

Volume 15, 17 Nov 2015

Publisher: Uopen Journals

URL: <http://www.ijic.org>

Cite this as: Int J Integr Care 2015; WCIC Conf Suppl; [URN:NBN:NL:UI:10-1-117353](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:nl:ui:10-1-117353)

Copyright: 

Conference Abstract

Rationale for improving integrated service delivery: reduced cost and improved care in Georgia / Justificación de la mejora en la prestación de servicios integrados: reducción de costos y mejora en la atención en Georgia

Tamar Chitashvili, University Research Co. LLC, United States of America

Correspondence to: **Tamar Chitashvili**, University Research Co. LLC, United States of America, E-mail: tchitashvili@urc-chs.com

Abstract

Introduction: In Georgia, non-communicable diseases (NCDs) constitute about 60% of total morbidity and mortality in the adult population. Acute respiratory tract infections (RTIs) are the most frequent reasons for seeking medical care among children (NCDC, 2012), with 38% of children discharged from the hospital and 45% of children seen during ambulatory visits diagnosed with RTIs in 2012 (NCDC, 2012).

Effective interventions can prevent and treat NCDs and RTIs, but appropriate care delivery remains very low due to fragmented health service delivery at each level of care, low compliance with evidence-based best practices, and weak performance of basic supporting health system functions (HCI, 2012).

Short Description of Practice Change Implemented: To improve quality of medical care for high-burden NCDs and RTIs in Georgia, the USAID HCI (2012-2014) and ASSIST (2014-2015) projects worked closely with Ministry of Health, NCDC, professional associations and other key stakeholders. The projects applied a combination of different quality improvement (QI) methods to improve integrated care in 17 ambulatory clinics and village solo practices and three hospitals in Georgia's Imereti Region, with a population of 700,000. The projects established QI teams in selected facilities and supported them to identify gaps in their health care processes and test, implement, evaluate and institute changes to improve integrated care through intensive coaching and clinical and QI trainings. QI teams focused on improving integrated prevention and management of cardiovascular disease (CVD), chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and asthma and their cross-cutting risk factors in adult patients and on care of RTIs and asthma in children. The teams placed particular emphasis on improving care processes common to all diseases (diagnosis, severity assessment, case-management), coordination between levels of care and patient self-management support.

Key findings: Routine monitoring results after 34 months of project interventions showed that average compliance with evidence-based bundles of best practices in each priority clinical area ranged from 20-45% in May 2012 but improved by 55-80 percentage points, reaching compliance of over 89% by January 2015.

A prospective, non-randomized controlled assessment of the cost-effectiveness of the QI interventions also demonstrated statistically significant attributable improvement of care processes and proximal outcomes in all priority clinical area after 18 months of interventions in participant ambulatories and hospitals compared to control sites. Particularly:

Primary prevention of CVD with multi-drug therapy (Aspirin, Statin, BP lowering drugs) improved from 0% (0/24) to 93% (14/15), attributable improvement: 94% ($p < 0.0001$);

Secondary prevention of CVD with multi-drug therapy (Aspirin, Beta-blocker, ACE-I/ARB, Statin) for patients with coronary artery disease (CAD) improved from 6% (3/52) to 91% (53/58), attributable improvement 73% ($p < 0.0001$) at ambulatory and from 6% (6/103) to 54% (62/114), attributable improvement 32.5% ($p < 0.0001$) at hospital level

Initial hospital treatment with anti-ischemic medication bundle (Morphine, Oxygen, Nitrate, Aspirin) improved from 8% (11/131) to 70% (94/133), attributable improvement: 41.3% ($p < 0.0001$)

Justified antibiotic use for RTI at ambulatory level improved from 19% (9/148) to 97% (29/30), attributable improvement: 68% ($p < 0.001$)

Evidence-based first line antibiotic use to treat RTIs, when indicated, improved from 8% (4/48) to 93% (28/30, attributable improvement: 71% ($p < 0.001$)) at ambulatory and from 36% (47/130) to 89% (116/130, attributable improvement: 33% ($p < 0.001$)) at hospital level.

Economic evaluation of the project's QI interventions found that while the total cost of the interventions was 155,921 USD during 18 months, the intervention saved 4 times more (\$618,221) through decreased prescription/administration of non-evidence-based medications and diagnostic tests and simultaneously, increased the probability of receiving better quality of care.

Highlights: Analysis of the incremental cost-savings from decreased utilization of non-evidence-based practices demonstrated that an intervention directed to improve vertically- and horizontally-integrated care delivery of high-burden diseases is more efficient and effective than traditional single-disease management at one level of care.

The fact that the associated cost-benefit from the QI intervention in 20 facilities is about 618,221 USD, shows that the spread and scale-up of QI interventions countrywide would save hundreds of million USD from decreased non-evidence based practice. Considering that the cost of the demonstration phase of the QI intervention is higher than the cost of its spread in the same number of facilities (due to higher costs associated with preparation of QI implementation and evaluation materials), the scale-up of QI interventions has the potential to reach even greater cost-savings per patient.

Conclusion: Our results demonstrate that there are effective and efficient strategies to improve the quality of integrated service delivery for high-burden adult and pediatric conditions in Georgia. These strategies, directed to build local capacities and strengthen health systems, are sustainable, adaptable and spreadable nationwide and can be adapted globally.

Conference abstract Spanish

Introducción: En Georgia, las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen alrededor del 60% del total de la morbilidad y mortalidad en la población adulta. Infecciones de las vías respiratorias agudas (ITR) son las razones más frecuentes para la búsqueda de atención médica entre los niños (NCDC, 2012), con el 38% de los niños dados de alta en el hospital y el 45% de los niños atendidos durante las visitas ambulatorias con diagnóstico de las ITR en 2012 (NCDC, 2012).

Las intervenciones eficaces pueden prevenir y tratar las enfermedades no transmisibles y las ITR, pero la prestación de atención apropiada sigue siendo muy baja debido a la prestación de servicios de salud fragmentado en cada nivel de atención, bajo el cumplimiento de las mejores prácticas basadas en la evidencia, y débil desempeño de las funciones básicas del sistema de salud de apoyo (HCI, 2012).

Breve descripción de la práctica Cambio Implementado: Mejorar la calidad de la atención médica de alta carga de enfermedades no transmisibles y las ITR en Georgia, la USAID HCI (desde 2012 hasta 2014) y ASSIST (2014-2015) proyectos trabajaron en estrecha colaboración

con Ministerio de Salud, NCDC, asociaciones profesionales y otros interesados clave. Los proyectos aplican una combinación de mejora de calidad de diferentes métodos (QI) para mejorar la atención integral en 17 clínicas ambulatorias y prácticas en solitario del pueblo y tres hospitales de Imereti Región de Georgia, con una población de 700.000. Los proyectos establecieron equipos de MC en los centros seleccionados y les apoyan para identificar vacíos en sus procesos de atención médica y de prueba, implementando, evaluando e instituyendo cambios para mejorar la atención integral a través del entrenamiento intensivo y capacitación clínica y QI. Equipos de MC se centraron en la mejora de la prevención y el tratamiento de la enfermedad cardiovascular (ECV) integrada, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma en sus factores de riesgo transversales en pacientes adultos y en la atención de las ITR y el asma en los niños. Los equipos hicieron especial hincapié en la mejora de los procesos de atención comunes a todas las enfermedades (diagnóstico, evaluación de la gravedad, y la gestión de casos), la coordinación entre los niveles de atención y apoyo a la autogestión del paciente.

Hallazgos clave: los resultados del monitoreo de rutina después de 34 meses de las intervenciones del proyecto mostraron que el cumplimiento promedio de los paquetes basados en la evidencia de las mejores prácticas en cada área clínica la prioridad varió desde 20 hasta 45% en mayo de 2012, pero mejorado por 55-80 puntos porcentuales, alcanzando el cumplimiento de más del 89% en enero de 2015.

Una evaluación prospectiva, no aleatoria y controlada de la relación costo-efectividad de las intervenciones de MC también demostró una mejoría estadísticamente significativa atribuible de los procesos de atención y los resultados proximales en toda área clínica prioridad después de 18 meses de las intervenciones en los ambulatorios y hospitales participantes en comparación con los sitios de control. Particularmente:

La prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares con el tratamiento con múltiples fármacos (aspirina, estatinas, medicamentos para reducir la PA) mejoró de 0% (0/24) a 93% (14/15), la mejora atribuible: 94% ($p < 0,0001$);

La prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares con el tratamiento con múltiples fármacos (aspirina, betabloqueantes, IECA / ARA II, estatinas) para pacientes con enfermedades arterial coronaria (EAC) mejoró de 6% (3/52) a 91% (53/58, mejora atribuible 73% $p < 0,0001$) en el ambulatorio y de 6% (6/103) a 54% (62/114, la mejora atribuible 32,5% $p < 0,0001$) a nivel hospitalario

El tratamiento hospitalario inicial con el paquete de medicamento anti-isquémico (morfina, oxígeno, nitrato, aspirina) mejoró de 8% (11/131) a 70% (94/133), la mejora atribuible: 41,3% $p < 0,0001$

Uso justificado antibiótico para RTI a nivel ambulatorio mejora del 19% (9/148) a 97% (29/30), la mejora atribuible: 68% $p < 0,001$

Basados en la evidencia del uso de antibióticos de primera línea para el tratamiento de infecciones del aparato reproductor, cuando esta indicado, la mejora del 8% (4/48) a 93% (28/30, mejora atribuible: 71% $p < 0,001$) en el ambulatorio y del 36% (47/130) al 89% (116/130, mejora atribuible: 33% $p < 0,001$) a nivel hospitalario.

La evaluación económica de las intervenciones QI del proyecto encontró que mientras que el costo total de las intervenciones fue de USD\$ 155,921 durante 18 meses, la intervención salvó 4 veces más (\$ 618.221) a través de la disminución de la prescripción / administración de medicamentos no basados en evidencias y pruebas de diagnóstico y, simultáneamente, aumento de la probabilidad de recibir una mejor calidad de atención.

Aspectos destacados: El análisis de los incrementos de ahorro de costos de disminución de la utilización de las prácticas no basadas en la evidencia demostró que una intervención dirigida a mejorar verticalmente la prestación de atención horizontalmente integrada de las enfermedades de alta carga de morbilidad es más eficiente y eficaz que la gestión tradicional de enfermedad única en un nivel de atención.

El hecho de que la relación costo-beneficio asociado con la intervención de MC en 20 instalaciones es de unos 618.221 dólares, muestra que la difusión y ampliación de QI intervenciones en todo el país se ahorraría cientos de millones de dólares de la práctica basada en la evidencia no disminuido. Teniendo en cuenta que el costo de la fase de demostración de la

intervención QI es más alto que el costo de su propagación en el mismo número de instalaciones (debido a los mayores costos asociados con la preparación de la ejecución y evaluación de materiales QI), la escala de las intervenciones de MC tiene el potencial para alcanzar aún mayores ahorros de costos por paciente.

Conclusión: Nuestros resultados demuestran que hay estrategias efectivas y eficientes para mejorar la calidad de la prestación de servicios integrados de condiciones de alta carga de adultos y pediátricos en Georgia. Estas estrategias, dirigidas a fortalecer las capacidades locales y fortalecer los sistemas de salud, son sostenibles, adaptable y extensible a nivel nacional y se pueden adaptar a nivel mundial.

Keywords

quality improvement; ncids; rtis; cost / mejora cualitativa; enfermedades no transmisibles; itr; costo

PowerPoint presentation

<http://integratedcarefoundation.org/resource/wcic3-presentations>