

БК  
УДК

ISBN

Рекомендації щодо подальшого розвитку вторинної медичної допомоги в Україні

Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні:  
інструменти управління якістю

Посібник підготовлено в рамках проекту Європейського Союзу “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні”. Думка, висловлена у цьому посібнику, не обов’язково співпадає з офіційною думкою Європейської Комісії.

© Представництво Європейської Комісії в Україні

Київ, 2009



ЗМІСТ

Вступ.....	3
1 Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я .....	4
1.1 Вступ.....	4
1.2 Проблема впровадження клінічних індикаторів .....	4
1.3 Розробка надійних та порівнювальних клінічних індикаторів якості.....	5
1.4 Рекомендації .....	9
1.5 Перелік деяких клінічних індикаторів для оцінки результатів діяльності лікарень.....	11
1.6 Перспективні напрямки розвитку системи індикаторів в Україні.....	19
1.7 Список використаної літератури .....	20
2 Вступ до клінічного аудиту .....	21
2.1 Вступ.....	21
2.2 Що таке клінічний аудит? .....	22
2.3 Основними етапами клінічного аудиту є: .....	24
2.4 Список використаної літератури.....	30
3 Оцінка медичних технологій (ОМТ): огляд ключових процесів та додаткових можливостей, що використовуються у більшості європейських країн .....	31
3.1 Вступ.....	31
3.2 Оцінка медичних технологій.....	31
3.3 Список використаної літератури .....	42
Додаток .....	43



## Вступ

Забезпечення якості медичної допомоги населенню є пріоритетною метою діяльності системи охорони здоров'я розвинутих країн. Водночас, оцінка, контроль якості медичної допомоги і, особливо, управління якістю є найменш опрацьованими проблемами через їх складність і залежність від багатьох умов - організації, фінансування, інформаційного забезпечення тощо. Проблема забезпечення якості медичної допомоги в Україні актуалізується в період реформування галузі охорони здоров'я.

**Якість** є «ступінь, до якого медичні послуги для окремих осіб та населення взагалі збільшують можливість бажаного результату стосовно здоров'я, та є узгодженими із сучасним професійним знанням» (USAID, 1999).

Ідеологія безперервного покращення якості базується на наступних основних положеннях:

- більша частка проблем якості медичного обслуговування пов'язана не з невдачами окремих співробітників, а обумовлена недоліками системи охорони здоров'я,
- зусилля щодо удосконалення системи повинні бути спрямовані не на потреби медичних закладів а, перш за все, на потреби пацієнтів; та чотирьох принципах:
- чітке визначення цілей підвищення якості,
- встановлення, поширення і застосування найкращих результатів (найкраща практика),
- постійна професійна самооцінка і саморегулювання;
- участь у програмах пацієнтів.

Першочергове значення для державного управління якістю має **стандартизація** медичної допомоги та **акредитація**.

Досягнення мети щодо впровадження системи управління якістю медичної допомоги можливе за умови вирішення наступних завдань:

- розробка Національної стратегії з питань управління якістю медичної допомоги
- зміна парадигми з ретроспективної оцінки (контролю) якості на безперервне (проспективне) покращення якості
- створення національного незалежного Агентства з Якості та Акредитації, яке мусить виконувати 2 основні функції: регулювання та підвищення рівня якості медичної допомоги.
- перегляд вимог до акредитації закладів охорони здоров'я та розробка нового комплексу процедур, стандартів та процесу оцінки, які відповідали б структурі національної політики та стратегії щодо якості :

Безперервне підвищення якості передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід до покращення якості, спрямований на поліпшення результатів роботи системи в цілому, шляхом постійної модифікації і вдосконалення самої системи, а не шляхом виявлення і покарання працівників, практика або результати роботи яких не відповідають встановленим нормам.

Ці та інші рекомендації стосовно управління якістю медичної допомоги, висвітлені у напрацюваннях групи міжнародних і українських експертів, склали основу добірки робіт «**Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні**». Збірка складається з трьох частин, присвячених, відповідно, акредитації медичних закладів, стандартизації медичної допомоги та деяким інструментам управління якістю.

Цей посібник присвячений питанням впровадження в практику охорони здоров'я України деяких основних інструментів управління якістю медичної допомоги, зокрема, - клінічного аудиту, оцінки технологій та механізму відбору індикаторів якості.



### 1 Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я

Автори: Богомаз В.М., Горох Е.Л., Ліщишина О.М., Новічкова О.М., Росс Г.

#### 1.1 Вступ

Індикатори якості медичної допомоги або клінічні індикатори являють собою невід'ємну частину системи загального професійного менеджменту в системі охорони здоров'я практично у всіх країнах ЄС, а також в інших розвинених країнах, таких як Австралія та США. Вони призначені, перш за все, для використання лікарями, що практикують, на відміну від індикаторів діяльності (результативності), які, в першу чергу, використовуються організаціями, однак обидва види індикаторів можуть використовуватися як на локальному, так і на національному рівнях.

В першу чергу індикатори використовуються для керування процесом підвищення якості медичних послуг, що надаються, шляхом порівняння та встановлення стандартів, а також для оптимізації процесу підвищення якості медичних послуг на місцевому рівні.

Індикатори повинні охоплювати результати та якість лікувальної роботи в наступних ключових галузях:

- Безпека
- Результат та якість процесу
- Досвід пацієнтів

«Клінічний індикатор - це інструмент, за допомогою якого можна визначити можливі проблеми та/або можливості для підвищення якості обслуговування пацієнтів або безпосереднього процесу лікування. При належному використанні індикатори можуть застосовуватися для порівняння варіантів надання аналогічних медичних послуг в різних галузях та для оцінки рівня цих послуг відносно національних стандартів. Індикатори можуть використовуватися в якості основи для оцінки сучасної практики та слугувати відправною точкою для початку процесу вдосконалення догляду за хворими (QIS - система забезпечення даними про якість)».

Загально визнаною міжнародною практикою є дотримання принципу відмови від використання індикаторів якості медичної допомоги для прямих порівнянь та оцінок діяльності окремих закладів або регіональних служб. Використання індикаторів для прямого порівняння в якості "турнірних таблиць" є неконструктивним та шкідливим, оскільки з таких "таблиць" неможливо виокремити конкретні аспекти якості медичної допомоги та реальні шляхи їх покращення, а спроби "покращити" свою діяльність за допомогою маніпуляцій з інформацією призводять до неможливості взагалі отримати уявлення про реальний стан речей. Індикатори рідко забезпечують пряму міру якості. Замість цього вони слугують вказівниками для ідентифікації можливих проблем та /або можливостей вдосконалення якості. Індикатори не забезпечують відповідей на запитання, а скоріше привертають увагу до тих сфер, де доцільно провести спеціальні дослідження або вжити заходів щодо вдосконалення якості. Вони забезпечують однорідність методів оцінювання результатів у формі еталонного порівняння.

#### 1.2 Проблема впровадження клінічних індикаторів

Індикатори якості медичної допомоги є потужним інструментом, за допомогою якого можна вдосконалювати діяльність медичної служби та підвищувати якість медичної допомоги. Але, як для будь-якого інструмента, існує можливість його неадекватного застосування та загрози, з цим пов'язані.

Індикатори є певним відображенням реальної ситуації у фіксованому наборі формальних значень. При цьому неминучі значні спрощення, втрати суттєвої інформації, не кажучи про можливість систематичних похибок та укривтя інформації в тих випадках, коли значення індикаторів стають підставою для організаційного тиску, управлінських та кадрових рішень.

Проект стратегії впровадження клінічних індикаторів як частини системи підвищення якості медичних послуг в національній системі охорони здоров'я визначає дві основні проблеми, пов'язані з розробкою та використанням індикаторів:

- розробка індикаторів, які є технічно надійними та такими, що інтерпретуються;



- впровадження індикаторів в системи, які дозволяють збирати інформацію, необхідну для вдосконалення догляду за хворими.

Під час планування розробки та впровадження клінічних індикаторів слід брати до уваги наступні важливі моменти (H.Davies, 2005):

1. Відсутність інформації щодо індивідуальної професійної практики - серйозна перешкода на шляху більш широкого залучення медиків до процесу вдосконалення якості послуг, що надаються;
2. В цілому, централізовані системи аналізу порівнювальних клінічних даних і звітності не впливають суттєво на якість медичних послуг.
3. Це більшою мірою відображає відсутність доказів, ніж доказ відсутності: тож кожна нова система повинна розробляти доказову базу своїх результатів.
4. У медиків існують певні побоювання щодо розголосу персональної інформації про результати клінічної практики, а також висловлюються аргументи, що відкритий публічний звіт про якість медичних послуг, що надаються, може викликати цілу низку небажаних наслідків.
5. Таким чином, нова національна система індикаторів якості, з одного боку, створює сприятливі умови для усунення перешкод для підвищення якості, а з іншої - змушує шукати так шляхи її впровадження, щоб не викликати опору лікарів, що практикують, дезорганізації та небажаних наслідків.
6. Кожна система, метою якої є порівняння клінічних індикаторів діяльності окремих постачальників послуг, має вирішувати два головних завдання:
  - проблеми, пов'язані з розробкою надійних параметрів та таких, що їх можна інтерпретувати;
  - проблема створення систем, які б стимулювали використання даних в програмах підвищення якості обслуговування.
7. Провідні організації, в яких працюють медики, часто в змозі перевірити реакцію найбільш чутливих реципієнтів (споживачів послуг) на порівняльні клінічні індикатори індексу споживацької довіри. Ці організації разом зі своїм передовим медичним персоналом мають бути основною цільовою групою для визначення індексу споживацької довіри.
8. Необхідно особливо підкреслити важливість взаєморозуміння з тими, чия практична діяльність вимірюється, а також переконання їх у тому, що інформація збирається та аналізується з метою вивчення, а не оцінки.
9. В Україні з радянських часів до сих пір зберігся менталітет, що припускає покарання за погану роботу як окремих працівників, так і організацій в цілому, а також реальний страх автоматичного засудження та покарання за результати, які не є досконалими. Тому останній пункт (№8) є особливо важливим, коли мова йде про справжнє підвищення якості.

### **1.3 Розробка надійних та порівнювальних клінічних індикаторів якості**

При розробці індикаторів якості медичної допомоги необхідно завчасно попереджати можливість їх неадекватного використання. Міжнародний досвід свідчить, що не існує і не може існувати деякого "Універсального Індикатора", який міг би всебічно виміряти та характеризувати таке складне і багатогранне поняття, як якість медичної допомоги. Кінцева мета діяльності системи охорони здоров'я - не покращити значення окремих індикаторів, а покращити якість надання медичної допомоги. При цьому кожен з індикаторів може надати корисну інформацію стосовно певних аспектів діяльності медичної служби. Опис кожного індикатора має містити вказівки стосовно його належного обчислення, аналізу, інтерпретації та застосування. Завжди слід пам'ятати:

Оцінка якості та надійності методологій та вихідних даних, які використовуються при обчисленні індикаторів, має передувати будь-яким порівнянням та аналізу, а тим більше висновкам.

Більшість індикаторів відтворює результати випадкових процесів; коливання значень індикатора при малій кількості спостережень може бути значним, але не свідчити про реальні відмінності; не завжди можливо забезпечити однорідність множин пацієнтів, що порівнюються тощо. Тому для аналізу значень індикаторів необхідне застосування відповідного статистичного апарату та методологій.



Індикатори слід розробляти систематичними методами, поєднуючи доказовість від наукової літератури зі згодою серед клінічних експертів.

Індикатори мають бути гармонійно інтегровані в національну систему стандартизації медичної допомоги. Індикатори структури та процесу мають бути гармонізованими з затвердженими клінічними рекомендаціями та національними стандартами, даючи можливість вимірювання та моніторингу процесів впровадження стандартів та досягнення критеріїв належної медичної допомоги. Але, як зазначалося вище, при такому вимірюванні слід уникати використання систем індикаторів для прямих порівнянь та адміністративного тиску, оскільки це призводить до втрати індикаторами здатності адекватно відтворювати картину якості медичної допомоги.

Індекси довіри споживача є потенційно цінними інструментами для порівняння якості діяльності різних організацій, регіонів та навіть країн, якщо тільки дані, що надаються, є достовірними.

Поновлюване дослідження (Проект «Індикатори якості медичних послуг, що надаються», звіт за 2006 рік), яке проводилося в 32 країнах, дозволило визначити набір клінічних індикаторів, які є достатньо надійними та можуть порівнюватися при використанні в різних країнах з метою порівняти рівень якості, тобто на них не впливають особливості конкретної країни.

Країни ОЕСР, які беруть участь у регулярно поновлюваних дослідження в рамках проекту щодо впровадження індикаторів якості медичних послуг:

Австралія, Австрія, Бельгія, Канада, Чехія, Данія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Греція, Угорщина, Ісландія, Ірландія, Італія, Японія, Корея, Мексика, Нідерланди, Нова Зеландія, Норвегія, Польща, Португалія, Словаччина, Іспанія, Швеція, Швейцарія, Туреччина, Об'єднане Королівство, США.

15 з наведених нижче 22 клінічних індикаторів, обраних для дослідження в рамках проекту по впровадженню індикаторів якості медичної допомоги, можуть використовуватися для порівняння якості медичної допомоги в різних країнах. Вони являють собою базовий компонент любого набору клінічних індикаторів у країнах, які беруть участь у побудуванні якісної системи охорони здоров'я. Цими індикаторами є:

1. Відсоток п'ятирічної виживаності пацієнок з раком молочної залози
2. Відсоток проведеного мамографічного скринінгу
3. Відсоток п'ятирічної виживаності пацієнок з раком шийки матки
4. Відсоток проведеного скринінгу раку шийки матки
5. Відсоток п'ятирічної виживаності пацієнтів з раком кишечника
6. Відсоток нових випадків захворювань, які можна було б попередити за допомогою вакцинації (коклюш, кір, гепатит В)
7. Масштаб базової програми вакцинації, вік 2 роки (коклюш, кір, гепатит В)
8. Відсоток смертності від астми, вік 5-39 років
9. Внутрішньолікарняна летальність протягом 30 днів після госпіталізації з діагнозом «гострий інфаркт міокарду»
10. Внутрішньолікарняна летальність протягом 30 днів після госпіталізації з діагнозом «інсульт».
11. Час очікування хірургічної допомоги пацієнтами з діагнозом «перелом шийки стегна»
12. Вакцинація від грипу, вік вище за 65 років
13. Відсоток тих, що палять
14. Обстеження сітківки ока у пацієнтів, хворих на цукровий діабет
15. Відсоток госпіталізованих пацієнтів з діагнозом «астма»
16. Післяопераційний перелом шийки стегна або смерть внаслідок перелому
17. Щорічний тест на гліколізований гемоглобін у пацієнтів, хворих на цукровий діабет
18. Рівень гліколізованого гемоглобіну, що вказує на недостатній контроль за рівнем цукру в крові
19. Висока ампутація у пацієнтів із цукровим діабетом
20. Трансфузійна реакція
21. Неконтрольований відсоток пацієнтів, госпіталізованих з діагнозом «цукровий діабет»
22. Відсоток пацієнтів, госпіталізованих з діагнозом «гіпертензія».

В системі охорони здоров'я Великої Британії використовується близько 400 унікальних клінічних індикаторів якості медичної допомоги на рівні лікарні. Повний список був нещодавно опублікований для відкритого обговорення всіма фахівцями системи охорони здоров'я з метою розробки особливих



єдиних індикаторів якості медичних послуг, щоб в майбутньому проводити більш точний порівнювальний аналіз на національному рівні. Вони розділені на 14 категорій:

- Рак (56 індикаторів)
- Серцево-судинні (60 індикаторів)
- Діти, сім'я, материнство (9 індикаторів)
- Приєднані інфекції в систем охорони здоров'я (34 індикатори)
- Тривалий перебіг хвороби (33 індикатори)
- Психічне здоров'я (17 індикаторів)
- Смертність (69 індикаторів)
- Досвід пацієнтів (58 індикаторів)
- Обстановка, в якій знаходяться пацієнти (32 індикатори)
- Повідомлені результати лікування пацієнтів (4 індикатори)
- Безпека пацієнтів (39 індикаторів)
- Повторна госпіталізація (30 індикаторів)
- Оперативні втручання (17 індикаторів)
- Своєчасність дати (7 індикаторів)

В результаті обговорення, яке відбулося у Великій Британії, рекомендується використовувати в обмеженому обсязі індикатори національних пріоритетів, а також застосовувати індикатори, які відображають рівень якості послуг, що надаються, в національній системі охорони здоров'я. Крім того, може знадобитися погодження національних індикаторів, сумісне з іншою діяльністю на національному рівні, наприклад, Комісії по контролю якості медичних послуг.

При розробці індикатора необхідно послідовно та ретельно заповнити всі структурні розділи, які складають опис індикатора (див. розділ 4).

Перш за все, слід визначити організацію, установу, або посадову особу, яка має обчислювати індикатор на практиці. При запровадженні індикатора доступність всієї необхідної первинної та допоміжної інформації, та можливість реалізації запропонованого алгоритма обчислення має бути забезпечена організаційно.

Наступним кроком є визначення вихідних даних для обчислення індикатора. Такими даними можуть бути:

- первинна медична документація;
- автоматизовані бази даних, що базуються на первинній медичній документації;
- інші джерела та бази даних, що містять суттєву інформацію, за умови можливості їх отримання та опрацювання при обчисленні індикатора.

При визначенні понять, що складають чисельник та знаменник індикатора, слід керуватися наступними правилами:

- Знаменник показника має визначати досліджувану множину об'єктів. Досліджувана множина має прозорий фізичний зміст з точки зору медичної допомоги та може бути чітко окреслена за допомогою первинних медичних або реєстраційних документів, записів загальноприйнятих баз даних або інших структурованих носіїв інформації, що містять суттєві з точки зору якості медичної допомоги характеристики об'єктів. Найбільш поширеними об'єктами, для яких існують відповідні звітні або реєстраційні форми, документи або записи в документах та базах даних, є:
  - Заклад охорони здоров'я;
  - Фізична особа (хворий, пацієнт тощо);
  - Окремий випадок захворювання (діагноз);
  - Окремий факт госпіталізації;
  - Окремий факт надання медичної допомоги.
- При визначенні досліджуваних об'єктів обов'язково слід деталізувати первинний медичний документ, який визначатиме один екземпляр об'єкта. Слід зважати, що деякі інтуїтивні та не визначені через відповідний документ поняття припускають різні тлумачення. Наприклад, з точки зору закладу охорони здоров'я під поняттям „пацієнт” або „хворий” зазвичай розуміють



не „фізичну особу”, яку можна ідентифікувати за паспортом або ідентифікаційним кодом, а „випадок госпіталізації”, інформаційним носієм про який є Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/0) або Статистична карта вибулого зі стаціонару хворого (форма 066/0). Очевидно, одній фізичній особі може відповідати кілька випадків госпіталізації протягом деякого періоду часу.

- При визначенні чисельника індикатора слід забезпечити відповідність типів об'єктів чисельника та знаменника (досліджуваної множини). Чисельник має розглядатися як деяка підмножина знаменника. Коректно визначеному індикатору має відповідати коректно з лінгвістичної точки зору побудована фраза, яка окреслює зміст індикатора. Наприклад, „з числа хворих, яким вперше в житті було встановлено діагноз злякисного новоутворення, прожили 5 років і більше” - є коректно побудованою фразою, а „з числа злякисних діагнозів прожило 5 років і більше” - є некоректною фразою, яка може свідчити про невідповідність інформаційних об'єктів, які складають чисельник та знаменник.
- Слід уникати використання суб'єктивних визначень та таких понять, які не можуть бути однозначно і об'єктивно інтерпретовані за допомогою інформації, яка міститься в первинних документах. Загальноприйняті в медичній практиці інтуїтивні визначення інколи допускають численні інтерпретації, які можуть викликати розбіжності при обчисленні індикаторів. Так, існує кілька можливих трактувань таких загальновідомих термінів, як „первинний хворий”, „радикальне лікування” та ін. При необхідності використання таких понять при розробці індикатора, їх треба обов'язково визначати через базові первинні поняття, які об'єктивно реєструються в первинних медичних документах: дати, факти медичних втручань згідно загальноприйнятих класифікацій тощо.

Алгоритм, за допомогою якого з всієї досліджуваної множини (знаменника) буде виокремлюватися чисельник індикатора, має бути чітко сформульований. Існує два найбільш типові шляхи обчислення індикатора:

- експертний аудит, що базується на вибіркового або тотальному опрацюванні первинної медичної інформації кваліфікованим експертом, який здатний скласти висновок по кожному розглянутому випадку;
- автоматизована обробка баз даних, яка базується на формальних алгоритмах.

Очевидно, перший шлях є досить трудомістким, і вимагає залучення висококваліфікованих експертів. При цьому не виключається прийняття суб'єктивних рішень. Другий шлях технологічно більш прийнятний, але вимагає належного матеріально-технічного забезпечення та наявності технічних можливостей для формування баз даних, які базуються на первинній медичній інформації.

Нині досить поширеним є „перехідний” шлях, коли за умов неналежного інформаційно-технічного забезпечення здійснюється опрацювання паперових документів та облікових форм за формальними алгоритмами та інструкціями. В перспективі цей шлях має бути замінений на автоматизовану обробку.

Слід зауважити, що базовими поняттями, якими мають оперувати алгоритми обчислення індикаторів, незалежно від способу обрахунку, мають бути первинні медичні форми та окремі позиції цих форм, заповнені згідно загальноприйнятих міжнародних або національних класифікацій. Такий підхід дозволяє мінімізувати суб'єктивізм навіть при експертному аудиті та ручному опрацюванні паперових носіїв первинної інформації, а також забезпечити безболісний перехід на автоматизовану обробку баз даних. Належним чином спроектовані бази даних зазвичай базуються на затверджених первинних медичних документах та підтримують загальноприйняті класифікації, тому алгоритми для обчислення індикаторів можуть бути універсальними та придатними як для автоматизованого, так і для ручного опрацювання.

Опис індикатора обов'язково має включати інформацію, яка дозволить належним чином інтерпретувати значення індикатора, уникнути хибних та недостатньо обґрунтованих висновків та максимально ефективно використати отриману інформацію для поліпшення якості медичної допомоги. Мають бути наведені застереження стосовно ситуацій, коли значення індикатора може не відтворювати реальних розбіжностей в якості медичної допомоги: врахування статистичної похибки, можлива неповнота або





викривлення даних та шляхи, якими можна оцінити ці фактори тощо.

Якщо індикатор пов'язаний зі стандартами медичної допомоги та критеріями, які входять до складу стандартів, цей зв'язок має бути чітко визначений та окреслений.

Якщо існують близькі за змістом індикатори, які характеризують діяльність закордонних систем охорони здоров'я, і припустиме порівняння індикатора з „еталонними” значеннями найкращої практики, мають бути вказані відповідні джерела та наведені практичні рекомендації з коректного порівняння та інтерпретації результатів співставлення.

Розроблений індикатор має пройти пілотне тестування та бути розглянутим групою експертів, які можуть виказати свої зауваження. Слід уникнути неоднозначностей при спробах обчислення та інтерпретації індикатора.

#### **1.4 Рекомендації**

Мета системи виміру результатів - підтримати лікарні в оцінці ними власної діяльності шляхом відповіді на запитання щодо результатів та наступної корекції дій з метою підвищення якості медичної допомоги, що надається. Система індикаторів використовується як механізм внутрішнього підвищення якості, а не як засіб підзвітності або покарання. Як правило, система індикаторів використовується в таких випадках: підзвітність зовнішньому органу підвищення якості всередині організації. Індикатори в рамках даного проекту виконують роль інструменту для внутрішнього підвищення якості.

Визначення стандартів та порівняння різних регіональних підрозділів або лікарень в межах України може здійснюватися та вдосконалюватися шляхом розробки в майбутньому відповідних ІТ-інструментів. Дуже зручна в цьому сенсі Інтернет-платформа, тому що кожна лікарня зможе входити на веб-ресурс та передавати інформацію. Якщо використання електронної платформи у теперішній час неможливо, необхідно створити координаційний центр, який буде здійснювати нагляд за надходженням інформації від усіх лікарень-учасниць проекту. Використання уніфікованих визначень, числівників, знаменників, включень та виключень лежать в основі порівняння та визначення стандартів.

Слід призначити того, хто буде займатися роботою електронної платформи або очолювати роботу координаційного центру. Оскільки метою впровадження системи індикаторів є підвищення якості, в не зовнішній контроль, рекомендується залучити для обслуговування платформи незалежних фахівців. Додаткові перевірки достовірності даних також можуть проводитися незалежною організацією, яка обслуговує електронну платформу. Необхідно також визначитися з тим, як часто будуть передаватися дані, і коли буде здійснюватися зворотній зв'язок. Рекомендується регулярна підтримка зворотного зв'язку. Що ж стосується передачі даних, то достатньо робити це раз у квартал.

Необхідно також в кожній лікарні призначити групу або підрозділ, відповідальний за збирання даних та перевірку їх достовірності. Готовність керівництва лікарні брати участь у проекті є дуже важливою для його успішного здійснення. В залежності від індикатору люди, що беруть участь у проекті, можуть змінюватися, оскільки кожний підрозділ надаватиме власну інформацію. Тому рекомендується в кожній лікарні призначити людину або групу, які будуть координувати процес збирання даних. Оскільки це проект по підвищенню якості, рекомендується призначити людину або групу людей, які мають досвід роботи в тому, що стосується безпеки, якості або статистики. Ця група повинна бути в змозі проаналізувати дані та у випадку необхідності запропонувати заходи щодо покращення роботи. Перед початком роботи необхідно провести тренінг по роботі з системою індикаторів. Під час збирання даних, а також у процесі аналізу результатів лікарні може знадобитися допомога, наприклад, організації, що обслуговує електронну платформу, або координаційного центру. Рекомендується, щоб перевірку достовірності даних проводила особа, яка є координатором проекту в лікарні.

Необхідно зберігати конфіденційність інформації. Для того, щоб забезпечити якість інформації і не допустити неповних звітів, необхідно перешкоджати розголосу інформації. Необхідно вибудувати систему відповідального ставлення до роботи з інформацією, що також підвищить достовірність даних, що надаються. Тому кожна окрема лікарня не повинна мати доступу до інформації інших



## СПРИЯННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

---

лікарень, для цього вхід на сайт захищається паролем. В жодному із звітів не відображаються назви лікарень. Замість цього використовуються умовні номери. Організація, яка обслуговує електронну платформу, або координаційний центр також не повинні допускати витоку інформації по окремій лікарні.



## 1.5 Перелік деяких клінічних індикаторів для оцінки результатів діяльності лікарень

## Індикатор 1. Частота нововиявлених випадків пролежневих виразок

Чому використовується індикатор?	Пролежневі виразки можуть бути надзвичайно болісними, викликати дискомфорт і в деяких випадках призводити до ускладнень, що загрожують життю пацієнтів. Відповідне лікування перешкоджає їх виникненню під час перебування пацієнта у лікувальному закладі.
Питання	Яким є показник поширеності пролежневих виразок у госпіталізованих пацієнтів у певний час минулого року?
Чисельник	Кількість пацієнтів з пролежневими виразками, виявлених у лікарні у певний час у поточному році.
Знаменник	Загальна кількість пацієнтів на ту ж саму дату.
Тип індикатора	Індикатор кінцевого результату
Збирання фактичних даних	- Медичні карти (на підставі інформаційної системи лікарні) - Лікарняна статистика епізодів за звітний період
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Виключення	Пацієнти, у яких спостерігалися ознаки пролежневих виразок при надходженні в стаціонар
Складання звітів	- В електронному вигляді (таблиці Excel у відповідності до стандартних шаблонів) - Наявність протоколу з кваліфікаційною шкалою для обстеження пацієнтів на предмет виявлення пролежневих виразок - Час і дата обстеження - Чисельник, кількість випадків пролежневих виразок:.... - Знаменник, кількість госпіталізованих пацієнтів: .....
Звітний період	Щокварталу
Джерело (первинний документ)	Basic set of hospital performance indicators. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. The Hague, January 2005.
Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора	



## Індикатор 2. Відсоток трансфузійних реакцій

Чому використовується індикатор?	Трансфузійні реакції можуть призводити до серйозних наслідків для пацієнта. Статистика подібних випадків в Україні не вивчена. Однак високий рівень даного індикатора не обов'язково свідчить про недостатню увагу, що приділяється цій проблемі, але може бути результатом оптимізації обліку подібних випадків. При необхідності вдосконалення методики обліку трансфузійних реакцій може сприяти зниженню частоти їх прояву.
Питання	Який відсоток трансфузійних реакцій був зафіксований у минулому році?
Чисельник	Кількість випадків трансфузійних реакцій у пацієнтів лікарні в період з 1 січня по 31 грудня
Знаменник	Загальна кількість пацієнтів, які перенесли переливання крові в період з 1 січня по 31 грудня
Тип індикатора	Індикатор кінцевого результату
Збирання фактичних даних	<ul style="list-style-type: none"><li>- Медичні карти (на підставі інформаційної системи лікарні)</li><li>- Лікарняна статистика епізодів за звітній період</li></ul>
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Складання звітів	<ul style="list-style-type: none"><li>- В електронному вигляді (таблиці Excel у відповідності до стандартних шаблонів)</li><li>- Наявність протоколу з класифікаційною шкалою для переливання крові</li><li>- Дата та час процедури</li><li>- Чисельник, кількість випадків трансфузійних реакцій:.....</li><li>- Знаменник, кількість пацієнтів, що перенесли переливання крові:.....</li><li>- Відсоткове відношення:.....%</li></ul>
Звітній період	Щокварталу
Джерело (первинний документ)	Basic set of hospital performance indicators. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. The Hague, January 2005.
Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора	



## Індикатор 3. Коефіцієнт внутрішньолікарняної летальності від ГІМ (гострий інфаркт міокарду)

Чому використовується індикатор?	ГІМ - одна з найчастіших причин смертності і та інвалідності. При лікуванні ГІМ особливе значення мають правильна діагностика, вибір методу лікування та наступне амбулаторне спостереження. Вірогідність летального кінця залежить від таких особливостей пацієнта, як його вік та якість наданої йому медичної допомоги.
Питання	Яким є відсоток смертності пацієнтів, госпіталізованих з діагнозом ГІМ (коефіцієнт смертності госпіталізованих пацієнтів) незалежно від конкретної причини смерті?
Чисельник	Кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом ГІМ за період з 1 січня по 31 грудня
Знаменник	Кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом ГІМ в період з 1 січня по 31 грудня
Тип індикатора	Специфічний для даного захворювання кінцевий індикатор
Збирання фактичних даних	- Медичні картки (на підставі інформаційної системи лікарні) - Лікарняна статистика епізодів за звітній період
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Виключення	Пацієнти, яких було переведено до інших лікувальних закладів
Складання звітів	- В електронному вигляді (таблиці Excel у відповідності до стандартних шаблонів) - Чисельник, кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом ГІМ:..... - Знаменник, кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом ГІМ:..... Коефіцієнт внутрішньолікарняної летальності:.....%
Звітній період	Щорічно
Джерело (первинний документ)	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH). Copenhagen, WHO, Division of Country Health System, Regional Office for Europe, 2007
Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора	



## Індикатор 4. Коефіцієнт внутрішньолікарняної летальності від інсульту

Чому використовується індикатор?	Інсульт -одна з найчастіших причин смертності й найчастіша причина інвалідності в Україні. Комплексне лікування пацієнтів, які перенесли інсульт (наприклад, у спеціалізованих відділеннях), допомагає знизити рівень смертності. Загальний коефіцієнт смертності - один з індикаторів якості медичної допомоги, яка надається хворим, які перенесли інсульт.
Питання	Яким є відсоток пацієнтів, що померли після госпіталізації з діагнозом «інсульт» (коефіцієнт внутрішньолікарняної летальності), незалежно від конкретної причини смерті?
Чисельник	Кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом «інсульт» в період з 1 січня по 31 грудня.
Знаменник	Загальна кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом «інсульт» в період з 1 січня по 31 грудня.
Тип індикатора	Специфічний для даного захворювання кінцевий індикатор
Збирання фактичних даних	- Медичні картки (на підставі інформаційної системи лікарні) - Лікарняна статистика епізодів за звітній період
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Виключення	Пацієнти з транзиторною ішемічною атакою або субарахноїдальним крововиливом, яких переведено до іншого лікарняного закладу
Складання звітів	- В електронному вигляді (таблиці Excel у відповідності до стандартних шаблонів) - Чисельник, кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом «інсульт»:..... - Знаменник, кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом «інсульт»:..... Коефіцієнт внутрішньолікарняної летальності: .....%
Звітній період	Щорічно
Джерело (первинний документ)	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH). Copenhagen, WHO, Division of Country Health System, Regional Office for Europe, 2007
Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора	



## Індикатор 5. Щорічні аналізи на глікований гемоглобін HbA1c у пацієнтів з цукровим діабетом

Чому використовується індикатор?	У 2000 році в країнах Євросоюзу на кожні 100 000 населення приблизно 21 людина померла від цукрового діабету. Це складає 2.1% від загальної смертності. На сьогоднішній день доведено, що зниження рівня глюкози крові до нормальних показників знижує ризик ускладнень при діабеті I або II типу. Контроль рівня цукру в крові з визначенням глікованого гемоглобіну HbA1c рекомендований Американською Медичною асоціацією як показник якості і здійснюється Адміністрацією у справах ветеранів. Якщо лікування пацієнтів з цукровим діабетом організовано належним чином, то інформація про середньорічні значення HbA1c є доступною.
Питання	Який процент госпіталізованих пацієнтів з діабетом типу I або типу II хоча б один раз за минулий рік здали аналіз на глікований гемоглобін?
Чисельник	Загальна кількість пацієнтів з цукровим діабетом типу I або типу II, які хоча б один раз здали аналіз на глікований гемоглобін та були госпіталізовані в період з 1 січня по 31 грудня.
Знаменник	Загальна кількість пацієнтів з цукровим діабетом типу I або типу II, госпіталізованих в період з 1 січня по 31 грудня.
Тип індикатора	Динамічний індикатор, специфічний для даного захворювання
Збирання фактичних даних	- Медичні карти (на підставі інформаційної системи лікарні) - Лікарняна статистика епізодів за звітній період
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Виключення	Пацієнти з гестаційним діабетом, пацієнти молодші за 18 років
Складання звітів	- В електронному вигляді (таблиці Excel у відповідності до стандартних шаблонів) - Чисельник, кількість госпіталізованих пацієнтів з діабетом типу I або II, які хоча б один раз здали аналіз на глікогемоглобін:.... - Знаменник, загальна кількість госпіталізованих пацієнтів з діабетом типу I або II:..... Відсоткове відношення:.....%
Звітній період	Щокварталу
Джерело (первинний документ)	Basic set of hospital performance indicators. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. The Hague, January 2005.
Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора	



## СПРИЯННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

### Індикатор 6. Загальний коефіцієнт повторної госпіталізації протягом 28 днів після виписки

Чому використовується індикатор?	Коефіцієнт повторної госпіталізації пацієнтів є важливим критерієм, який дозволяє визначити, чи пов'язані зміни кількості пацієнтів із якістю медичної допомоги, що надається. В той час, як в деяких випадках повторна госпіталізація є частиною лікувального плану і тому є бажаною, в інших випадках вона свідчить про недостатньо якісне лікування внаслідок скорочення строків перебування пацієнта в стаціонарі та дострокової виписки.
Питання	Яким є відсоток повторних госпіталізацій протягом 28 днів після виписки в період з 1 січня по 31 грудня?
Чисельник	Кількість пацієнтів, яких було госпіталізовано повторно протягом 0-27 днів після виписки в період з 1 січня по 31 грудня
Знаменник	Загальна кількість пацієнтів, виписаних з лікарні в період з 1 січня по 31 грудня
Тип індикатора	Динамічний індикатор
Збирання фактичних даних	- Медичні картки (на підставі інформаційної системи лікарні) - Лікарняна статистика епізодів за звітній період
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Виключення	Пологи, госпіталізація в акушерські відділення, психічно хворих пацієнтів, виписка з причини смерті
Складання звітів	- В електронному вигляді (таблиці Excel у відповідності до стандартних шаблонів) - Дата і час повторної госпіталізації - Числівник, кількість пацієнтів, яких було повторно госпіталізовано протягом 0-27 днів з моменту попередньої виписки:..... - Знаменник, загальна кількість виписаних пацієнтів (живих):..... Відсоткове відношення: .....%
Звітний період	Щокварталу
Джерело (первинний документ)	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH). Copenhagen, WHO, Division of Country Health System, Regional Office for Europe, 2007
Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора	





## Індикатор 7. Післяопераційні інфекційні ускладнення

Чому використовується індикатор?	Післяопераційні інфекції є основною причиною ускладнень і зростання витрат на охорону здоров'я.
Питання	Яким був відсоток післяопераційних інфекцій у минулому році?
Чисельник	Кількість пацієнтів з післяопераційними інфекціями
Знаменник	Загальна кількість прооперованих пацієнтів
Тип індикатора	Індикатор кінцевого результату
Збирання фактичних даних	- Медичні картки (на підставі інформаційної системи лікарні)
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Виключення	Пацієнти, яких було переведено до інших лікувальних закладів
Складання звітів	- В електронному вигляді (таблиці Excel у відповідності до стандартних шаблонів) - Наявність протоколу з класифікаційною шкалою по обстеженню пацієнтів з післяопераційними інфекціями - Дата і час обстеження - Числівник, кількість пацієнтів з післяопераційними інфекціями:..... - Знаменник, загальна кількість прооперованих пацієнтів: ..... - Відсоткове відношення:.....%
Звітний період	Щокварталу
Джерело (первинний документ)	
Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора	



## Індикатор 8. Відсоток пологів шляхом кесарева розтину

Чому використовується індикатор?	Встановлено, що процедурою кесарева розтину під час пологів часто зловживають, крім того, вона є більш витратною, ніж вагінальні пологи. Таким чином, низькі показники щодо кесарева розтину свідчать про кращу якість медичної допомоги, що надається.
Питання	Яким є відсоток пологів за допомогою кесарева розтину за минулий рік?
Чисельник	Кількість пологів за допомогою кесарева розтину, без гістеротомії, в період з 1 січня по 31 грудня.
Знаменник	Кількість всіх пологів в період з 1 січня по 31 грудня.
Тип індикатора	Індикатор кінцевого результату, індикатор використання процедури
Збирання фактичних даних	- Медичні картки (на підставі інформаційної системи лікарні) - Лікарняна статистика епізодів за звітній період
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Виключення	Неправильне положення плоду, передчасні пологи, загибель плоду, багатоплідна вагітність
Складання звітів	- В електронному вигляді (таблиці Excel у відповідності до стандартних шаблонів) - Наявність протоколу по кесареву розтину з критеріями - Дата і час проведення процедури - Кількість пологів за допомогою кесарева розтину, без гістеротомії:..... Кількість всіх пологів:..... Відсоткове відношення:.....%
Звітній період	Щокварталу
Джерело (первинний документ)	Basic set of hospital performance indicators. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. The Hague, January 2005.
Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора	



### 1.6 Перспективні напрямки розвитку системи індикаторів в Україні

Головною сучасною тенденцією в процесі вдосконалення якості медичної допомоги є перехід до комплексного забезпечення якості на всіх етапах надання медичної допомоги - профілактики, діагностики, лікування, подальшого нагляду за хворими - від роздрібненого аналізу окремих етапів та лікарських втручань. Відповідно, інформаційне забезпечення такої концепції має передбачати інтеграцію та подальший аналіз всієї можливої інформації про пацієнта, що стає технічно можливим з розвитком сучасних засобів комунікації та інформаційних технологій. Першим кроком на цьому шляху стало створення галузевих медичних реєстрів (канцер-реєстр, реєстр хворих на цукровий діабет тощо), які інтегрують інформацію про хворих на деякі хронічні захворювання і ведуть спостереження за хворими протягом всього життя.

Згідно „Концепції інформатизації системи охорони здоров'я”, передбачається створення загальнодержавного медичного реєстру пацієнтів, де буде інтегруватися вся наявна медична інформація. Такий реєстр, за умови його успішного створення та забезпечення належної якості інформації, має стати базисом для побудови системи індикаторів нового типу.

Деякі операції з інтегрування інформації про хворого, яка міститься в різних електронних джерелах, можливі за допомогою технологій співставлення даних (record linkage) з використанням загальноживаної ідентифікуючої інформації (П.І.Б., дата народження, адреса тощо). Зокрема, загальною міжнародною практикою є аналіз виживаності різних груп пацієнтів шляхом автоматизованого інтегрування інформації з національними реєстрами смертей та побудова відповідних індикаторів, які дозволяють оцінювати результат. Але відповідні автоматизовані технології, необхідні для співставлення даних про одну особу, які містяться в різних джерелах, ще не набули широкого розповсюдження в практиці охорони здоров'я України, тому запровадження відповідних індикаторів в загальну практику потребуватиме додаткових зусиль.

Сучасні засоби автоматизованої обробки інформації дозволяють перевести на якісно новий рівень процеси автоматизованого контролю якості первинної інформації, застосовувати автоматизовані процедури пошуку та видалення помилкових та дублюючих записів в базах даних. Запровадження таких технологій та процедур, спрямоване на підвищення якості, повноти та несуперечності вихідних даних, має передувати запровадженню та широкому використанню систем індикаторів якості медичної допомоги, оскільки неможливо отримати якісну інформацію виходячи з неякісних вихідних даних.

Таким чином, основні перспективи розвитку системи індикаторів якості медичної допомоги в Україні пов'язані зі створенням та розвитком загальнодержавних баз даних та інформаційних технологій, з вдосконаленням засобів автоматизованої обробки електронної інформації та системним покращанням якості та повноти медичної інформації. Результатом має бути всебічне охоплення та висвітлення за допомогою індикаторів всіх етапів запровадження стандартів структури, процесу та результатів медичної допомоги з метою безперервного підвищення якості медичної допомоги.



**1.7 Список використаної літератури**

1. Basic set of hospital performance indicators. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. The Hague, January 2005.
2. The Good Indicators Guide: understanding how to use and choose indicators. NHS, Institute for Innovation and Improvement, 2008.
3. How can hospital performance be measured and monitored? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2003. <http://www.euro.who.int/document/e82975.pdf>
4. Armesto, S.G. et al. Health Care Quality Indicators Project 2006 Data Collection Update Report. OECD Health Working Papers, #29. OECD Publishing, 2007.
5. Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals - Volume, Mortality and Utilization. AHRQ, Department of Health and Human Services, ver. 3.0, February 2006. <http://qualityindicators.ahrq.gov/>
6. Thomson R.G., McElroy H., Kazandjian V.A. Maryland Hospital Quality Indicator Project in the United Kingdom: an approach for promoting continuous quality improvement. *Quality in Health Care* 1997;6:49-55.
7. Standards for Health Promotion in Hospitals: Development of indicators for a Self-Assessment Tool. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.
8. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH). Copenhagen, WHO, Division of Country Health System, Regional Office for Europe, 2007.
9. NHS/QIS: <http://www.clinicalgovernance.scot.nhs.uk/section1/clinicalindicators.asp>
10. Full list of Clinical Quality indicators for SHC/ THC, Dept Health NHS, UK <http://www.ac.nhs.uk/services/in-development/clinical-quality-indicators/full-list-of-indicators>
11. NHS Indicators using the NHS Indicator Explorer Tool 2009 <http://www.productivity.nhs.uk/IndicatorExplorer.aspx>
12. NHS The information Centre for health and social care. <http://www.ic.nhs.uk/services/measuring-for-quality-improvement/about-the-indicators-for-quality-improvement>
13. Davies Huw. Measuring and reporting the quality of health care: issue and evidence from the international research literature. Discussion paper. NHSQIS, 2006.