

ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ В СИСТЕМАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: В ФОКУСІ НАЦІОНАЛЬНИХ РЕСУРСІВ РЕЗУЛЬТАТИ, ПРОЦЕСИ ТА ПРОДУКТИВНІСТЬ

Д.Д. Дячук, О.М. Ліщишина, О.Л. Зюков, В.А. Гандзюк

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, м.Київ, Україна

Резюме

Індикатори якості в системах охорони здоров'я: в фокусі національних ресурсів результати, процеси та продуктивність

Мета дослідження. Вивчення досвіду країн з сильними економіками стосовно моніторингу та оцінки якості медичного обслуговування, порівняння з вітчизняним досвідом в даній сфері. Матеріали і методи. Наведено результати огляду англомовних сайтів з вимірювання клінічних індикаторів в Великій Британії, Канаді та США та сайтів вітчизняної системи охорони здоров'я (МОЗ України, Центру медичної статистики МОЗ України, Державного експертного центру МОЗ України, Національної служби охорони здоров'я України).

Результати. Встановлено, що в країнах, дані яких було піддано аналізу, вирішення завдань безперервного поліпшення якості медичної допомоги відбувається за допомогою зв'язку з клінічними настановами, державної підтримки процесів вимірювання якості медичної допомоги, надання програмного забезпечення для обрахунків та прозорості визначення індикаторів. В вітчизняній системі охорони здоров'я з 2018 р. відбуваються паралельні процеси: а) клінічні індикатори якості затверджуються в складі галузевих стандартів в сфері охорони здоров'я, б) показники, що демонструють обсяги медичної допомоги, збирає та обробляє Центр медичної статистики МОЗ України, в) Національна служба здоров'я України формує спеціальні показники на основі даних надавачів та користувачів медичних послуг обробляє, аналізує та оприлюднює знеособлені відкриті дані у Єдиному державному веб-порталі відкритих даних у вигляді спеціальних дашбордів; зазначені показники частково релевантні до клінічних індикаторів якості.

Висновки. На основі порівняння застосованих в різних країнах показників, зв'язку показників якості з доказовими даними визначено подальші кроки для системного підходу в сфері поліпшення якості медичної допомоги, оскільки основним інструментом моніторингу та оцінки медичного обслуговування є спеціальні показники – індикатори якості. Дані показники обчислюються ретроспективно за стандартизованими методиками, визначеними на національному рівні, що сприяє прозорості та підзвітності охорони здоров'я. При цьому зв'язок з доказами та клінічними настановами, програмне забезпечення, шаблони та формули розрахунку, рамки застосування та обмеження тощо чітко визначені та легко доступні, кількість та види індикаторів варіюють від країни до країни. В закладах охорони здоров'я індикатори обчислюють з використанням інформаційних технологій на основі даних пацієнтів, зосереджуючись на таких аспектах якості медичної допомоги як результативність та продуктивність. Системне поліпшення якості медичної допомоги на практиці може досягатись через релевантність обчислюваних в електронній системі охорони здоров'я показників з доказовими положеннями національних клінічних настанов та вимогами галузевих стандартів в сфері охорони здоров'я.

Ключові слова: показники якості медичної допомоги, вимірювання ефективності, показники якості профілактичної медичної допомоги.

ВСТУП

Систематичний збір даних про надання допомоги, вимірювання впливу змін, вимірювання якості надання медичних послуг в країні є суттєвими рисами систем підвищення якості в охороні здоров'я [1]. Відповідно, досвід моніторингу та оцінки якості медичного обслуговування становить значний науково-практичний інтерес.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Виявлення та аналіз досвіду країн з сильними економіками стосовно моніторингу та оцінки якості медичного обслуговування, порівняння з вітчизняним досвідом в даній сфері.

ВИКОРИСТАНІ МЕТОДИ ТА МАТЕРІАЛИ

Аналіз англomовних національних порталів показників в сфері охорони здоров'я, зокрема індикаторів якості медичного обслуговування, пошук індикаторів якості медичної допомоги проведено з використанням ключових слів «індикатори якості медичної допомоги», «indicators of quality of medical care», «показники продуктивності» «performance measuring», «індикатори якості профілактичної медичної допомоги», «indicators of quality of preventive medical care», «індикатори профілактики» «prevention indicators», «профілактика неінфекційних захворювань», «prevention of non-communicable diseases» по порталах Міністерства охорони здоров'я України <https://moz.gov.ua/>, Центру медичної статистики МОЗ України <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>, Національної служби здоров'я України <https://nszu.gov.ua/>, Державного експертного центру Міністерства охорони здоров'я України https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/, по англomовних порталах індикаторів якості: Агенції з досліджень та якості в охороні здоров'я США www.qualityindicators.ahrq.gov/; Інституту здоров'я, США, http://www.ihl.org/?fbclid=IwAR3_6ZwaEl05n5-yRosTMp6AmigK0vmvbPHN5QuLiacGh9m3jUZ6N-IozgE; Канадського інституту інформації про здоров'я <https://www.cihi.ca/en/health-indicators?fbclid=IwAR2JcBn7VIEC2RFy2uCgmXNqHDmnJjVEIKaB6xzaDHJq1dSRZ-7nMhasw>; Порталу індикаторів охорони здоров'я та догляду Великої Британії <https://digital.nhs.uk/data-and-information/national-indicator-library>.

РЕЗУЛЬТАТИ

Вимірювання якості медичної допомоги зазвичай визначено інтересом причетних до процесу, а також власне здатністю вимірювати та аналізувати якість завдяки удосконаленню інформаційних технологій та пов'язаними з ними досягненнями методології вимірювання [2].

Вимірювання якості в сфері охорони здоров'я наразі розвивається високими темпами у відповідь на запит дослідників, політиків та широкої громадськості [2-5], актуалізоване завдання розроблення систематизованих підходів до вимірювання та порівняльного аналізу якості медичної допомоги. В теперішній час якість медичної допомоги розглядається серед результатів діяльності системи охорони здоров'я в багатьох країнах, включаючи Австралію, Бельгію, Канаду, Італію, Мексику, Іспанію, Нідерланди та більшість країн північної півкулі. Зростають міжнародні зусилля щодо порівняльного аналізу якості медичної допомоги в різних країнах. Організація економічного співробітництва та розвитку та Комісія ЄС розширили свої зусилля з оцінки та порівняння якості медичної допомоги [4, 6]. Зростає увага до вартості охорони здоров'я [7] та стандартизації вимірювання результатів [8], і особливу увагу привертає вимірювання результатів, повідомлених пацієнтами [5].

Системи управління якістю в охороні здоров'я сприяють вдосконаленню медичної практики та професійного розвитку, а також забезпечують підзвітність [9]. Водночас такі системи вимагають критеріїв та стандартів в якості основи для оцінки, при цьому встановити їх досить складно в зв'язку з «напруженістю між вимірюваністю та релевантністю», різноманітністю критеріїв між населеними пунктами та окремими країнами. Зі збільшенням зовнішнього оцінювання медичної допомоги та порівнянь між країнами втрачається впевненість щодо обґрунтованості багатьох стандартів та їх відповідного використання.

Майже 60 років тому, в 60-ті роки минулого століття А. Donabedian [10] сформулював застереження щодо виправданості використання тільки кінцевого результату медичної допомоги для оцінки її якості, оскільки він залежить від багатьох чинників. Інший підхід до оцінки якості полягає у вивченні власне процесу медичної допомоги, а не результатів, що виправдовують припущенням: важливим є те, чи застосовувались втручання, що на сьогоднішній день відомі як «хороша» медична допомога, а не сила медичних технологій. Судження ґрунтуються на таких міркуваннях, як доцільність, повнота та надмірність інформації, отриманої завдяки клінічному анамнезу, фізикальному обстеженню та діагностичним тестам; обґрунтування діагнозу та лікування; технічна компетентність з виконання діагностичних та лікувальних процедур, включаючи хірургічні втручання; докази профілактичного менеджменту здоров'я та хвороб; координація та безперервність допомоги; прийнятність допомоги для пацієнта тощо. Даний підхід вимагає великої уваги до визначення відповідних параметрів, цінностей та стандартів. Оцінки якості медичної допомоги, яку отримує пацієнт, менш стабільні та менш остаточні, ніж ті, що впливають із вимірювання результатів. Од-

нак вони можуть бути більш доречними для відповіді на питання «чи правильна медична практика?». При цьому багатовимірною оцінка медичної допомоги є дорогим та трудомістким завданням, триває пошук дискретних, легко вимірюваних даних, що можуть надати інформацію про якість різних аспектів структури, процесу або результату медичної допомоги. Головна вимога полягає в тому, щоб вони були легко, навіть рутинно, вимірюваними та були обґрунтованими.

Сучасні методологічні розробки щодо вимірювання якості медичної допомоги за допомогою спеціальних показників (індикаторів), на наш погляд, найкраще представлені у Національному інституті здоров'я та клінічної досконалості (далі – NICE), Велика Британія [11] створена так звана «рамкова мережа якості та результатів» (QUALITY AND OUTCOMES FRAMEWORK, далі – QOF), в якій показники вимірюють результати, що відображають якість медичної допомоги, або процеси, фактично пов'язані із покращеними результатами. Для зручності створене єдине меню, що складано з 3-х типів індикаторів: а) показники загальної практики, придатні для використання в QOF; б) показники загальної практики, придатні для використання поза QOF; в) показники групи клінічного введення. Індикатори використовуються для визначення, де потрібне вдосконалення, встановлення пріоритетів для покращення якості та підтримки процесу, створення локальних інформаційних панелей продуктивності, порівняння показників з загально національними даними, а також підтримка місцевих зусиль з підвищення якості, прозорості локальних систем охорони здоров'я та їх прогресу щодо результатів.

Індикатори NICE підкріплені базою надійних доказів і пройшли регламентований процес розроблення, який включав незалежних експертів (в тому числі лікарів загальної практики, клінічних консультантів, лікарів з питань громадської охорони здоров'я та соціальної допомоги, уповноважених Національної служби охорони здоров'я та непрофесійних членів), випробування та пілотування, громадські консультації. При цьому відкрито публікуються довідкові дані, використані для створення показників, а також відбувається взаємодія зі спеціальним Цифровим сектором Національної служби охорони здоров'я в ході розробки та тестування показників, визначення їх технічних характеристик. Крім того, кожен показник має визначену формулу обчислення, як от: знаменник, що описує цільову сукупність, включену в показник, чисельник, що описує кількість осіб/випадків у знаменнику, відносно яких застосоване певне втручання, лікування або результат, опис осіб/випадків, що становлять включення, виключення та винятки.

В якості прикладу індикаторів, що характеризують профілактичну спрямованість діяльності лікаря

первинної медичної допомоги, наводимо фрагмент загального набору індикаторів NICE для серцево-судинних хвороб та артеріальної гіпертензії: відсоток пацієнтів віком до 79 років із ішемічною хворобою серця, у яких останні показники артеріального тиску (виміряні за останні 12 місяців) становлять 140/90 мм рт.ст. або менше; відсоток пацієнтів з ішемічною хворобою серця, які за попередні 12 місяців реєстрували прийом аспіріну, альтернативної анти-тромбоцитарної терапії або антикоагулянта; відсоток пацієнтів з ішемічною хворобою серця, інсультом або транзиторною ішемічною атакою, діабетом та / або хронічною обструктивною хворобою легень, які мали імунізацію проти грипу за попередній визначений період; відсоток пацієнтів з одним або кількома з наступних станів: ІХС, фібриляція передсердь, хронічна серцева недостатність, інсульт або ТІА, діабет або деменція, які пройшли обстеження на порушення ковтання за допомогою інструменту FAST або AUDIT-C; відсоток пацієнтів з одним або кількома з таких станів: ІХС, фібриляція передсердь, хронічна серцева недостатність, інсульт або ТІА, діабет або деменція із зростанням балів ≥ 3 або оцінкою AUDIT-C ≥ 5 за попередні 2 роки, які отримали коротке втручання, щоб допомогти їм зменшити ризик, пов'язаний з алкоголем, протягом 3 місяців після реєстрації балу; відсоток пацієнтів з фібриляцією передсердь, у яких ризик інсульту оцінювали за допомогою системи оцінки стратифікації за оцінкою CHA2DS2-VASc за попередні 12 місяців (за винятком пацієнтів з попередньою оцінкою CHADS2 або CHA2DS2-VASc ≥ 2); відсоток пацієнтів, які в даний час отримують антикоагуляційну медикаментозну терапію, серед пацієнтів з фібриляцією передсердь із показником CHA2DS2-VASc ≥ 2 ; відсоток пацієнтів, зареєстрованих сімейним лікарем, у віці 65 років і старше, в яких діагностовано один або декілька з таких станів: гіпертонія, діабет, ХХН, ПАД, інсульт / ТІА, ішемічна хвороба серця та серцева недостатність, що мали оцінку пульсового ритму за попередні 12 місяців; відсоток пацієнтів з фібриляцією передсердь, які в певний час отримують антикоагулянт, які пройшли огляд за попередні 12 місяців, який включав: а) оцінку ризику інсульту / тромбемболії; б) оцінку ризику кровотечі; в) оцінку функції нирок, кліренсу креатиніну, FBC та LFT; г) будь-які несприятливі події, пов'язані з антикоагулянтною терапією; д) оцінку дотримання призначень лікарських засобів; ф) оцінку антикоагулянта; надавач первинної медичної допомоги створив та веде реєстр пацієнтів із фібриляцією передсердь, включаючи пацієнтів із «вилікованою фібриляцією передсердь»; відсоток пацієнтів із серцевою недостатністю, яким було поставлено діагноз протягом попередніх 15 місяців з подальшим записом пропозиції реабілітаційної програми на основі фізичних вправ протягом попередніх 15 місяців; відсоток пацієнтів з діагнозом серцевої недостатності після (дати початку), який

підтверджений ехокардіограмою або оцінкою спеціаліста між 3 місяцями до або 3 місяці після внесення до реєстру; відсоток пацієнтів з поточним діагнозом серцевої недостатності через систолічну дисфункцію лівого шлуночка, які в даний час лікуються за допомогою АПФ-І або АРБ; відсоток пацієнтів з поточним діагнозом серцевої недостатності через систолічну дисфункцію лівого шлуночка, які в даний час лікуються бета-блокатором, показаним при серцевій недостатності; відсоток пацієнтів із серцевою недостатністю в реєстрі, які пройшли огляд за попередні 12 місяців, включаючи оцінку функціональних можливостей (за допомогою класифікації Нью-Йоркської асоціації серця) та огляд призначених ліків; відсоток пацієнтів з артеріальною гіпертензією у віці від 16 до 74 років, у яких проводиться щорічна оцінка фізичної активності за допомогою GPPAQ за попередні 15 місяців; відсоток пацієнтів з артеріальною гіпертензією у віці від 16 до 74 років і старше, які за попередні 15 місяців отримала показник «менше активних» на GPPAQ, які також мають запис короткого втручання щодо підвищення фізичної активності за попередні 15 місяців; відсоток пацієнтів із гіпертонією у віці до 80 років, у яких останній зареєстрований артеріальний тиск (виміряний за попередні 9 місяців) становить 140/90 або менше; відсоток пацієнтів віком від 80 років з гіпертонічною хворобою, у яких останній зареєстрований артеріальний тиск (виміряний за попередні 9 місяців) становить 150/90 або менше; відсоток пацієнтів у віці 40 років і старше з вимірюванням артеріального тиску, зафіксованим за попередні 5 років; відсоток пацієнтів з новим діагнозом гіпертонія (діагностований на визначену дату року або пізніше), який підтверджений за допомогою амбулаторного моніторингу артеріального тиску (далі – АВРМ) або домашнього моніторингу артеріального тиску (далі – НВРМ) за три місяці до внесення до реєстру; відсоток пацієнтів з новим діагнозом гіпертонічної хвороби в попередній визначений період, у яких наявний показник сечового тесту на співвідношення альбумін/креатинін за три місяці до або після дати внесення до реєстру гіпертонії; відсоток пацієнтів з новим діагнозом гіпертонічної хвороби в попередній визначений період, які мають запис про тестування на гематурію за три місяці до або після дати внесення до реєстру гіпертонії; відсоток пацієнтів з новим діагнозом гіпертонічної хвороби за попередній визначений період, у яких є запис ЕКГ із 12 відведеннями за 3 місяці до або після дати внесення до реєстру гіпертонії; відсоток пацієнтів з діагнозом гіпертонія (діагностований за визначений період), яким протягом попередніх 12 місяців надали поради щодо способу життя, а саме: відмови від куріння, безпечного вживання алкоголю та здорового харчування; відсоток пацієнтів у віці 25–84 років з новим діагнозом гіпертонія або цукровий діабет 2 типу, зафіксований за попередній визначений пе-

ріод (за винятком пацієнтів із раніше наявною ІХС, інсультом та / або ТІА), які пройшли консультацію для оцінки серцево-судинного ризику за допомогою інструменту оцінки ризику QRISK2 між 3 місяцями до та 3 місяцями після дати діагностики; відсоток тих, хто зараз лікується статинами (якщо не мають протипоказань), серед пацієнтів з новим діагнозом гіпертонія або діабет 2 типу у віці 25–84 років, зареєстрованих за попередній визначений період (за винятком пацієнтів з раніше наявною ІХС, інсультом та / або ТІА), які мають оціночний бал зареєстрованого ризику серцево-судинних захворювань (за допомогою інструменту оцінки QRISK2) > 20% за попередні 12 місяців; відсоток пацієнтів з новим діагнозом гіпертонія протягом попередніх 12 місяців, які пройшли обстеження на небезпечне пиття за допомогою інструменту FAST або AUDIT-C за 3 місяці до або після дати внесення до реєстру гіпертонії; відсоток пацієнтів з гіпертонією або діабетом та ІМТ $\geq 27,5$ кг/м² (або ≥ 30 кг/м², якщо етнічна приналежність зазначена білий) за попередні 12 місяців, які були направлені на програму контролю ваги протягом 90 днів після реєстрації ІМТ.

При цьому всі наведені індикатори спрямовані на моніторинг діяльності надавачів первинної медичної допомоги з огляду на стандарти якості та національні клінічні настанови, доступні на сайті NICE [11]. Спеціальний Цифровий підрозділ Національної служби охорони здоров'я Великобританії надає програмне забезпечення для розрахунку індикаторів.

Агенство здоров'я та досліджень якості (далі – AHRQ), США має спеціальний сайт для індикаторів якості медичної допомоги [12], де індикатори угруповані на показники якості профілактики PQI, показники якості стаціонару IQI, показники безпеки пацієнта PSI та педіатричні показники якості PDI. Індикатори якості визначені як показники, засновані на фактичних даних, що обчислюються за стандартною методикою, легко доступні для вимірювання та відстеження клінічних показників та результатів. Їх використовують у визначених потенційних напрямках підвищення якості для відстеження змін в часі. Для зручності користувачам також надається програмне забезпечення.

Моніторинг показників якості профілактики (далі – PQI) віднесено до заходів, що допомагають оцінити якість та доступність медичної допомоги в громаді, зокрема, виявлення потенційних проблемних областей якості охорони здоров'я, що потребують подальших досліджень, а також для порівняльної публічної звітності, тенденцій та ініціатив щодо оплати діяльності; можуть слугувати для перевірки доступу до первинної медичної допомоги або амбулаторних послуг у громаді, використовуючи дані про пацієнтів з типових лікарняних виписок або наборів даних;

можуть допомогти державним медичним установам, державним організаціям даних, системам охорони здоров'я та всім іншим, зацікавленим в покращенні якості медичної допомоги в своїх громадах. Показники є безкоштовно загальнодоступними для користувачів. Визначені формули обчислення, зміст чисельника, знаменника, правила включення пацієнтів, виключення та винятки. Перелік PQI значно коротший порівняно з таким у Великій Британії, також публічний, технічні специфікації оновлені в липні 2020 (версія v2020 (ICD 10-CM / PCS): PQI 01 Показник короткочасних ускладнень діабету; PQI 03 Довготривалі ускладнення діабету; PQI 05 Хронічна обструктивна хвороба легень (ХОЗЛ) або астма у людей похилого віку; PQI 07 Швидкість прийому пацієнта з гіпертонією; PQI 08 Рівень прийому пацієнта з серцевою недостатністю; PQI 11 Показник зараження позалікарняною пневмонією; PQI 12 Частота зараження інфекцією сечовивідних шляхів; PQI 14 Неконтрольований діабет; PQI 15 Астма серед молодих дорослих; PQI 16 Ампутація нижньої кінцівки серед пацієнтів із діабетом; PQI 90 Якість профілактики в загальній практиці; PQI 91 Якість профілактики гострих подій; PQI 92 Якість профілактики хронічних подій; PQI 93 Якість профілактики в перебігу діабету.

Окремо зазначено, що PQI визначають проблеми доступу до амбулаторної допомоги, включаючи допомогу після виписки з лікарні. Крім того, PQI використовують дані з виписок лікарень для виявлення випадків госпіталізації, яких можна було б уникнути завдяки високоякісній амбулаторній допомозі. PQI — по суті є показниками потенційно запобіжних ускладнень, що виникають в певній популяції (в громаді чи регіоні) або під час госпіталізації, або після госпіталізації. Саме тому PQI є ключовим інструментом для оцінки потреб громади в галузі охорони здоров'я.

В Канаді регулярно публікуються Національні звіти про якість [13], в яких Канадський інститут інформації про здоров'я (СІНІ) та спеціалізовані професійні товариства розглядають певні аспекти якості медичної допомоги. Так, наприклад, **Звіт про індикатори якості серцевої допомоги публікується щороку** та розглядає оновлення даних індикаторів якості серцевої допомоги (далі — CCQI). При цьому щорічні випуски зазвичай монотематичні, доступні на спеціальному веб-ресурсі СІНІ's cardiac care web page [14], а також в Бібліотеці індикаторів [15]. Зокрема, оновлення 2020 року включає дані про показники смертності після черешкопозонного коронарного втручання (далі — ЧКВ), аортокоронарного шунтування (далі — АКШ), заміни аортального клапана (далі — AVR), а також в поєднанні AVR і CABG, та частоту повторних госпіталізацій після ЧКВ і КШ-ізоляції. З метою згладжування статистичних екстремумів дані об'єднані за трирічний період (2016-2017, 2017-2018, 2018-2019)

і повідомляються на загальноканадському, провінційному та місцевому рівнях. Бібліотека індикаторів демонструє повну інформацію щодо індикаторів за такими параметрами як назва, рамки та сфера застосування, рівень звітування. Електронний ресурс для керівників системи охорони здоров'я та громадян «Ваша система охорони здоров'я» [16] — інтерактивний веб-інструмент, що надає поточні результати щодо необхідних їм показників. Інструмент містить ключові показники для «гострих» стаціонарів, закладів тривалого догляду та регіонів охорони здоров'я. Електронна публікація щодо показників здоров'я [17] СІНІ співпрацює зі Статистичною службою Канади для обчислення понад 80 показників для регіонів, провінцій та територій охорони здоров'я. Цей безкоштовний веб-продукт забезпечує доступ до регіональних показників стану здоров'я. При цьому особливістю індикаторів, що розраховуються в Канаді, є орієнтація на кінцевий результат медичної допомоги, наприклад, показники летальності. Особливий інтерес з огляду на наше дослідження можуть становити такі показники, як час очікування пріоритетних процедур у Канаді, що дозволяє відстежувати час очікування за допомогою інтерактивної графіки та відображення багаторічних даних провінцій та спеціальні показники для госпіталів, що надають гостру допомогу, недоступні на ресурсі «Ваша система охорони здоров'я».

■ В Україні започаткування вимірювання якості медичної допомоги за допомогою клінічних індикаторів відбулось на тлі сталого функціонування системи галузевої статистики у вертикалі Центру медичної статистики МОЗ України [18], що оперувала статистичними обліковими та звітними формами для збору, обробки та аналізу статистичної інформації про обсяги діяльності. Запровадження клінічних індикаторів медичної допомоги (кількісних або якісних показників, відносно яких існують докази чи консенсус щодо їх безпосереднього впливу на якість медичної допомоги) було передбачено в 2010-х рр. декількома стратегічними галузевими документами: Концепцією управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року [19], Галузевою програмою стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року [20], Методикою розробки системи індикаторів якості медичної допомоги [21], а також документами, що регулювали оперативну діяльність з вимірювання індикаторів якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я [22, 23]. Відповідно до міжнародних підходів були визначені методичні аспекти та шаблони індикаторів, джерела інформації для обчислення та шляхи звітування.

Індикатори якості медичної допомоги наразі включені в галузеві стандарти в сфері охорони здоров'я, зокрема для аналогічних НІЗ, а саме: артеріальної гіпертензії [24], хронічного обструктивного

захворювання легень [25], цукрового діабету [26, 27], а також для профілактики серцево-судинних захворювань [28]. Для порівняння з індикаторами, що віддзеркалюють профілактичні аспекти НІЗ в Великій Британії, Канаді, США розглянемо клінічні індикатори, що включені в вітчизняні стандарти:

1. Перелік індикаторів при артеріальній гіпертензії: а) наявність у лікаря загальної практики — сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з артеріальною гіпертензією; б) відсоток пацієнтів, яким надані рекомендації щодо модифікації стилю життя та «Інформаційний лист пацієнта»; в) відсоток пацієнтів, які мають цільовий рівень артеріального тиску; г) відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом звітного періоду;

2. Перелік індикаторів при хронічному обструктивному захворюванні легень: а) наявність у лікаря загальної практики — сімейного лікаря локального протоколу медичної допомоги та медичної реабілітації «Хронічне обструктивне захворювання легень»; б) наявність у ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з ХОЗЛ, локального протоколу медичної допомоги та медичної реабілітації «Хронічне обструктивне захворювання легень»; в) відсоток пацієнтів, яким проведено спірометричне дослідження та виконано реверсивний тест; г) відсоток пацієнтів, яким виконано рентгенологічне дослідження; г) відсоток пацієнтів, які отримали «Пам'ятку для пацієнта» з роз'ясненням суті захворювання, порадами щодо корекції факторів ризику і модифікації способу життя; д) відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом звітного періоду;

3. Перелік індикаторів при цукровому діабеті (далі — ЦД) 1 типу у молодих людей та дорослих: а) наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з ЦД 1 типу; б) наявність у лікаря-ендокринолога локального протоколу ведення пацієнта з ЦД 1 типу; в) відсоток пацієнтів з ЦД 1 типу, щодо яких лікарем загальної практики-сімейним лікарем отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду; г) відсоток пацієнтів, які були госпіталізовані до стаціонару з приводу ускладнень ЦД 1 типу протягом звітного періоду;

4. Перелік індикаторів при цукровому діабеті 2 типу: а) наявність у лікаря загальної практики — сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з ЦД 2 типу; б) відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом звітного періоду; в) відсоток пацієнтів, які були госпіталізовані до стаціонару з приводу ускладнень ЦД 2 типу протягом звітного періоду; г) відсоток пацієнтів, яким було визначено рівень глікозильованого гемоглобіну протягом звітного періоду;

5. Перелік індикаторів щодо профілактики серцево-судинних захворювань: а) наявність у лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу «Профілактика серцево-судинних захворювань»; б) наявність у лікуючого лікаря, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу «Профілактика серцево-судинних захворювань»; в) відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом двох років; г) наявність у ЗОЗ плану проведення занять з медичним персоналом щодо профілактики ССЗ — з відмітками про виконання.

Необхідно відзначити, що в доступних на сайті Центру медичної статистики «статистичних даних системи МОЗ» [18] дані стосовно індикаторів якості медичної допомоги відсутні.

Нещодавно створена Національна служба здоров'я України також збирає, обробляє, аналізує та оприлюднює знеособлені відкриті дані у Єдиному державному веб-порталі відкритих даних [29], тобто оперує вже не статистичними формами, а даними надавачів та користувачів медичних послуг. Серед представлених на сайті НСЗУ дашбордів розглянемо «Показники досягнення універсального охоплення населення медичними послугами на рівні первинної медичної допомоги» [30], оскільки в ньому вперше в Україні розглянуті показники, що найбільше наближені до клінічних індикаторів якості, угруповані в три розділи: «Система» — це показники система надання первинної медичної допомоги (далі — ПМД), «Процеси» — показники процесів надання ПМД і «Результати» — показники результатів надання ПМД. Представлена методологія обчислення показників та строки їх оновлення. В розділі «Система» представлено щільність місць (в т.ч. центрів) надання ПМД та забезпеченість лікарями ПМД, а також дані про частку населення, яка уклала декларації про вибір лікаря. Розділ «Процеси» включає показники а) моніторинг розвитку дитини протягом першого року життя; б) загальне використання послуг ПМД; в) оцінювання ризику гіпертонії; г) охоплення реімбурсацією вартості лікарських засобів на рівні ПМД (виписування рецептів за програмою доступні ліки); г) охоплення реімбурсацією вартості лікарських засобів на рівні ПМД (отоварення рецептів за програмою доступні ліки); д) повторний візит при гіпертонії пацієнтів віком старше 18 років з вперше встановленим діагнозом гіпертонії, які здійснили повторний візит до лікаря ПМД з приводу гіпертонії протягом 12 місяців референтного періоду; е) контроль рівня глюкози у пацієнтів з ЦД з цукровим діабетом 2 типу (не інсулінозалежний) із контрольованим рівнем глюкози за показниками глікованого гемоглобіну. Крім того, розділ «Результати» включає чотири індикатори, а саме: а) госпіталізація, якої можна уникнути як частка госпіталізацій пацієнтів з захворюваннями,

які підлягають амбулаторному лікуванню; б) госпіталізація, якої можна уникнути (відносно всіх госпіталізованих пацієнтів) як частка госпіталізацій пацієнтів з захворюваннями, які здебільшого підлягають амбулаторному лікуванню; в) ускладнення при цукровому діабеті, яких не вдалося уникнути у пацієнтів віком 18 років і старше, з цукровим діабетом, яким було проведено ампутацію нижньої кінцівки або її частини; г) лікування гіпертонії серед пацієнтів віком 18 років і старше із встановленим діагнозом гіпертонії і контрольованим рівнем артеріального тиску (за даними, переданими до ЕСОЗ).

При аналізі наведеної на сайті НСЗУ інформації про показники, що орієнтовані на якість медичної допомоги, прямого зв'язку між даними показниками та клінічними настановами і галузевими стандартами встановлено не було. При цьому зазначимо, що деякі запропоновані показники (наприклад, госпіталізації, яких можна уникнути; ускладнення при цукровому діабеті, що зумовили ампутацію/резекцію нижньої кінцівки; досягнення контрольованого рівню артеріального тиску при гіпертонії) за назвою та методикою обрахунку дуже близькі до прикладів, застосованих в розвинених країнах, що певною мірою свідчить на користь спільних підходів до вимірювання якості в різних національних системах клінічних індикаторів

ВИСНОВКИ

За результатами огляду національних ресурсів, створених для забезпечення прозорості та систематичного збору даних про якість в сфері медичної допомоги, підкреслимо, що основним інструментом моніторингу та оцінки медичного обслуговування є спеціальні показники якості, що обчислюються ретроспективно, при цьому

1) індикатори якості медичної допомоги (клінічні індикатори) в теперішній час є невід'ємною складовою систем управління якістю закладів охорони здоров'я, їх застосування на національному рівні відбувається за стандартизованими методиками;

2) індикаторами якості медичної допомоги на національному рівні опікуються державні установи, в тому числі в співпраці з професійною спільнотою, забезпечуючи методологічні аспекти, а саме: зв'язок з доказами та клінічними настановами, програмне забезпечення, шаблони та формули розрахунку, рамки застосування та обмеження тощо чітко визначені та легко доступні, при цьому кількість та види індикаторів варіюється від країни до країни;

3) в закладах охорони здоров'я індикатори отримуються у прозорий спосіб, з використанням інформаційних технологій на основі персональних даних пацієнтів, їх демонстрація сприяє прозорості та підзвітності охорони здоров'я щодо процесів та результатів;

4) клінічні індикатори сфокусовані на таких аспектах якості медичної допомоги як результативність та продуктивність;

5) в Україні розпочато обчислення індикаторів на основі клінічних даних пацієнтів, при цьому доцільна подальша гармонізація методичних аспектів такого обчислення з метою отримання порівнюваних даних;

6) з метою системного поліпшення якості медичної допомоги на практиці доцільна гармонізація обчислюваних в електронній системі охорони здоров'я показників з доказовими положеннями національних клінічних настанов та вимогами галузевих стандартів в сфері охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. COUNCIL OF EUROPE COMMITTEE OF MINISTERS Recommendation no. 17 of the Committee of Ministers to member states on the development and implementation of quality improvement systems (qis) in health care. 97. URL: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680506e0d> (дата звернення: 10.11.2021).
2. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Health Policy Series, No. 53. Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al., editors. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. URL: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/improving-healthcare-quality-in-europe-characteristics,-effectiveness-and-implementation-of-different-strategies-2019> (дата звернення 11.11.2021).
3. World Health Organization. Regional Office for Europe, Health Evidence Network, European Observatory on Health Systems and Policies, Smith, Peter C & Papanicolas, Irene. (2012). Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research. World Health Organization. Regional Office for Europe. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332013> (дата звернення 15.11.2021).

4. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety, So what?: strategies across Europe to assess quality of care: report by the expert group on health systems performance assessment, Publications Office, 2016. URL: <https://data.europa.eu/doi/10.2875/03667> (дата звернення 18.11.2021).
5. OECD. Patient-Reported Indicators Survey (PaR-IS). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019. URL: <http://www.oecd.org/health/paris.htm> (дата звернення 19.11.2021).
6. Carinci F, et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *International Journal for Quality in Health Care*. 2015. 27(2). 137-46. doi: 10.1093/intqhc/mzv004 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25758443/> (дата звернення 22.11.2021).
7. Porter M. What is value in health care. *New England Journal of Medicine*. 2010. 363(26). 2477-81. doi:10.1093/intqhc/mzv004 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21142528/> (дата звернення 02.12.2021).
8. ICHOM. Standard Sets. International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). 2019. URL: <https://www.ichom.org/standard-sets/> (дата звернення 08.02.2019).
9. Martin Lawrence (Professor of General Practice) (Lecturer in General Practice) & Frede Olesen Indicators of Quality in Health Care, *The European Journal of General Practice*. 1997. 3. 3. 103-108, DOI: 10.3109/13814789709160336 URL: https://www.researchgate.net/publication/232039686_Indicators_of_Quality_in_Health_Care (дата звернення: 15.12.2021)
10. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*. 2005. 83(4). 691-729. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x> (дата звернення: 15.12.2021)
11. NICE. Indicators. URL: <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/indicators> (дата звернення: 17.12.2021).
12. AHRQualityindicators. Quality Improvement and monitoring at your fingertips. URL: <http://www.quality-indicators.ahrq.gov> (дата звернення: 17.12.2021).
13. CIHI. Indicators. URL: <https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports/indicators> (дата звернення: 07.09.2021).
14. CIHI's cardiac care web page. URL: <https://www.cihi.ca/en/cardiac-care> (дата звернення: 07.09.2021).
15. CIHI. Indicator Library General Methodology Notes – Clinical Indicator. URL: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/general-methodology-notes.pdf> (дата звернення: 22.12.2021).
16. CIHI. Yourhealthsystem. URL: <https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/?lang=en> (дата звернення: 20.11.2021).
17. CIHI. Health Indicators e-Publication. URL: <https://www.cihi.ca/en/health-indicators-e-publication> (дата звернення: 21.11.2021).
18. Центр медичної статистики МОЗ України. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html> (дата звернення: 18.01.2022).
19. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року: наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text> (дата звернення: 13.11.2021).
20. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року: наказ МОЗ України від 19 вересня 2011 р. № 597. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0597282-11#Text> (дата звернення: 13.11.2021).
21. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги: наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 р. за № 2002/22314. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2002-12#n4> (дата звернення: 13.11.2021).
22. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги: наказ МОЗ України від 11 вересня 2013 р. № 795, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27 вересня 2013 р. № 1669/24201. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13#Text> (дата звернення: 13.11.2021).
23. Про затвердження Переліку клінічних індикаторів, що підлягають моніторингу, при лікуванні осіб з гіпертонічною хворобою та цукровим діабетом 2 типу: наказ МОЗ України від 19.06.2014 р. № 414, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07.07.2014 р. № 737/25514. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0737-14#Text> (дата звернення: 13.11.2021).
24. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 травня 2012 р. № 384. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0384282-12#Text> (дата звернення: 15.01.2022).
25. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.06.2013 року № 555. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0555282-13#Text> (дата звернення: 15.01.2022).
26. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 1 типу у молодих людей та дорослих: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.12.2014 р. № 1021. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ24121> (дата звернення: 17.01.2022).
27. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації ме-

- дичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.12.2012 р. № 1118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1118282-12#Text> (дата звернення: 17.01.2022).
28. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в частині профілактики серцево-судинних захворювань: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.06.2016 р. № 564. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ26121> (дата звернення: 17.01.2022).
29. Національна служба здоров'я України. Е-дані. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data> (дата звернення: 18.01.2022).
30. Національна служба здоров'я України. Показники досягнення універсального охоплення населення медичними послугами на рівні первинної медичної допомоги. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmd-coverage-indicators> (дата звернення: 18.01.2022).

REFERENCES

1. COUNCIL OF EUROPE COMMITTEE OF MINISTERS Recommendation no. 17 of the Committee of Ministers to member states on the development and implementation of quality improvement systems (qis) in health care. 97. Available from: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTM-Content?documentId=0900001680506e0d>
2. Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al., editors. WHO (2019). Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Health Policy Series, No. 53. Copenhagen (Denmark). European Observatory on Health Systems and Policies. Available from: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/improving-healthcare-quality-in-europe-characteristics,-effectiveness-and-implementation-of-different-strategies-2019>
3. WHO (2013). Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research European Observatory on Health Systems and Policies Series Edited by Irene Papanicolas and Peter C. Smith. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/244836/Health-System-Performance-Comparison.pdf
4. European Commission (2016). Directorate-General for Health and Food Safety, So what?: strategies across Europe to assess quality of care: report by the expert group on health systems performance assessment, Publications Office. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2875/03667>.
5. OECD (2019). Patient-Reported Indicators Survey (PaRIS). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Available at: <http://www.oecd.org/health/paris.htm>.
6. Carinci F, et al. (2015). Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. International Journal for Quality in Health Care, 27(2), 137-46. doi: 10.1093/intqhc/mzv004. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25758443/>
7. Porter M. (2010). What is value in health care. New England Journal of Medicine, 363(26), 2477-81. doi:10.1056/NEJMp1011024 Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21142528/>.
8. ICHOM (2019). Standard Sets. International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). Available at: <https://www.ichom.org/standard-sets>
9. Martin Lawrence (Professor of General Practice) (Lecturer in General Practice) & Frede Olesen (1997). Indicators of Quality in Health Care, The European Journal of General Practice, 3,3, 103-108, doi:10.3109/13814789709160336 Available at: https://www.researchgate.net/publication/232039686_Indicators_of_Quality_in_Health_Care
10. Donabedian A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. Milbank Q, 83(4), 691-729. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
11. NICE (2021). Indicators. Available at: <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/indicators>.
12. AHRQualityindicators (2021). Quality Improvement and monitoring at your fingertips. Available at: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>
13. CIHI (2021). Indicators. Available at: <https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports/indicators>.
14. CIHI's cardiac care web page (2021). Available at: <https://www.cihi.ca/en/cardiac-care>.
15. CIHI (2021). Indicator Library General Methodology Notes – Clinical Indicator Available at: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/general-methodology-notes.pdf>.
16. CIHI (2021). Yourhealthsystem. Available at: <https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/?lang=en>.
17. CIHI (2021). Health Indicators e-Publication Available at: <https://www.cihi.ca/en/health-indicators-e-publication>.
18. Tsentr medychnoyi statystyky MOZ Ukrayiny (2021). Available at: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>
19. Pro zatverdzhennya Kontseptsii upravlinnya yakistyu medychnoyi dopomohy u haluzi okhorony zdorov'ya v Ukraini na period do 2020 roku: nakaz MOZ Ukrainy vid 01.08.2011 r. № 454 [About the statement of the

- Concept of management of qualitative medical care in haluzi okrony zdorovya in Ukraine for the period till 2020: the order of MOZ Ukrayiny vid 01.08.2011 r. № 454]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text>
20. Pro zatverdzhennya Haluzevoyi prohramy standartyzatsiyi medychnoyi dopomohy na period do 2020 roku: nakaz MOZ Ukrayiny vid 19 veresnya 2011 r. № 597 [On approval of the Sectoral program of standardization of medical care for the period up to 2020: order of the Ministry of Health of Ukraine of September 19, 2011 № 597]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0597282-11#Text>
 21. Metodyka rozrobky systemy indyktoriv yakosti medychnoyi dopomohy: nakaz MOZ Ukrayiny vid 28.09.2012 r. № 751 [Methods of developing a system of indicators of medical care: the order of the Ministry of Health of Ukraine from 28.09.2012 № 751]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2002-12#n4>.
 22. Pro monitorynh klinichnykh indyktoriv yakosti medychnoyi dopomohy: nakaz MOZ Ukrayiny vid 11 veresnya 2013 r. № 795 [On monitoring of clinical indicators of quality of medical care: order of the Ministry of Health of Ukraine of September 11, 2013 № 795]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13#Text>.
 23. Pro zatverdzhennya Pereliku klinichnykh indyktoriv, shcho pidlyahayut' monitorynhu, pry likuvanni osib z hipertonichnoyu khvoroboyu ta tsukrovym diabetom 2 typu: nakaz MOZ Ukrayiny vid 19.06.2014 r. № 414 [On approval of the List of clinical indicators to be monitored, accept a person with hypertension and diabetes mellitus type 2: order of the Ministry of Health of Ukraine dated 19.06.2014 № 414]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0737-14#Text>.
 24. Pro zatverdzhennya ta vprovadzhennya medyko-tekhnologichnykh dokumentiv zi standartyzatsiyi medychnoyi dopomohy pry arterial'niy hipertenzii: nakaz Ministerstva okhorony zdorov'ya Ukrayiny vid 24 travnya 2012 r. № 384 [On confirmation and implementation of medical and technological documents on standardization of medical care for hypertension: order of the Ministry of Health of Ukraine of May 24, 2012 № 384]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0384282-12#Text>.
 25. Pro zatverdzhennya ta vprovadzhennya medyko-tekhnologichnykh dokumentiv zi standartyzatsiyi medychnoyi dopomohy pry khronichnomu obstruktyvnomu zakhvoryuvanni lehen': nakaz Ministerstva okhorony zdorov'ya Ukrayiny vid 27.06.2013 r. № 555 [On approval and implementation of medical and technological documents for standardization of medical care for chronic obstructive pulmonary disease: order of the Ministry of Health of Ukraine from 27.06. № 555]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0555282-13#Text>.
 26. Pro zatverdzhennya ta vprovadzhennya medyko-tekhnologichnykh dokumentiv zi standartyzatsiyi medychnoyi dopomohy pry tsukrovomu diabeti 1 typu u molodykh lyudey ta doroslykh: nakaz Ministerstva okhorony zdorov'ya Ukrayiny vid 29.12.2014 r. № 1021 [On approval and implementation of medical and technological documents for the standardization of medical care for type 1 diabetes in young people and adults: order of the Ministry of Health 2019. № 1021]. Available at: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ24121>.
 27. Pro zatverdzhennya ta vprovadzhennya medyko-tekhnologichnykh dokumentiv zi standartyzatsiyi medychnoyi dopomohy pry tsukrovomu diabeti 2 typu: nakaz Ministerstva okhorony zdorov'ya Ukrayiny vid 21.12.2012 r. № 1118 [About the statement and introduction of medical and technological documents on standardization of medical care at a diabetes mellitus 2 type: the order of the Ministry of Health of Ukraine from 21.12.2012 № 1118]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1118282-12#Text>.
 28. Pro zatverdzhennya ta vprovadzhennya medyko-tekhnologichnykh dokumentiv zi standartyzatsiyi medychnoyi dopomohy v chastyni profilaktyky sertsevosudynnykh zakhvoryuvan': nakaz Ministerstva okhorony zdorov'ya Ukrayiny vid 13.06.2016 r. № 564 [On approval and implementation of medical and technological documents for the standardization of medical care in the prevention of cardiovascular measures: the order of the Ministry of Health of Ukraine from 13.01. № 564]. Available at: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ26121>.
 29. Natsional'na sluzhba zdorov'ya Ukrayiny [National Health Service of Ukraine] (2022). E-dani. Available at: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data>.
 30. Natsional'na sluzhba zdorov'ya Ukrayiny (2022). Pokaznyky dosyahnennya universal'noho okhopennya naselennya medychnymy posluhamy na rivni pervynnoyi medychnoyi dopomohy [Indicators of achieving universal coverage of the population with medical services at the level of first aid]. Available at: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmd-coverage-indicators>

*Резюме***ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА В СИСТЕМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
В ФОКУСЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ РЕЗУЛЬТАТЫ, ПРОЦЕССЫ И ПРОДУКТИВНОСТЬ****Д.Д. Дячук, Е.М. Лищишина, О.Л. Зюков, В.А. Гандзюк**

Государственное научное учреждение «Научно- практический центр профилактической и клинической медицины»
Государственного управления делами, г. Киев, Украина

Введение. Измерение качества медицинского обслуживания в стране относится к существенным характеристикам систем повышения качества в здравоохранении.

Цель исследования. Изучение опыта стран с сильными экономиками относительно мониторинга и оценки качества медицинского обслуживания, сравнение с отечественным опытом в данной сфере

Материалы и способы. Приведены результаты обзора англоязычных сайтов с данными измерения клинических индикаторов в Великобритании, Канаде и США и сайтов отечественной системы здравоохранения (Министерство охраны здоровья Украины, Центр медицинской статистики МОЗ Украины, Государственный экспертный центр МОЗ Украины, Национальная служба здравоохранения Украины).

Результаты. Установлено, что в странах, данные которых анализировались, задачи непрерывного улучшения качества медицинской помощи решаются благодаря связи с клиническими рекомендациями, государственной поддержке процессов измерения качества медицинской помощи, предоставлению программного обеспечения для расчетов и прозрачности определения индикаторов.

В отечественной системе здравоохранения с 2018 г. проходят параллельные процессы: а) клинические индикаторы качества утверждаются в составе отраслевых стандартов в сфере здравоохранения; б) показатели, демонстрирующие объемы медицинской помощи, собирает и обрабатывает Центр медицинской статистики Минздрава Украины, в) Национальная служба здоровья Украины формирует специальные показатели на основе данных провайдеров и пользователей медицинских услуг, обрабатывает, анализирует и публикует обезличенные открытые данные в Едином государственном веб-портале открытых данных в виде специальных дашбордов; указанные показатели частично релевантны к клиническим индикаторам качества.

Выводы. На основе сравнения показателей, используемых разных стран, связи показателей качества с доказательными данными определены дальнейшие шаги системного подхода в сфере улучшения качества медицинской помощи, поскольку основным инструментом мониторинга и оценки медицинского обслуживания являются специальные показатели – индикаторы качества. Данные показатели рассчитываются ретроспективно по стандартизированным методикам, определенным на национальном уровне, что способствует прозрачности и подотчетности здравоохранения. При этом связь с доказательствами и клиническими рекомендациями, программное обеспечение, шаблоны и формулы расчета, рамки применения и ограничения и т.д. четко определены и легко доступны, количество и виды индикаторов варьирует от страны к стране. В учреждениях здравоохранения индикаторы рассчитывают с использованием информационных технологий на основе данных пациентов, сосредотачиваясь на таких аспектах качества медицинской помощи, как результативность и продуктивность. Системное улучшение качества медицинской помощи на практике может достигаться благодаря релевантности вычисляемых в электронной системе здравоохранения показателей с доказательными положениями национальных клинических рекомендаций и требованиями отраслевых стандартов в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: показатели качества медицинской помощи, измерение эффективности, показатели качества профилактической медицинской помощи.

*Summary***QUALITY INDICATORS IN HEALTH CARE SYSTEMS:
NATIONAL RESOURCES FOCUS ON RESULTS, PROCESSES AND PRODUCTIVITY****D.D. Dyachuk, O.M. Lishchishina, O.L. Zyukov, V.A. Gandzyuk**

State Institution of Sciences «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

Introduction. Measuring the quality of health care in a country is one of the essential features of health quality improvement systems.

The Aim of the Study. Studying the experience of countries with strong economies in monitoring and evaluating the quality of health care, comparing with domestic experience in this area.

Materials and methods. The results of a review of English-language sites with data on measuring clinical indicators in the UK, Canada and the USA and websites of the national healthcare system (Ministry of Health of Ukraine, Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine, State Expert Center of the Ministry of Health of Ukraine, National Health Service of Ukraine) are given.

Results and discussion. It was found that in all countries with the data analyzed in our work, the tasks of continuous improvement of the quality of health care are solved due to the connection with clinical recommendations, state support for the processes of measuring the health care quality, the provision of software for calculations and the transparency of the definition of indicators.

Since 2018, parallel processes have been going on in the domestic healthcare system: a) clinical quality indicators are approved as part of industry standards in healthcare; b) indicators demonstrating the volumes of medical care are collected and processed by the Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine, c) The National Health Service of Ukraine generates special indicators based on the data of providers and users of medical services, processes, analyzes and publishes anonymized open data in the Unified State Open Data Web Portal in the form of special dashboards; these indicators are partly relevant to clinical indicators of quality.

Conclusions: Based on a comparison of the indicators used by different countries, the connection of quality indicators with evidence-based data, further steps of a systematic approach in the field of improving the quality of medical care are determined, since the main tool for monitoring and evaluating medical care are special indicators – quality indicators. These indicators are calculated retrospectively according to standardized methods defined at the national level, which contributes to the transparency and accountability of health care. At the same time, the connection with evidence and clinical guidelines, software, templates and calculation formulas, scope and limitations, etc. are clearly defined and easily accessible, the number and types of indicators vary from country to country. In healthcare institutions, indicators are calculated using information technology based on patient data, focusing on aspects of the quality of care such as effectiveness and productivity. A systematic improvement in the quality of health care in practice can be achieved due to the relevance of the indicators calculated in the electronic health system with the evidence-based provisions of national clinical recommendations and the requirements of industry standards in the field of healthcare.

Keywords: quality indicators of health care, performance measurement, quality indicators of preventive medical care.

Інформація про авторів знаходиться на сайті <http://www.cp-medical.com>.

Дата надходження до редакції – 11.01.2022