dự án nghiên cứu cho phù hợp.

IRB thực hiện chức năng giám sát chặt chẽ đối với nghiên cứu tiến hành trên đối tượng con người: khoa học, đạo đức, pháp lý và quy chế. Quy định quyền riêng tư [HIPAA](#) yêu cầu một IRB bảo vệ quyền riêng tư của các đối tượng nghiên cứu theo những cách cụ thể. Tại một số tổ chức chăm sóc sức khỏe, IRB đánh giá tất cả giấy phép được [HIPAA](#) yêu cầu và miễn trừ giấy phép đối với các nghiên cứu sử dụng các thông tin sức khỏe có thể nhận biết cá nhân.

Tại Hoa Kỳ các IRB được điều chỉnh theo Title 45 CFR (Bộ luật liên bang) Part 46. Luật Nghiên cứu năm 1974 xác định các IRB và đòi hỏi các IRB này đối với tất cả các nghiên cứu

tiếp nhận tài trợ trực tiếp hoặc gián tiếp từ các bộ phận của [HHS](#), các IRB thuộc [Cơ quan Bảo vệ Con người trong Nghiên cứu](#) trong Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ [HHS](#).

Các Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học ([IRB](#)) được thành lập để kiểm soát các lạm dụng nghiên cứu trước đây trong thế kỷ 20. Những nguy cơ trong thử nghiệm trên con người làm cộng đồng chú ý dựa trên các bằng chứng trình bày tại phiên tòa Nuremberg liên quan đến việc điều trị vô nhân đạo với những bị ép người tham gia thí nghiệm y học của bác sĩ Đức Quốc xã trong Chiến tranh Thế giới II. Bộ luật Nuremberg 1945 là nỗ lực pháp lý đầu tiên để đối phó với vấn đề đạo đức trong nghiên cứu lâm sàng³². Bộ luật này bao gồm các nguyên tắc của sự [đồng thuận tham gia nghiên cứu](#), không cưỡng ép, tôn trọng những nguyên tắc khoa học và làm điều tốt đối với người tham gia thí nghiệm.

Tuyên bố năm 1964 Helsinki dẫn đến một bộ nguyên tắc đạo đức cho các thử nghiệm trên con người được Hiệp hội Y khoa Thế giới World Medical Association phát triển³³. Tuyên bố tập trung vào sự [đồng thuận tham gia nghiên cứu](#) nhưng cho phép sự đồng thuận của người đại diện trong các tình huống đặc biệt (ví dụ khi người tham gia là không đủ năng lực hoặc vị thành niên) và bao gồm phân tích lợi ích rủi ro, các thí nghiệm khoa học và xem xét đạo đức. Những nỗ lực đáng kể đầu tiên của cộng đồng y tế để tự điều chỉnh, tuyên bố Helsinki dẫn đến quá trình đánh giá đạo đức chính thức như IRB, [IEC](#) và hoặc [ERB](#).

Khai thác sự tham gia của con người ở Hoa Kỳ là thí dụ tồi nhất đối với [Chương trình Nghiên cứu Giang mai Tuskegee](#) (Tuskegee Syphilis Study) liên quan đến 600 người đàn ông da đen 399 người bị bệnh giang mai, 201 người không mắc bệnh tiến hành từ 1932 tới 1972³⁴, thiết kế chương trình nghiên cứu này ghi lại lịch sử tự nhiên về bệnh giang mai với hy vọng chứng minh tính đúng đắn của chương trình điều trị cho người da đen. Chương trình tiến hành không được sự [đồng thuận tham gia nghiên cứu](#) và [được giải thích](#) về lợi ích cho người bệnh, người tham gia nghiên cứu căn bệnh chỉ được biết họ đang được điều trị, trong khi thực tế điều trị đã bị giấu giếm. Nhận thức của Cộng đồng về nghiên cứu thiếu đạo đức này đã thúc đẩy đưa ra [Đạo luật Nghiên cứu Quốc gia](#) (National Research Act) và thành lập [Ủy ban Quốc gia Bảo vệ Con người trong Y sinh học và Nghiên cứu Hành vi](#) (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research), trong đó xác định các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu. Báo cáo Belmont³⁰, tiếp sau đó, nhấn mạnh sự tôn trọng, làm điều tốt và tính công bằng tiếp tục là tài liệu tham khảo thiết yếu cho các IRB.

Để đảm bảo tôn trọng quyền tự quyết của người bệnh, các hiệp hội chuyên ngành y khoa bao gồm [Hiệp hội Chất lượng Y khoa Đại học Hoa Kỳ](#) (American College of Medical Quality-[ACMQ](#)) đã triển khai các chính sách liên quan đến các dịch vụ thử nghiệm và nghiên cứu y học và vật tư. Trong trường hợp [ACMQ](#) (policy no. 29)³⁵, nghiên cứu các phương pháp điều trị và thực nghiệm luôn luôn phải được các chuyên gia có trình độ xem xét và phê duyệt, có sự [đồng thuận tham gia sau khi được giải thích](#) của người bệnh và phải được họ ghi danh trước khi nghiên cứu.

Xu hướng tương lai

Chấp nhận lời xin lỗi ngày càng tăng của trong y học có thể sẽ có tác động vào các hoạt động pháp luật trong lĩnh vực này. Tính minh bạch về các nguy cơ và lợi ích cũng sẽ trở nên rõ ràng hơn trong thập kỷ tới. Tiềm năng của cách tiếp cận không có lỗi đối với sai sót trong thực hành nghề y cũng có thể cản trở đáng kể sự gia tăng trong các vụ kiện đã thấy ở cuối của thế kỷ 20.

An toàn người bệnh và các cơ sở đang báo cáo có đủ điều kiện bảo vệ dựa trên các quy định và quy chế, cũng sẽ ảnh hưởng đến khu vực này của việc cải thiện chất lượng và sự sẵn sàng của các cá nhân và các tổ chức báo cáo [các biến cố bất lợi](#) (adverse events). Các tác động theo yêu cầu IRB với các dự án [QI](#) và tác động tiềm năng của [HIPAA](#) vào các dự án nghiên cứu cần phải được giải quyết để ngăn chặn làm chậm tiến bộ trong lĩnh vực [QI](#) và an toàn cho người bệnh. Can thiệp của chính phủ và hoặc hành động pháp lý sẽ ảnh hưởng rất nhiều tới những vấn đề này trong thập kỷ tới.

[Tiền lương theo Kết quả](#) (Pay-for-Performance-[P4P](#)) và dữ liệu sẽ báo cáo về chất lượng chăm sóc là hai trong số những chiến lược ủng hộ rộng rãi nhất cho việc cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe. Những người khởi xướng [P4P](#) chỉ rõ các chương trình như vậy có thể giúp cải thiện chất lượng chăm sóc và ngăn chặn tốc độ tăng trưởng trong chi phí chăm sóc sức khỏe. Thật vậy, các hệ thống [P4P](#) đã được một số kế hoạch chăm sóc quản lý bao gồm đối tượng thụ hưởng Medicaid và đề xuất cho việc thiết lập hệ thống [P4P](#) cho các dịch vụ chăm sóc y tế tiếp tục đưa ra Quốc hội thực hiện. Tuy nhiên, hỗ trợ cho một hệ thống khen thưởng như vậy là không phổ quát. Trả lương cho bác sỹ cung cấp chăm sóc và để thực hiện các hoạt động các bác sỹ sẽ được chi trả được một số nhìn thấy như là phi đạo đức và như một quá trình, [P4P](#) có thể khó khăn để thực hiện.

Tài liệu tham khảo

References

1. Wikipedia. Third Dynasty of Ur. http://en.wikipedia.org/wiki/Ur_III. Accessed July 31, 2008.
2. King LW. The Code of Hammurabi, whitefish, MT: Kessinger Publishing; 2004.
3. Hippocrates. Encyclopedia Britannica. <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/266627/Hippocrates#tab=active~checked%20Items~checked&title=Hippocrates%20-%20Britannica%20online%20Encyclopedia>. Accessed July 31, 2008.
4. Sarma PJ. Hindu medicine and its antiquity. Ann Med Hist. 1931;3:318.
5. Furrow BR, Greaney TL, Johnson SH, et al. Health Law, 2nd ed. St. Paul, MN: West Group; 2000.

6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press, 1999.
7. Institute of Medicine. Crossing the Quality chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press, 2001.
8. Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990, Pub. L. No. 101-508, 4401, 104 Stat. 1388-143 (1990).
9. Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services. National Practitioner Data Bank Guidebook, http://www.npdb-hipdb.com/pubs/gb/NPDB_Guidebook.pdf Accessed August 5, 2008.
10. National Practitioner Data Bank for Adverse Information on Physicians and Other Health Care Practitioners. 45 C.F.R. PART 60. <http://law.justia.com/us.cfr/title45/45-1.0.1.1.28.html>. Accessed July 31, 2008.
11. National Practitioner Data Bank: Healthcare Integrity and Protection Data Bank. Access to Information, <http://www.npdb-hipdb.hrsa.gov/npdb.html>. Accessed August 6, 2008.
12. Office for Civil Rights-HIPAA. Medical Privacy-National Standards to Protect the Privacy of Personal Health Information, <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa>. Accessed July 31, 2008.
13. Centers for Medicare and Medicaid Services, Department of Health and Human Services. Transactions and Code Sets Regulations. http://www.cms.hhs.gov/TransactionCodeSetsStandards/02_TransactionsandCodeSetsRegulations.asp. Accessed July 31, 2008.
14. National Quality Forum, <http://www.qualityforum.org>. Accessed October 12, 2008.
15. Geier p. Emerging med-mal strategy: "I'm sorry." Early apology concept spreads. NLJ. July 24, 2006. <http://www.law.com/jsp/article.jsp?id=1153472732197>. Accessed July 31, 2008.
16. Gallagher T, Studdert D, Levinson w. Disclosing harmful medical errors to patients. N Engl J Med. 2007;356:2713-2719.
17. Tanner L. Apology a tool to avoid malpractice suits: Doctors shown financial benefits. Boston Globe: National News. November 12, 2004. http://www.boston.com/news/nation/articles/2004/11/12/apology_a_tool_to_avoid_malpractice_suits. Accessed July 31, 2008.
18. Roberts R. The art of apology: when and how to seek forgiveness. Farn Pract Manag. 2007;14(7):44-49.
19. Studdert D, Mello M, Gawande A, et al. Disclosure of medical injury to patients: An improbable risk management strategy. Health Aff. 2007;26(1):215-226.

20. DeVille KA. Medical Malpractice in Nineteenth-Century America: Origins and Legacy. New York: New York University Press; 1990.
21. Mohr JC. The past and future of medical malpractice litigation. JAMA. 2000; 284(7):827-829.
22. Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services. Pay-for-Performance: A Decision Guide for Purchasers, [http://www.ahrq.gov/qual/p4pguide2 .htm](http://www.ahrq.gov/qual/p4pguide2.htm). Accessed August 26, 2008.
23. Federal Trade Commission. Antitrust Guidelines for Collaborations among Competitors. Report issued by the Federal Trade Commission and the U.S. Department of Justice. April 2000. <http://www.ftc.gov/os/2000/04/ftcdojguidelines.pdf>. Accessed October 17, 2008.
24. Medicare Mediation Program. IPRO. <http://consumers.ipro.org/index/med-mediation>. Accessed August 15, 2008.
25. Expert Pages. Compromise and offers to Compromise: Federal Rules of Evidence (Article IV)-Relevancy and Its Limits, <http://expertpages.com/federal/a4.htm>. Accessed August 15, 2008.
26. Beauchamp TL, Childress J. Principles in Biomedical Ethics, 5th ed. Oxford/New York: Oxford University Press; 2001.
27. Emanuel EJ, Wendler D, Grady c. what makes clinical research ethical? JAMA. 2000; 283(20):2701-2711.
28. Baily MA, Bottrell M, Lynn J, Jennings B. The ethics of using QI methods to improve health care quality and safety. Hastings Center Report. 2006;36(4).
29. Palevsky PM, Washington MS, Stevenson JA, et al. Improving compliance with the dialysis prescription as a strategy to increase the delivered dose of hemodialysis: An ESRD Network 4 quality improvement project. Adv Ren Replace Ther. 2000;13(1):67-70.
30. U.S. Department of Health and Human Services, the National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.htm>. Accessed July 31, 2008.
31. Beilin E, Dubler NN. The quality improvement-research divide and the need for external oversight. Am JPublic Health. 2001;91(9):1512-1517.
32. National Institute of Health office of Human Subjects Research. The Nuremberg Code: Regulations and Ethical Guidelines, <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/nuremberg.html>. Accessed July 31, 2008.
33. The World Medical Association. Ethics Unit: Declaration of Helsinki. <http://www.wma.net/e/ethicsunit/helsinki.htm>. Accessed July 31, 2008.

34. Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Public Health Service. Syphilis Study at Tuskegee. <http://www.cdc.gov/tuskegee/timeline.htm>. Accessed July 31, 2008.

35. American College of Medical Quality. Professional Policies, <http://www.acmq.org/policies/index.cfm>. Accessed July 31, 2008.

Additional Resources-Further Reading

HIPAA: <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa>

National Practitioner Data Bank: <http://www.npdb-hipdb.hrsa.gov>

National Quality Forum: <http://www.qualityforum.org>

Sorry Works! Coalition: <http://www.sorryworks.net>

CHÚ GIẢI

Cải tiến Chất lượng (Quality Improvement-QI) Cải thiện chất lượng là phương pháp chính thức để phân tích hiệu suất và những nỗ lực có hệ thống để cải thiện chất lượng. Có rất nhiều mô hình được sử dụng. [QI](#) thường được thảo luận trong lĩnh vực

Trong công nghiệp, nỗ lực chất lượng tập trung vào các chủ đề như các lỗi sản phẩm hay tổn thương liên quan đến công việc (tai nạn lao động). Quản trị, liên quan tới tăng hiệu quả hoặc giảm việc lại làm. Trong thực hành y tế, giảm sai sót y tế và tỷ lệ mắc bệnh và tử vong không cần thiết.

Ngân hàng Dữ liệu Hành nghề y Quốc gia (The National Practitioner Data Bank-NPDB) là chương trình thu thập và công bố dữ liệu y khoa của chính phủ Hoa Kỳ, chỉ cho phép cơ quan quản lý sử dụng các thông tin tiêu cực trong hành nghề chăm sóc sức khỏe, bao gồm các thông tin về xử lý sai sót hành chính trong lĩnh vực hành nghề y, mất hoặc thu hồi giấy phép thực hành hành nghề chăm sóc sức khỏe.

Ngân hàng dữ liệu do quốc hội Hoa Kỳ lập ra nhằm mục tiêu: nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe, bảo vệ công chúng và giảm gian lận chăm sóc sức khỏe và lạm dụng thuốc. Ngân hàng dữ liệu do Bộ phận Quản lý nhân lực Y tế (Bureau of Health Workforce) ở Cơ quan Quản lý Nguồn nhân lực Y tế (Bureau of Health Workforce) thuộc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (the U.S. Department of Health and Human Services) quản lý.

Trước ngày 06/05/2013, Ngân hàng Dữ liệu Hành nghề y Quốc gia và [Ngân hàng Liêm Chính sức khỏe và Bảo vệ Dữ liệu](#) (the Healthcare Integrity and Protection Data Bank-HIPDB). Cả hai cùng tồn tại theo mục 6403 của Đạo Luật Kiểm soát Giá cả phù hợp trong Chăm sóc sức khỏe (the Affordable Care Act) năm 2010, Luật Công (Public Law) 111-148.

Thông tin thu thập: Thanh toán, sai sót y tế, các sai sót liên quan đến cấp phép, thu hồi hay mất giấy phép hành nghề; hành động sai sót trong đặc quyền lâm sàng hoặc hành động sai sót của thành viên các Hiệp hội nghề nghiệp; các hành động sai trái phát hiện trong cấp phép nhà nước hoặc cơ quan cấp giấy chứng nhận thông tin được công bố công khai để mọi người có thể tiếp cận; các bản án dân sự hoặc án hình sự liên quan tới chăm sóc sức khỏe; không kê các chương trình chăm sóc sức khỏe liên bang hay tiểu bang; các hành động được phán xét hoặc quyết định (hành động chính thức hay không chính thức, liên quan đến một cơ chế theo đúng thủ tục và dựa trên hành vi hay thiếu sót ảnh hưởng hoặc có thể ảnh hưởng đến thanh toán, cung cấp, chăm sóc sức khỏe, dịch vụ).

Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Bảo mật Thông tin Bảo hiểm Y tế năm 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act-[HIPAA](#)) còn có tên khác là “Kennedy-Kassebaum Health Insurance Portability and Accountability Act.” mang tên hai nghị sỹ đề trình. **Quyền pháp lý I (Title I)** trong luật này bảo vệ quyền được hưởng bảo hiểm y tế của người lao động và gia đình họ khi họ thay đổi hoặc mất việc làm. **Quyền pháp lý II (Title II)**, gọi là đơn giản thủ tục hành chính (Administrative Simplification-AS) quy định yêu cầu thiết

lập tiêu chuẩn quốc gia cho các giao dịch điện tử chăm sóc sức khỏe và nhận dạng quốc gia cho các nhà cung cấp, kế hoạch bảo hiểm y tế và người sử dụng lao động. Khi thụ lý hồ sơ dân sự về vi phạm luật [HIPAA](#), bộ luật HIPAA qui định cơ quan có thẩm quyền giải quyết không phải là Tòa án dân sự mà là Phòng bảo vệ quyền dân sự (Office for Civil Rights) viết tắt là OCR trực thuộc Bộ Y tế và Xã hội (U.S. Department of Health & Human Services) có trách nhiệm tương tự một Ban thanh tra ở một số nước để giải quyết công việc. Khi thấy hồ sơ vi phạm có yếu tố về hình sự, OCR sẽ chuyển hồ sơ sang Bộ Tư pháp là cơ quan điều hành các biện lý vào cuộc truy tố người hoặc tổ chức phạm pháp ra tòa án hình sự. Tiền phạt từ người hoặc tổ chức vi phạm nộp cho OCR hoặc Tòa hình sự được trích ra một phần trả cho nạn nhân, phần còn lại bị xung vào công quỹ của Bộ Y tế và Xã Hội.

Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học (Institutional Review Board-[IRB](#)), còn gọi là Ủy ban Đạo đức Độc lập Y sinh học (Independent Ethics Committee-IEC), Hội đồng Xem xét Đạo đức Y sinh học (ERB) hoặc Hội đồng Đạo đức Nghiên cứu Y sinh học (Research Ethics Board-REB) là Hội đồng trong nghiên cứu y sinh học ở Mỹ mà đã được chính thức được phê duyệt, giám sát và xem xét nghiên cứu y sinh học và hành vi liên quan đến con người hoặc động vật. Các Hội đồng hay Ủy ban này thường thực hiện một số hình thức phân tích nguy cơ và lợi ích với nỗ lực xác định có hay không nên thực hiện các nghiên cứu đề trình. Mục đích của IRB nhằm đảm bảo thực hiện các bước thích hợp để bảo vệ quyền và phúc lợi của người tham gia cũng như các đối tượng trong một nghiên cứu y sinh học.

Người [Akkad](#) thuộc Đế quốc Akkad là một đế quốc có trung tâm ở thành phố Akkad và khu vực lân cận trong vùng Lưỡng Hà cổ đại, thống nhất tất cả các dân tộc Semites nói tiếng Akkad và tiếng Sumer bản địa dưới một triều.

Đánh giá ngang hàng ([Peer Review](#)) Đánh giá ngang hàng hay hay đồng đánh giá là quá trình một hoặc nhiều người có cùng năng lực đánh giá công việc của người khác. Đánh giá ngang hàng tạo thành ra hình thức tự điều chỉnh cho các thành viên đủ năng lực, trình độ trong một nghề nghiệp hay trong phạm vi lĩnh vực liên quan. Sử dụng phương pháp đánh giá ngang hàng nhằm duy trì các tiêu chuẩn chất lượng, cải thiện hiệu suất và đảm bảo độ tin cậy. Trong học thuật, đánh giá ngang hàng thường sử dụng để xác định báo cáo khoa học phù hợp cho xuất bản. Đánh giá ngang hàng có thể phân loại theo các loại hình hoạt động, lĩnh vực, nghề nghiệp, có sử dụng hoạt động.

Đánh giá ngang hàng y tế có thể tham khảo đánh giá ngang hàng lâm sàng hoặc đánh giá ngang hàng các kỹ năng giảng dạy lâm sàng cho cả các bác sĩ và điều dưỡng viên hoặc đánh giá ngang tính chất khoa học của các bài báo hoặc đánh giá ngang hàng thứ cấp giá trị lâm sàng các bài báo đồng thời công bố trên tạp chí y học. Đánh giá ngang hàng y tế được Hiệp hội y khoa Hoa Kỳ sử dụng để tham khảo không chỉ đối với quá trình cải thiện chất lượng và an toàn trong các tổ chức chăm sóc sức khỏe, mà còn để tham vấn quá trình đánh giá hành vi lâm sàng hoặc việc tuân thủ các tiêu chuẩn thành viên của hiệp hội.

Đạo Luật Đảm Bảo Thu nhập Hưu Trí cho Người lao động (Employee Retirement Income Security Act năm 1974 ([ERISA](#)) (Pub.L. 93-406, 88 Stat. 829, ban hành ngày 02/09/1974, hệ thống hóa một phần tại 29 USC ch. 18) là luật liên bang thiết lập các tiêu chuẩn tối thiểu cho

kế hoạch hưu trí trong ngành công nghiệp tư nhân và cung cấp các quy tắc tiết về ảnh hưởng của thuế thu nhập liên bang của giao dịch liên quan tới các chương trình phúc lợi của người lao động. [ERISA](#) nhằm bảo vệ quyền lợi của người lao động tham gia chương trình phúc lợi và các đối tượng hưởng lợi: Yêu cầu công bố thông tin tài chính và các thông tin khác liên quan đến kế hoạch cho các đối tượng hưởng lợi; Xây dựng tiêu chuẩn ứng xử cho kế hoạch tín dụng; Cung cấp các biện pháp thích hợp và tiếp cận các tòa án liên bang.

Công báo liên bang ([The Federal Register](#)), viết tắt FR hoặc đôi khi Fed. Reg., Là tài liệu chính thức của chính phủ liên bang Hoa Kỳ gồm các quy chế và quy định của cơ quan chính phủ liên bang, các quy chế, quy định đề xuất và thông báo công khai. Công báo liên bang công bố hàng ngày, trừ ngày lễ liên bang. Các quy chế, quy định cuối cùng của một cơ quan liên bang ban hành và công bố trong Công báo liên bang cuối cùng được sắp xếp theo chủ đề hoặc hệ thống hóa trong các Quy định liên bang (CFR), được cập nhật hàng năm.

Văn phòng Lưu trữ Liên Bang biên soạn các Công báo liên bang (trong Hồ sơ Lưu trữ Quốc gia) và được cơ quan in ấn chính phủ in. Công báo liên bang không bị giới hạn bản quyền trên; là tài liệu của chính phủ Hoa Kỳ, Công báo liên bang sử dụng trong phạm vi công cộng.

Tổ chức Công dân Cộng đồng ([Public Citizen](#)) tổ chức phi lợi nhuận ở Hoa Kỳ, có các chuyên gia tư vấn ý kiến về các vấn đề và vận động cho quyền của người tiêu dùng có trụ sở tại Washington, DC, các chi nhánh tại Austin, Texas.

Hội đồng thi chứng chỉ Hành nghề Y khoa ([State Board of Medicine-SBM](#)) cơ quan quản lý thực hành hành nghề y thông qua cấp phép, đăng ký và cấp giấy chứng nhận cho các thành viên hành nghề y. Hội đồng quản lý các bác sĩ y khoa; trợ lý bác sĩ; kỹ thuật viên X quang; bác sĩ trị liệu bệnh phổi; điều dưỡng viên, nữ hộ sinh; thầy thuốc châm cứu; thầy thuốc Đông y; kỹ thuật viên sử dụng máy tim phổi nhân tạo; chuyên gia hành vi và huấn luyện viên thể thao. Hội đồng cũng có quyền có hành động kỷ luật hoặc điều chỉnh đối với cá nhân thuộc quyền quản lý.

Cơ sở Dữ liệu và Tập hợp Thông tin về Chăm sóc Sức khỏe Hiệu quả The Healthcare Effectiveness Data and Information Set ([HEDIS](#)) bộ công cụ được (hơn 90%) các nhà hoạch định kế hoạch sử dụng rộng rãi trong đánh giá hiệu quả trong ngành công nghiệp chăm sóc quản lý, phát triển và duy trì bởi Ủy ban Quốc gia về đảm bảo chất lượng (National Committee for Quality Assurance-NCQA).

Medicaid managed care Medicaid đóng một vai trò không thể thiếu trong việc tài trợ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại Hoa Kỳ, chiếm 16 phần trăm tổng chi tiêu y tế và cung cấp bảo hiểm cho 1/6 người Mỹ. Trong số hơn 60 triệu người dân sống dựa vào Medicaid khoảng 9 triệu người không cao tuổi có khuyết tật, trong đó có 1,4 triệu trẻ em. Trong khi những người khuyết tật chiếm 16,5 phần trăm người đăng ký Medicaid trong năm tài chính năm 2008, chi phí cho họ chiếm 44 phần trăm tổng chi tiêu y tế.

Medicaid managed care Các dịch vụ Medicaid và khác các dịch vụ bổ xung tại Hoa Kỳ thông qua một thỏa thuận giữa cơ quan quản lý Medicaid của tiểu bang và các **Tổ chức Quản**

lý Chăm sóc Sức khỏe ([Managed Care Organization](#)) chấp nhận thanh toán bộ-“theo định suất”-cho các dịch vụ này. Tiểu bang trả cho Tổ chức [MCO](#) hàng tháng một khoản bảo hiểm để trang trải các dịch vụ cung cấp cho một người thụ hưởng. Tính đến năm 2014, 26 tiểu bang có hợp đồng với các Tổ chức MCO để cung cấp chăm sóc dài hạn cho người già và người khuyết tật. Có hai hình thức chính quản lý Medicaid, “dựa trên rủi ro các Tổ chức MCO” và “**Quản lý Ca Chăm sóc Cơ sở Sức khỏe** (Primary Care Case Management PCCM).” Trong một hệ thống PCCM, Tiểu bang trả tiền cho các dịch vụ một khoản phí cho dịch vụ cơ sở cũng như lệ phí hàng tháng cho một nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe chính ký hợp đồng để phối hợp chăm sóc cho người thụ hưởng.

Các chương trình Medicaid phục vụ một nhóm đa dạng người khuyết tật, khác nhau về độ tuổi và loại hình và mức độ khuyết tật và bị một tác động bất thường về sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người hưởng lợi khuyết tật. Các chương trình bao gồm trẻ em khiếm khuyết (thể chất, giác quan, trí tuệ và chậm phát triển); người lớn trong độ tuổi lao động bị chấn thương tủy sống và sọ não; trẻ em và người lớn bị bệnh tâm thần nặng và dai dẳng; người lớn có thu nhập thấp, bị các bệnh mãn tính nghiêm trọng khác và các bệnh như tiểu đường, các bệnh tim mạch và phổi.

Cơ quan Giải trình Trách nhiệm Chính phủ ([Government Accountability Office-GAO](#)) là cơ quan chính phủ, cơ quan độc lập của ngành lập pháp Hoa Kỳ có nhiệm vụ thẩm định, đánh giá và điều tra những chương trình của chính phủ tại bất cứ cơ quan nào theo yêu cầu Quốc hội Hoa Kỳ. Đây là tổ chức thẩm định tối cao của chính phủ liên bang.

Đạo luật Giảm Thâm hụt năm 2005 ([The Deficit Reduction Act of 2005-DRA](#)) đạo luật sửa đổi cấp liên bang cho phép linh hoạt sửa đổi các chương trình Medicaid ở các tiểu bang nhằm giảm ảnh hưởng tiêu cực đến trẻ em và gia đình tiếp cận chăm sóc. Mặt khác, còn cho phép các tiểu bang mở rộng điều kiện và tiếp cận các dịch vụ. Báo cáo này phân tích quy định quan trọng của DRA bao gồm các hướng dẫn mới nhất từ Trung tâm [CMS](#) và thảo luận về tác động các trung tâm đối với dịch vụ phát triển trẻ thơ.

Đạo luật Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Sức khỏe ([The Health Care Quality Improvement Act-HCQIA](#)). Trong những năm 1970 và 1980, các vụ kiện sai sót y tế tăng về tần suất. Một yếu tố làm gia tăng này là khả năng của các bác sĩ chuyển nơi ở đến các quốc gia khác mà không khai báo các khoản tiền phạt do sai sót y tế trong quá khứ hay hành động có hại cho người bệnh. Luật Cải thiện Chất lượng Chăm sóc Sức khỏe năm 1986 ([HCQIA](#)) một đạo luật liên bang đã được ban hành để hình thành một hệ thống theo dõi quốc gia đối với quá trình bị phạt bằng tiền các sai sót y tế hay xử lý các hành động gây hại của các bác sĩ trong quá khứ. Hệ thống này được gọi là Ngân hàng Dữ liệu Quốc gia Hành nghề y ([The National Practitioner Data Bank-NPDB](#)). Một trong những lý do làm tăng lên hành động sai sót trong thực hành nghề y do bác sĩ bắt buộc dĩ phải tham gia vào các hoạt động đánh giá ngang hàng. Nhằm thúc đẩy và phát huy đánh giá ngang hàng [HCQIA](#) miễn trừ được cung cấp từ những thiệt hại tài chính dân sự để khuyến khích các bác sĩ tham gia vào các hoạt động đánh giá ngang hàng.

Đạo Luật Điều Phối Ngân Sách Omnibus 1990 (The Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990-[OBRA](#)) ban hành theo quy định của quá trình điều phối ngân sách để giảm thâm hụt ngân sách liên bang Hoa Kỳ.

Tổ chức Bảo vệ Sức khỏe (Health Maintenance Organization-[HMO](#)) tại Hoa Kỳ là một nhóm cung cấp bảo hiểm y tế. Một tổ chức xếp hạng quản lý chăm sóc cho bảo hiểm y tế và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản cho người tham gia tự nguyện trả trước một khoản phí định kỳ cố định hàng năm được thiết lập theo mức cố định, không liên quan đến số lượng hoặc loại dịch vụ nhận được (chẩn đoán và điều trị, nhập viện và phẫu thuật). Người tham gia có thể bổ sung thêm các dịch vụ nha khoa, tâm thần, nhãn khoa và cấp phát các loại thuốc kê đơn. Trong trường hợp cấp cứu người tham gia được hưởng các dịch vụ không có trong hợp đồng đã ký. Không giống như bảo hiểm bồi thường truyền thống, chương trình [HMO](#) bao gồm chăm sóc do những bác sĩ đa khoa và các chuyên khoa đã ký hợp đồng điều trị cho người bệnh theo hướng dẫn và hạn chế của [HMO](#) để đổi lấy số lượng khách hàng ổn định. [HMO](#) hoạt động như đầu mối liên lạc với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế (kể trên). Đạo luật Tổ chức Bảo vệ Sức khỏe năm 1973 yêu cầu người sử dụng lao động có 25 nhân viên trở lên đưa ra danh mục dịch vụ để người lao động lựa chọn sau đó ký hợp đồng với một nhà cung cấp [HMO](#) được cấp phép liên bang, sau đó người sử dụng lao động ký hợp đồng với các [HMO](#) đã lựa chọn.

Các đặc quyền lâm sàng ([Privileges](#)) Thẩm quyền cấp cho bác sĩ hoặc chuyên gia nha khoa do ban điều hành bệnh viện để chăm sóc người bệnh trong bệnh viện. Đặc quyền lâm sàng bị giới hạn theo giấy phép, kinh nghiệm và năng lực cá nhân. Đặc quyền trong trường hợp cấp cứu do hội đồng điều hành bệnh viện hoặc giám đốc điều hành cấp và không có liên quan đến các dịch vụ thường xuyên của bác sĩ hoặc nha sĩ. Bác sĩ hoặc nha sĩ có thể được cấp đặc quyền tạm thời để cung cấp chăm sóc y tế cho người bệnh trong thời gian hạn chế hoặc cho một người bệnh cụ thể.

Quy chế bảo mật thông tin y học được bảo vệ (Protected Health Information-[PHI](#)) Thông tin y học được bảo vệ theo luật pháp Hoa Kỳ là mọi thông tin về tình trạng sức khỏe, cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thanh toán các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được tạo ra hoặc thu thập từ một “cơ sở được bảo vệ” (hoặc một Hiệp hội kinh doanh của một cơ sở được bảo vệ), có thể liên kết với một cá nhân cụ thể và bao gồm mọi một phần của hồ sơ người bệnh quá trình chi trả chi phí.

Ngân hàng Liêm Chính sức Sức khỏe và Bảo vệ Dữ liệu The Healthcare Integrity and Protection Data Bank ([HIPDB](#)) thành lập theo Luật về Trách nhiệm Giải trình và Bảo mật Thông tin về Bảo hiểm Y tế năm 1996 ([HIPAA](#)) và Luật công 104-191, ([HIPDB](#) Cho phép quy định theo phần 1128E của Đạo Luật An Sinh Xã Hội (Social Security Act). Mục đích [HIPDB](#) nhằm chống gian lận và lạm dụng trong chăm sóc sức khỏe. [HIPDB](#) không còn hoạt động; Các dữ liệu trước đó [HIPDB](#) thu thập và công bố chuyển sang cơ sở dữ liệu của Ngân hàng Dữ liệu Hành nghề y Quốc gia ([The National Practitioner Data Bank-NPDB](#)) từ ngày 06/05/2013. Do thành lập với mục đích khác nhau, chồng chéo trong một số báo cáo và yêu cầu tham khảo thông tin. Để loại bỏ trùng lặp này, Quốc hội Hoa Kỳ đã thông qua mục 6403

trong Đạo Luật Chăm sóc Phù hợp (Affordable Care Act) hay Luật Obamacare năm 2010, Luật công 111-148. Bộ trưởng Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (HHS) đã yêu cầu chuyển mọi dữ liệu từ HIPDB sang NPDB và chấm dứt hoạt động HIPDB.

Mã số Định danh Nhà cung cấp Quốc gia (National Provider Identifier-[NPI](#)) mã số 10 chữ số duy nhất cấp cho các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe tại Hoa Kỳ của Trung Tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid ([CMS](#)). [NPI](#) thay thế cho Mã số Nhà Cung cấp Duy nhất (Unique Provider Identification Number-UPIN gồm sáu chữ số định danh các bác sỹ trước tháng 6/2007) để [NPI](#) nhận diện theo yêu cầu với các dịch vụ Medicare và được sử dụng cho người nộp, bao gồm cả bảo hiểm y tế mang tính thương mại. Việc chuyển đổi sang [NPI](#) là một phần của [Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Bảo mật Thông tin Bảo hiểm Y tế](#) năm 1996 ([HIPAA](#)) và [CMS](#) bắt đầu phát hành các mã số NPI từ tháng 10/2006.

Diễn đàn Chất lượng Quốc gia (National Quality Forum-[NQF](#)) là một tổ chức thành viên phi lợi nhuận Hoa Kỳ thúc đẩy bảo vệ người bệnh và chất lượng chăm sóc sức khỏe thông qua đo lường và báo cáo công khai. Thành lập vào 1999 dựa trên khuyến nghị của Ủy ban Cố vấn Tổng thống Bảo vệ Người tiêu dùng và Chất lượng trong Chăm sóc sức khỏe (President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry). Thành viên [NQF](#) gồm hơn 400 tổ chức, đại diện người tiêu dùng, các chương trình y tế, nhân viên y tế, chủ sử dụng lao động, chính quyền và các cơ quan y tế công cộng khác, các công ty dược phẩm, thiết bị y tế và các tổ chức cải thiện chất lượng khác. [NQF](#) giúp phát triển các hướng dẫn về giảm nhẹ chăm sóc.

Phiên tòa án vụ Frakes v. Cardiology Consultants, [P.C.](#), 1997 WL 536949 (Tenn. Cir. App. 1997) được coi là hiệu quả (để lại) hoãn lại một dự luật, “Các thông số Bài Kiểm tra Thở lực Liên quan tới với Tiên lượng kém và hoặc tăng mức độ nghiêm trọng của CAD” (CAD = bệnh mạch vành Coronary Heart Disease), chứa trong tài liệu do Trường Tim mạch Hoa kỳ (American College of Cardiology) và Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (American Heart Association) công bố như một tuyên bố đồng thuận về việc giải thích của bài kiểm tra tập thể dục chạy bộ. Tòa án kết luận rằng “tất cả các chuyên gia đã thông qua các tài liệu như một tuyên bố chính xác của các tiêu chuẩn chăm sóc và rằng tiêu chuẩn chăm sóc sẽ phục vụ như một công cụ hữu ích cho bồi thẩm đoàn.” Ngược lại, *Liberatore v. Kaufman et al.*, 835 So.2d 404 (CA Fla., 2003) Tòa phúc thẩm cho rằng tòa án sơ thẩm đã lạm dụng tiêu chuẩn chăm sóc cho phép bị cáo sử dụng một bản tin đăng của Trường Thầy thuốc Sản Phụ khoa Hoa kỳ American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) để củng cố lời khai của nhân chứng chuyên môn của họ.

Sai lầm là cố hữu của con người: Xây dựng Hệ thống Y tế An toàn hơn ([To Err is Human: Building a Safer Health System](#)) báo cáo do Viện nghiên cứu Y khoa (Institute of Medicine-[IOM](#)) công bố tháng 11/1999 nhằm gia tăng nhận thức về sự cố y tế ở Hoa Kỳ. Thúc đẩy cho sự an toàn người bệnh. Báo cáo này dựa trên phân tích từ nhiều nghiên cứu do các tổ chức thực hiện và kết luận rằng số người chết mỗi năm 44.000-98.000 ở Hoa Kỳ là do sự cố y khoa có thể giảm được. So sánh với khoảng dưới 50.000 người chết vì căn bệnh Alzheimer và 17.000 chết vì sử dụng ma túy bất hợp pháp trong cùng thời gian. Báo cáo kêu

gọi một nỗ lực toàn diện từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế, chính phủ, người tiêu dùng và những người khác. Đòi hỏi kiến thức để ngăn chặn các sự cố này. Báo cáo đề ra mục tiêu giảm ít nhất 50 % sự cố trong vòng năm năm tiếp theo, tuy nhiên đến 2007 mục tiêu đầy tham vọng này vẫn chưa thực hiện được.

Đồng thuận tham gia sau khi được giải thích ([Informed Consent](#)) Quá trình người bệnh được giải thích và hiểu được mục đích, lợi ích, rủi ro tiềm năng của một can thiệp y khoa hoặc phẫu thuật, gồm cả tham gia vào các thử nghiệm lâm sàng sau đó đồng ý nhận điều trị hoặc tham gia thử nghiệm. Đồng thuận thông thường đòi hỏi người bệnh hoặc bên có trách nhiệm ký một tuyên bố xác nhận rằng họ hiểu những rủi ro và lợi ích của thủ tục hoặc điều trị.

Trong pháp lý, thỏa thuận tự nguyện với một hành động được người khác đề nghị. Đồng thuận là một hành động có lý trí; người đồng thuận phải có năng lực tinh thần đầy đủ và có đủ mọi thông tin cần thiết để chấp nhận sự đồng thuận hợp lệ. Đồng thuận không bị cưỡng ép hoặc lừa đảo.

Informed consent: đồng thuận (trong y học): người bệnh ký thỏa thuận chính thức rằng cho phép bác sỹ tiến hành cho một thủ thuật y khoa (như phẫu thuật) sau khi đã được thông báo về những rủi ro, lợi ích, vv

Định nghĩa về sự đồng thuận: sự đồng thuận cho phẫu thuật của người bệnh hoặc tham gia vào một thí nghiệm y học của một chủ đề sau khi đạt được một sự hiểu biết về những gì liên quan

Ủy ban Thương mại Liên bang ([The Federal Trade Commission-FTC](#)) cơ quan độc lập của chính phủ Hoa Kỳ, thành lập năm 1914 theo Đạo luật Ủy ban Thương mại Liên bang (Federal Trade Commission Act). Nhiệm vụ chủ yếu là thúc đẩy bảo vệ người tiêu dùng và loại bỏ và ngăn ngừa các hành vi cạnh tranh trong kinh doanh, chẳng hạn như cưỡng bức độc quyền. Đạo luật Ủy ban Thương mại Liên bang là một trong những đạo luật chính thời Tổng thống Woodrow Wilson chống lại tư rớt kinh tế. Kể từ khi thành lập, FTC đã thi hành các quy định của Đạo luật Clayton, một đạo luật chống độc quyền quan trọng, cũng như các quy định của Đạo luật FTC, 15 U.S.C § 41 và tiếp theo. Qua thời gian, FTC đã được giao phó với việc thi hành các quy định kinh doanh bổ sung đã ban hành một số đạo luật và quy định (hệ thống hóa trong Điều 16 của Bộ luật liên bang).

Cơ quan Nghiên cứu Y tế và Chất lượng ([Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ](#)) ở Rockville, 1500, ngoại ô Washington, DC, một trong 12 cơ quan trong Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (HHS), là Cơ quan Chính sách Y tế và Nghiên cứu (Agency for Health Care Policy and Research-AHCPR) một đơn vị cấu thành các Dịch vụ Y tế Công cộng (Public Health Service-PHS) theo [Đạo Luật Điều Phối Ngân Sách Omnibus OBRA](#) 1989 (103 Stat. 2159), ngày 19/12/1989, để tăng cường chất lượng, phù hợp, hiệu quả của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tiếp cận với chăm sóc bằng cách tiến hành, hỗ trợ nghiên cứu, trình diễn dự án, đánh giá; xây dựng hướng dẫn; phổ biến thông tin về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và hệ thống phân phối.

Vượt qua các Khác biệt lớn về Chất lượng ([Crossing the Quality Chasm](#)): Một hệ thống y tế mới cho thế kỷ 21 là về chất lượng chăm sóc sức khỏe trong báo cáo Hoa Kỳ do Viện Y học (Institute of Medicine-IOM) công bố ngày 01/03/2001. Một theo dõi để thường xuyên trích dẫn 1999 IOM báo cáo An toàn cho Người bệnh dưới tiêu đề “Thánh nhân còn có khi nhầm”: Xây dựng Hệ thống Y tế An toàn, Vượt qua các Khác biệt lớn về Chất lượng ủng hộ một thiết kế lại cơ bản của hệ thống chăm sóc y tế của Mỹ.

Ủy ban Hỗn hợp ([Joint Commission-TJC](#)) tổ chức phi lợi nhuận được miễn thuế tại Hoa Kỳ (TJC) đã kiểm định hơn 21.000 tổ chức chăm sóc và chương trình sức khỏe tại Hoa Kỳ. Phần lớn các chính quyền tiểu bang công nhận chứng nhận của Ủy ban này là một điều kiện cấp giấy phép và nhận được chi trả theo chương trình Medicaid

Tiền lương theo Kết quả (Pay for performance-[P4P](#)) (trong y tế), một phong trào nổi lên trong bảo hiểm y tế ở Vương quốc Anh và Hoa Kỳ, trong đó các nhà cung cấp được trả lương theo chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Chương trình nhằm khuyến khích tài chính các bác sĩ theo kết quả chăm sóc sức khỏe tốt hơn. Còn được gọi là “P4P” hoặc “mua dựa trên giá trị (value-based purchasing)”, mô hình thanh toán này thường cho các bác sĩ, bệnh viện, các nhóm y tế và các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe khác để đáp ứng các biện pháp hiệu quả nhất định về chất lượng và hiệu quả. Chương trình cũng phạt những người chăm sóc sức khỏe có kết quả kém, sai sót y khoa, hoặc tăng chi phí.

Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid (The Centers for Medicare and Medicaid Services-[CMS](#)) trước đây gọi là Cơ quan Quản lý Tài chính Chăm sóc Sức khỏe (Health Care Financing Administration-HCFA), là cơ quan liên bang thuộc Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (HHS) được giao trách nhiệm quản lý Chương trình Medicare và việc quan hệ đối tác với chính phủ liên bang để quản lý chương trình Medicaid, Chương trình Nhà nước Bảo hiểm Y tế Trẻ em (State Children’s Health Insurance Program-SCHIP) và các tiêu chuẩn chuyên bảo hiểm Y tế. Ngoài các chương trình này [CMS](#) có trách nhiệm khác bao gồm các Tiêu chuẩn Đơn giản hóa Thủ tục Hành chính theo [Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Bảo mật Thông tin Bảo hiểm Y tế 1996 \(HIPAA\)](#), tiêu chuẩn chất lượng tại các cơ sở chăm sóc dài hạn (thường được gọi là nhà dưỡng lão) thông qua khảo sát của nó và quá trình cấp giấy chứng nhận tiêu chuẩn chất lượng phòng thí nghiệm lâm sàng theo Luật sửa đổi Cải thiện Phòng thí nghiệm Lâm sàng và giám sát Y tế (Clinical Laboratory Improvement Amendments) của chính phủ Hoa Kỳ.

Trung Tâm Medicare & Medicaid Services chương trình (CMS) Tổ Chức Cải Thiện Chất lượng ([QIO](#)) là một trong những chương trình liên bang lớn nhất dành cho nâng cao chất lượng y tế ở cấp cộng đồng. [QIO](#) phục vụ như là động lực thúc đẩy kết nối lớn hơn trên tất cả các thiết lập chăm sóc để chuyển giao dịch vụ chăm sóc sức khỏe và điều phối cho các đối tượng thụ hưởng Medicare.

“Medicare: CMS Nhu cầu Bổ sung Thẩm quyền để Giám sát Thỏa đáng An toàn của Người bệnh trong các Bệnh viện,” [Cơ quan Giải trình Trách nhiệm Chính phủ Hoa Kỳ](#)

(Government Accountability Office-[GAO](#)) đề nghị Quốc hội trao quyền nhiều hơn cho Trung Tâm Dịch Vụ Medicare and Medicaid (CMS) đối với chương trình thẩm định bệnh viện hiện hiện đang được Ủy ban chung về Thẩm định các Tổ chức Y tế (JCAHO) điều hành. Mặc dù JCAHO được Tổng thống Dennis O’Leary mô tả báo cáo như “phương pháp nghiên cứu không hoàn thiện” và “sai lầm, thống kê đáng báo động” báo cáo có thể làm thay đổi về tốc độ quá trình công nhận bệnh viện của JCAHO. Những thay đổi này có thể ảnh hưởng đến cấp và duy trì sự giấy phép của các bệnh viện tham gia vào chương trình Medicare và Medicaid.

Tổ Chức Cải Thiện Chất lượng (Quality Improvement Organization-[QIO](#)) Chương trình Tổ Chức Cải Thiện Chất lượng của Trung Tâm Medicare & Medicaid Services chương trình ([CMS](#)) một trong những chương trình liên bang lớn nhất dành cho nâng cao chất lượng y tế ở cấp cộng đồng. [QIO](#) là động cơ thúc đẩy kết nối lớn hơn trên tất cả các thiết lập chăm sóc để chuyển giao dịch vụ chăm sóc sức khỏe và điều phối cho các đối tượng thụ hưởng Medicare.

Chương trình [QIO](#) gắn với Chiến lược chất lượng của [CMS](#), cũng như Chiến lược Chất lượng Quốc gia của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (the U.S. Department of Health and Human Services-[HHS](#)) góp phần đạt được mục tiêu ba bên của [CMS](#) nhằm được chăm sóc tốt hơn, sức khỏe tốt hơn và chi phí thấp hơn. Chương trình hướng tới dữ liệu và kết quả theo định hướng tập trung, phối hợp với các tổ chức quốc gia khác và các sáng kiến nhằm nâng cao an toàn bệnh nhân và sức khỏe người dân.

James F Childress và Tom L Beauchamp trong Nguyên tắc Đạo đức Y sinh (1978) xác định làm phúc là một trong những giá trị cốt lõi của đạo đức y tế. Một số học giả như Edmund Pellegrino lập luận rằng làm phúc là nguyên tắc cơ bản chỉ đạo đức y khoa. Họ cho rằng chữa bệnh phải là mục đích duy nhất của y học và rằng những nỗ lực như phẫu thuật thẩm mỹ và cho người mắc bệnh nan y được chết nhẹ nhàng nằm ngoài phạm vi quản y đức.

Đạo luật Người bệnh Tự Xác định (Federal Patient Self-Determination Act-[PSDA](#)) được Quốc hội Hoa Kỳ vào thông qua năm 1990 là luật sửa đổi [Đạo Luật Điều Phối Ngân Sách Omnibus](#) (Omnibus Budget Reconciliation Act-OBRA) 1990. Có hiệu lực từ ngày 1/11/1991, dự luật này yêu cầu các bệnh viện, nhà điều dưỡng, cơ sở chăm sóc sức khỏe tại nhà, nhà cung cấp nhà dưỡng lão, [tổ chức bảo vệ sức khỏe](#) (Health Maintenance Organization-[HMO](#)) và các tổ chức y tế khác cung cấp thông tin trước về các hướng dẫn chăm sóc sức khỏe cho người bệnh trưởng thành khi nhận họ vào cơ sở y tế. Luật này không áp dụng đối với các bác sĩ tư nhân.

Mạng Giai đoạn cuối Bệnh thận (End Stage Renal Disease) Giai đoạn kết thúc suy thận hay giai đoạn mất bù trong suy thận mãn tính, định nghĩa là suy thận của một mức độ nào đó đòi hỏi phải lọc máu hoặc thay thận cho sự sống còn

Mạng Giai đoạn cuối Bệnh thận ([End Stage Renal Disease Network-ESRDN](#)) Medicare End Stage Renal Disease (ESRD) Chương trình ESRD, một chương trình bảo hiểm y tế quốc gia cho những người bị suy thận mất bù, được thành lập vào năm 1972 với việc thông qua mục 299I của Công Luật 92-603. Năm 1978, Quốc hội Mỹ cho phép hình thành Mạng Giai đoạn cuối Bệnh thận (End Stage Renal Disease Network). Mạng ESRD tổ chức để hỗ trợ

thêm các chương trình (Công Luật 95-292) và hiện tại (2014) có mười tám mạng hỗ trợ của chính phủ liên bang trong đảm bảo chăm sóc thích hợp cho người bệnh giai đoạn cuối người được điều trị thông qua các cơ sở lọc máu và các trung tâm ghép thận có xác nhận của Medicare. Trách nhiệm của mạng lưới bao gồm: người bệnh giai đoạn cuối được chăm sóc và cải thiện việc giám sát chất lượng, thu thập dữ liệu để quản lý các chương trình Medicare ESRD quốc gia, cung cấp hỗ trợ kỹ thuật cho các người bệnh bị ESRD và các nhà cung cấp và giải quyết các khiếu nại của người bệnh.

Cơ quan Bảo vệ Con người trong Nghiên cứu ([The Office for Human Research Protections-OHRP](#)) là một văn phòng nhỏ trong Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (DHHS) liên quan tới giám sát đạo đức nghiên cứu lâm sàng, chủ yếu thông qua các Viện Y tế Quốc gia (NIH).

Nhiệm vụ chính của cơ quan là việc thực hiện quy chế 45 CFR 46, quy định cho các Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học ([IRB](#)) phản ánh các quy định của cơ quan FDA bao gồm nghiên cứu lâm sàng được tiến hành bởi các công ty dược phẩm cũng như các quy định khác dưới sự bảo trợ của “luật chung”.

Tổ chức nghiên cứu DHHS-Tài trợ mà hành vi đó phải có một cơ quan bảo hiểm liên bang (Federal-Wide Assurance-FWA), một thỏa thuận với [OHRP](#) liên quan đến giám sát đạo đức. [OHRP](#) cũng cung cấp giáo dục cho IRBs, hướng dẫn về đạo đức nghiên cứu và tư vấn cho Bộ trưởng DHHS về các vấn đề y đức.

Trung tâm Hastings là một viện nghiên cứu độc lập, không thiên lệch về đạo đức sinh học trụ sở tại Garrison, New York thành lập năm 1969 và tổ chức đầu tiên của loại hình này, Hastings đã có công trong việc thiết lập đạo đức sinh học là một lĩnh vực nghiên cứu. Sứ mệnh cơ bản Hastings là để giải quyết các vấn đề đạo đức trong y tế, chăm sóc sức khỏe, nghiên cứu khoa học đời sống và môi trường ảnh hưởng đến cá nhân, cộng đồng và xã hội. Sau khi xem xét và phân tích cẩn thận thông qua một quá trình duy nhất mà mời quan điểm đa dạng, Hastings xuất bản báo cáo thường xuyên, các bài báo, cũng như hướng dẫn cụ thể, đề xuất chính sách và sách. Họ làm chứng tại phiên điều trần của Quốc hội và Tổng thống và hội thảo ở các quốc gia và toàn cầu.

Viện Y tế Quốc gia ([The National Institutes of Health-NIH](#)) là một cơ sở nghiên cứu y sinh học chủ yếu nằm ở Bethesda, Maryland. Cơ quan của Hoa Kỳ Bộ Y tế và Dịch vụ con người. Là cơ quan chính của chính phủ Hoa Kỳ có trách nhiệm nghiên cứu y sinh học và y tế liên quan. Viện Y tế Quốc gia tiến hành cả nghiên cứu khoa học của mình thông qua các chương trình nghiên cứu nội bộ NIH (Intramural Research Program-IRP) và cung cấp cho nghiên cứu y sinh học chủ yếu thông qua việc tài trợ cho Chương trình nghiên cứu bên ngoài không thuộc NIH.

Báo cáo Belmont ([Belmont Report](#)) lần đầu tiên được viết bởi Ủy ban Quốc gia về bảo hộ các dịch vụ con người của y sinh học và nghiên cứu hành vi. Được nhắc trong một phần bởi các vấn đề phát sinh từ việc nghiên cứu Bệnh giang mai Tuskegee ([Tuskegee Study of Untreated Syphilis](#) 1932-1972) và dựa trên [Ủy ban Quốc gia Bảo vệ Con người trong Y sinh](#)

[học và Nghiên cứu Hành vi](#) (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research) 1974-1978), thuộc Bộ Y tế, Giáo dục và Phúc lợi (the Department of Health, Education and Welfare (HEW) sửa đổi và mở rộng phần 45 CFR của nó 46 quy định để bảo vệ các đối tượng con người trong những năm 1970 và đầu những năm 1980. Năm 1978, Báo cáo Nguyên tắc Đạo đức và Hướng dẫn về Bảo vệ Con người trong Nghiên cứu của Ủy ban đã được phát hành và được công bố vào năm 1979 trong Công báo Liên bang ([The Federal Register](#)). Được đặt tên là Báo cáo Belmont, tên Trung tâm Hội nghị Belmont, nơi Ủy ban Quốc gia gặp khi lần đầu tiên dự thảo báo cáo. Báo cáo Belmont là một trong những công trình hàng đầu liên quan đến đạo đức và nghiên cứu chăm sóc sức khỏe. Cho phép để bảo vệ người tham gia trong các thử nghiệm lâm sàng và nghiên cứu.

Báo cáo Belmont tóm tắt các nguyên tắc đạo đức và hướng dẫn nghiên cứu liên quan đến đối tượng con người. Ba nguyên tắc cốt lõi được xác định: “tôn trọng quyền tự quyết, làm điều tốt, tránh làm điều tổn hại và tính công bằng (autonomy, beneficence and non-maleficence, and justice)”. Ba lĩnh vực chính của ứng dụng cũng được ghi nhận. Các khái niệm [đồng thuận sau khi được giải thích](#) ([Informed Consent](#)), đánh giá rủi ro và lợi ích và lựa chọn các đối tượng. Báo cáo Belmont cho phép một giải pháp tích cực hỗ trợ các đối tượng con người trong tương lai không có khả năng đưa ra quyết định độc lập.

Chương trình Nghiên cứu Đàn ông da đen Không được Điều trị Giang mai Tuskegee ([Tuskegee Study of Untreated Syphilis](#)). hay Chương trình Nghiên cứu Đàn ông da đen Không được Điều trị Giang mai Tuskegee ([Tuskegee Study of Untreated Syphilis](#)). Năm 1932 Cơ quan Y tế Công cộng (the Public Health Service) làm việc với Học viện Tuskegee, bắt đầu nghiên cứu ghi lại lịch sử tự nhiên bệnh giang mai với hy vọng chứng minh tính đúng đắn của chương trình điều trị cho người da đen.

Nghiên cứu bước đầu tham gia 600 người đàn ông da đen-399 bị bệnh giang mai, 201 người không mắc bệnh. Nghiên cứu được tiến hành mà không có sự [đồng thuận và được giải thích](#) về lợi ích cho người bệnh. Các nhà nghiên cứu nói với những người đàn ông đang được điều trị chứng “máu xấu”. Một thuật ngữ địa phương mô tả một số bệnh, bao gồm cả bệnh giang mai, bệnh thiếu máu và mệt mỏi. Sự thật họ không nhận được điều trị thích hợp cần thiết để chữa bệnh. Đổi lại cho việc tham gia vào nghiên cứu này, những người đàn ông nhận được thăm khám y tế miễn phí, nuôi ăn miễn phí và bảo hiểm an táng. Mặc dù ban đầu dự kiến sẽ kéo dài 6 tháng, nghiên cứu này thực sự kéo dài trong 40 năm.

Đạo luật Nghiên cứu Quốc gia ([National Research Act](#))

Ủy ban Quốc gia Bảo vệ Con người trong Y sinh học và Nghiên cứu Hành vi ([National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research](#))

Hiệp hội Chất lượng Y khoa Đại học Hoa Kỳ ([American College of Medical Quality-ACMQ](#))

Xin chân thành cảm ơn

Các nhà tài trợ:

1. Công ty cổ phần Dược Becamex Bình Dương
2. Ông Nguyễn Thành Lâm
3. Bs Phan Thị Ngọc Linh



Tham gia chuyển ngữ – hiệu đính:

Võ Thị Hà
Chu Đức Hải
Lê Thanh Chi
Hồ Đức Cường
Nguyễn Thị Ngọc Hạnh
Võ Thị Xuân Hạnh
Dương Ngọc Công Khanh
Nguyễn Quang Việt

Hiệu đính tổng hợp lần cuối: Võ Thị Hà

Mọi góp ý cho bản dịch xin gửi về email:

havothipharma@gmail.com
linhphandr@gmail.com