

УДК 616.379-008.64-082-07-084-085-035:614.2:658

ТКАЧЕНКО В.І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ УПРОВАДЖЕННЯ УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ «ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-го ТИПУ» ЗА ІНДИКАТОРАМИ ЯКОСТІ У ЗАКЛАДАХ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Резюме. В Україні впроваджується уніфікований клінічний протокол (УКП) з надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2-го типу (наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1118), у якому зазначені 4 індикатори якості. **Мета дослідження** – проаналізувати впровадження УКП на підставі моніторингу індикаторів якості в закладах Київської області. **Матеріали і методи.** Розроблено і застосовано методику оцінювання якості діабетологічної допомоги, одним з елементів якої є моніторинг зазначених в УКП індикаторів якості. Збір і аналіз інформації здійснювався за формами первинної облікової документації № 025/о та 030/о, формами статистичної звітності № 12 і 20. Статистичний аналіз проводився за допомогою програми Excel 2007, SPSS. **Результати.** На сьогодні закладами первинної медичної допомоги Київської області розроблені локальні протоколи, що свідчить про виконання першого індикатора якості відповідно до бажаного рівня значення індикатора за УКП. Другий індикатор – відсоток пацієнтів, яким було визначено рівень глікованого гемоглобіну протягом звітного періоду, становив 12,2 %, що більше, ніж у 2012 році (8,84 %), але залишається низьким. Третій індикатор якості – відсоток пацієнтів, які були госпіталізовані до стаціонару з приводу діабету і його ускладнень протягом звітного періоду, становив 15,01 %, тоді як у 2012 році він був 8,66 %. Для порівняння, даний показник у 2007 році був 9,37 %. **Висновки.** Якість медичної допомоги на ранній стадії впровадження є недостатньою, що частково пов'язано з недостатньою обізнаністю лікарів з основними положеннями протоколу, недостатнім оснащенням, необхідністю оплати зазначених у протоколі медичних послуг пацієнтом, нерозумінням лікарями особливостей різних видів медико-технологічних документів і труднощами з розробкою і впровадженням локальних протоколів зокрема. Отримані результати відповідають європейському досвіду впровадження нових керівництв із менеджменту цукрового діабету. Ситуація в Україні потребує подальшого аналізу й пошуку шляхів оптимізації.

У зв'язку з великою поширеністю цукрового діабету (ЦД) 2-го типу у світі і в Україні та активною реорганізацією системи охорони здоров'я України на засадах сімейної медицини виникла необхідність у створенні медико-технологічних документів, які б регламентували обсяги надання медичної допомоги при ЦД 2-го типу лікарями первинної ланки. За нашою участю на підставі накопиченого власного досвіду, досвіду інших країн із надання допомоги хворим на ЦД на рівні первинної медичної допомоги, аналізу за допомогою шкали AGREE сучасних міжнародних рекомендацій із менеджменту ЦД 2-го типу та їх адаптації, а також на підставі вивчення законодавчих документів і наказів МОЗ України були розроблені адаптована клінічна настанова та уніфікований клінічний протокол (УКП) з надання медичної допомоги при ЦД 2-го типу, затверджені наказом МОЗ України від 21.12.2012 № 1118 «Про затвердження та впровадження медико-техно-

логічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу», впровадження і застосування яких у широкій практиці сприятиме покращанню якості медичної допомоги та здоров'я населення [1–3].

Передбачено, що моніторинг виконання/дотримання УКП здійснюватиметься з використанням поданих в УКП індикаторів якості, що розроблені відповідно до спеціальної методики за принципами доказової медицини і віддзеркалюють вимоги до якості медичної допомоги (наказ Міністерства охорони здоров'я Укра-

Адреса для листування з автором:

Ткаченко В.І.
E-mail: wtk@ukr.net© Ткаченко В.І., 2014
© «Міжнародний ендокринологічний журнал», 2014
© Заславський О.Ю., 2014

їни від 28.09.2012 № 751) [4]. Індикатор у даному контексті є елементом, який можна виміряти і який дає змогу оцінити ступінь якості надання медичної допомоги.

В уніфікованому клінічному протоколі з надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2-го типу (наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1118) зазначені такі 4 індикатори якості [1]:

1. Наявність у сімейного лікаря локального протоколу ведення хворого з цукровим діабетом 2-го типу.

2. Відсоток пацієнтів, яким було визначено рівень глікованого гемоглобіну (HbA1c) протягом звітнього періоду.

3. Відсоток пацієнтів, які були госпіталізовані до стаціонару з приводу ускладнень діабету протягом звітнього періоду.

4. Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом звітнього періоду.

Згідно з наказом МОЗ України від 11.09.2013 № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» розроблені спеціальні форми, за якими будуть обчислюватися індикатори якості [5].

На сьогодні оприлюднено наказ МОЗ України від 19.06.2014 № 414 «Про затвердження Переліку клінічних індикаторів, що підлягають моніторингу, при лікуванні осіб з гіпертонічною хворобою та цукровим діабетом 2 типу», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 7 липня 2014 р. за № 737/25514, у якому зазначено про початок моніторингу індикаторів якості медичної допомоги при артеріальній гіпертензії та цукровому діабеті 2-го типу [6].

Мета дослідження — проаналізувати ситуацію в закладах Київської області щодо впровадження й застосування на практиці основних положень уніфікованого клінічного протоколу надання медичної допомоги при ЦД 2-го типу на підставі моніторингу індикаторів якості, зазначених у наказі МОЗ України від 21.12.2012 № 1118.

Матеріали і методи дослідження

Для забезпечення досягнення мети нами було розроблено методику оцінювання якості діабетологічної допомоги за умов упровадження уніфікованого клінічного протоколу з надання медичної допомоги при ЦД 2-го типу, одним з елементів якої є моніторинг зазначених в УКП індикаторів якості [7, 8]. Для забезпечення якісного збору інформації задля обчислення індикаторів якості нами була запропонована форма моніторингу якості діабетологічної допомоги, впровадження якої сприятиме покращанню збору даних для більш легкого і швидкого підрахунку індикаторів якості [8]. Аналізу підлягали дані амбулаторних карток пацієнтів із ЦД 2-го типу, які перебувають на диспансерному обліку та проживають на території Київської області (форми первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого» та № 030/о «Контрольна карта диспансерного нагляду») [9], та дані статистичних звітів медичних закладів Київської області (форма статистичної звітності № 12 і 20 відповідно до наказу

МОЗ України від 10.07.2007 № 378) [10]. Статистичний аналіз проводився за допомогою програми Excel 2007, SPSS.

Результати дослідження та їх обговорення

Під час застосування запропонованої нами методики для аналізу ситуації щодо впровадження і застосування на практиці основних положень УКП із надання медичної допомоги при ЦД 2-го типу в новостворених у 2012–2013 рр. закладах первинної ланки Київської області — центрах первинної медичної допомоги (ЦПМСД) нами було визначено, що однією з проблем його впровадження є труднощі в розробці локальних протоколів на місцевому рівні. З метою надання методичної допомоги лікарям первинної ланки для полегшення процесу розробки та впровадження локальних медико-технологічних документів нами було розроблено типовий локальний протокол для закладів первинної медичної допомоги з ведення ЦД 2-го типу, який затверджений наказом директора департаменту охорони здоров'я Київської обласної держадміністрації (ДОЗ ОДА) і надісланий у заклади Київської області для доопрацювання й розробки локальних протоколів на місцевому рівні із зазначенням виконавців. Крім того, нами було розроблено і впроваджено методичні рекомендації «Розробка та впровадження уніфікованого та локального протоколів з надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2-го типу на етапі первинної медичної допомоги», які детально описують процес розробки локальних протоколів на прикладі створення типового локального протоколу з надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2-го типу [8]. На сьогодні закладами первинної медичної допомоги Київської області розроблені й узгоджені ДОЗ ОДА локальні протоколи, що свідчить про **виконання першого індикатора якості — наявності у сімейного лікаря локального протоколу ведення хворого на ЦД 2-го типу відповідно до бажаного рівня значення індикатора за УКП.**

Другий індикатор якості — відсоток пацієнтів, яким було визначено рівень глікованого гемоглобіну протягом звітнього періоду. У Київській області станом на 2013 рік ЦД 2-го типу був зареєстрований у 46 962 дорослих людей (віком понад 18 років), що на 4,5 % більше, ніж у 2012 році (44 943). Вперше виявлено ЦД 2-го типу протягом 2013 року у 3801 дорослої людини, що відповідає рівню захворюваності 269,9 на 100 тис. населення. Кількість хворих на ЦД 2-го типу, які перебувають під диспансерним наглядом і потребують лікування інсуліном, станом на кінець 2013 року становила 4913 осіб. У 2013 році вперше в державній формі звітності № 12 були додані нові рядки: рядок 5.9 «Інсулінозалежний цукровий діабет», що відображає тільки кількість хворих на ЦД 1-го типу; рядок 5.10 «Інсулінонезалежний цукровий діабет» відображає число хворих на цукровий діабет 2-го типу, які перебувають на дієті, лікуванні цукрознижувальними препаратами

та потребують лікування інсуліном; рядок 5.11 «З них інсулінонезалежний, із отриманням інсуліну» відображає кількість хворих на ЦД 2-го типу, які потребують лікування інсуліном. Тому провести порівняння даних показників із попередніми роками не представляється можливим.

З іншого боку, у зв'язку зі створенням ЦПМСД по Київській області у 2012–2013 рр. на даному етапі на місцевому рівні відбувається розподіл медичної документації пацієнтів із ЦД 2-го типу між первинним і вторинним рівнями, що утруднює аналіз об'ємів медичної допомоги, що надається безпосередньо лікарями первинної медичної допомоги чи ендокринологами. Тому даний індикатор наводимо відповідно до загальних даних про пацієнтів із ЦД 2-го типу та по кожному району окремо за результатами аналізу даних амбулаторних карток пацієнтів (табл. 1 і 2).

Так, було визначено, що у 2012 році відсоток хворих на ЦД 2-го типу, у яких щонайменше один раз протягом року вимірювався показник HbA1c, становив 8,84 %, у той час як у 2013 році цей показник збільшився до 12,2 %, але залишався достатньо низьким. При цьому залишився майже на одному рівні відсоток пацієнтів, які досягли цільових рівнів HbA1c < 6,5–7,0 %. Але серед пацієнтів, які приймали пероральні цукрознижуючі препарати (ПЦЗП), рівень HbA1c у 2012 році відповідав субкомпенсованому ЦД 2-го типу (HbA1c = 7,5–8,0 %) у 66,41 %, а у 2013 році — тільки у 37,53 % пацієнтів, та у 2013 році збільшився відсоток осіб до 32,87 %, у яких за рівнем HbA1c > 8,0 % визначався декомпенсований ЦД.

Невеликий відсоток пацієнтів, яким визначено HbA1c, може бути пов'язаний із необхідністю прове-

дення аналізу за власні кошти пацієнтів, вартість аналізу обмежує широке його застосування на практиці. З іншого боку, поява необхідності проведення даного аналізу як індикатора якості діабетологічної допомоги сприяла більшій активності лікарів щодо його призначення. Найбільш активно фіксувались визначення в районах, територіально наближених до м. Києва: Києво-Святошинський (2012 р. — 40,8 %; 2013 р. — 24,6 %), м. Ірпінь (2012 р. — 54,2 %; 2013 р. — 51,8 %) і м. Буча (2012 р. — 38,0 %; 2013 р. — 57,6 %), жодної активності щодо визначення HbA1c не спостерігалось протягом двох років у Поліському районі (табл. 2). Погіршення показників HbA1c у 2013 році серед пацієнтів, які отримували ПЦЗП, можна пояснити недоліками організаційних аспектів при реорганізації системи охорони здоров'я, а також погіршенням якості харчування, частими стресовими ситуаціями за сучасної ситуації в країні.

За УКП цільовий рівень значення індикатора на етапі запровадження не визначено заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску. Але дані зарубіжних країн надають інформацію, що частка пацієнтів із ЦД 2-го типу, які проводять визначення HbA1c принаймні щорічно, становить 25–30 %. Дані дослідження GUIDANCE з оцінки впровадження оновлених керівництв із менеджменту ЦД 2-го типу протягом подальших 1,5 року, яке проводилось серед сімейних лікарів і ендокринологів восьми країн Європи, показали, що в середньому визначення HbA1c за останні 12 міс. було здійснено в первинній ланці у 97,6 % пацієнтів, тобто прихильність до виконання

Таблиця 1. Визначення рівня HbA1c у хворих на цукровий діабет 2-го типу віком понад 18 років у Київській області за 2012–2013 рр.

Рік	Контингент хворих	Загальна кількість хворих на ЦД 2-го типу	Кількість хворих на ЦД 2-го типу, у яких вимірювався показник HbA1c (мінімум 1 раз)		Кількість хворих, у яких останній показник HbA1c < 6,5–7,0 % (компенсований відповідно до індивідуальних цілей лікування)		Кількість хворих, у яких останній показник HbA1c = 7,5–8,0 % (субкомпенсований відповідно до індивідуальних цілей лікування)		Кількість хворих, у яких останній показник HbA1c > 8,0 % (декомпенсований відповідно до індивідуальних цілей лікування)		Кількість хворих на ЦД 2-го типу, щодо яких немає даних про HbA1c	
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2012	По Київській області	44 943	3971	8,84	1051	26,47	2070	52,13	850	21,41	40 972	91,16
	З них отримують ПЦЗП	29 193	1953	6,69	582	29,8	1297	66,41	74	3,79	27 240	93,31
	З них отримують інсулінотерапію	4596	2018	43,91	469	23,24	773	38,31	776	38,45	2578	56,09
2013	По Київській області	46 962	5729	12,20	1569	27,39	2047	35,73	2113	36,88	41 233	87,80
	З них отримують ПЦЗП	30 782	3264	10,60	966	29,60	1225	37,53	1073	32,87	27 518	89,40
	З них отримують інсулінотерапію	4913	2465	50,17	603	24,46	822	33,35	1040	42,19	2448	49,83

Таблиця 2. Визначення рівня HbA1c у хворих на цукровий діабет 2-го типу віком понад 18 років по районах Київської області за 2012–2013 рр.

Назва району	Відсоток хворих на цукровий діабет 2-го типу, у яких у 2012 році вимірювався показник HbA1c (принаймні 1 раз)		Відсоток хворих серед обстежених, у яких останній показник HbA1c < 6,5–7,5 % (компенсований відповідно до індивідуальних цілей лікування)		Відсоток хворих серед обстежених, у яких останній показник HbA1c = 7,6–8,5 % (субкомпенсований відповідно до індивідуальних цілей лікування)		Відсоток хворих серед обстежених, у яких останній показник HbA1c > 8,5 % (декомпенсований відповідно до індивідуальних цілей лікування)		Відсоток хворих, у яких немає даних про HbA1c	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Барिशівський	14,3	10,0	24,5	15,9	46,3	44,2	29,3	39,8	85,7	90,0
Білоцерківський	1,2	8,8	12,5	17,1	12,5	13,0	75,0	69,9	98,8	91,2
Богуславський	1,3	11,7	18,2	39,0	63,6	49,0	18,2	12,0	98,7	88,3
Бориспільський	1,2	4,0	13,9	19,8	75,0	52,6	11,1	27,6	98,8	96,0
Бородянський	2,0	9,1	7,1	20,7	28,6	31,9	64,3	47,4	98,0	90,9
Броварський	2,4	3,3	30,4	39,1	23,2	7,1	46,4	53,8	97,6	96,7
Васильківський	7,2	8,6	33,5	22,5	39,3	21,7	27,2	55,8	92,8	91,4
Володарський	1,0	7,4	0,0	13,2	0,0	15,8	100,0	71,1	99,0	92,6
Вишгородський	4,8	7,7	19,8	33,8	19,8	15,9	60,5	50,3	95,2	92,3
Згурівський	5,8	16,6	20,0	30,7	37,1	38,6	42,9	30,7	94,2	83,4
Іванківський	0,5	6,4	20,0	31,6	60,0	5,3	20,0	63,2	99,5	93,6
Кагарлицький	1,2	12,7	44,4	17,0	11,1	29,0	44,4	54,0	98,8	87,3
К.-Святошинський	40,8	24,6	10,4	34,4	70,9	53,1	18,7	12,5	59,2	75,4
Макарівський	1,9	10,7	16,0	33,1	16,0	8,5	68,0	58,5	98,1	89,3
Миронівський	0,3	7,1	33,3	23,3	33,3	7,0	33,3	69,8	99,7	92,9
Обухівський	1,8	1,6	9,4	33,3	46,9	41,0	43,8	25,6	98,2	98,4
П.-Хмельницький	0,0	1,0	0,0	11,8	0,0	52,9	0,0	35,3	100,0	99,0
Поліський	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Рокитнянський	6,3	12,4	1,5	13,8	20,6	22,8	77,9	63,4	93,7	87,6
Сквирський	8,2	7,1	26,3	32,2	64,2	50,6	9,5	17,2	91,8	92,9
Ставищенський	1,0	3,1	0,0	4,5	0,0	18,2	100,0	77,3	99,0	96,9
Таращанський	1,8	6,9	21,1	8,1	21,1	13,5	57,9	78,4	98,2	93,1
Тетіївський	6,7	20,4	28,3	10,2	30,0	26,0	41,7	63,8	93,3	79,6
Фастівський	1,7	7,5	16,2	19,5	54,1	14,6	29,7	65,9	98,3	92,5
Яготинський	0,9	5,2	11,1	9,4	22,2	26,4	66,7	64,2	99,1	94,8
м. Біла Церква	8,3	15,1	43,4	37,8	54,5	35,1	2,1	27,1	91,7	84,9
м. Ірпінь	54,2	51,8	45,5	30,0	45,5	56,2	9,1	13,8	45,8	48,2
м. Березань	1,6	24,4	71,4	24,3	14,3	43,9	14,3	31,8	98,4	75,6
м. Ржищів	0,0	6,7	0,0	50,0	0,0	25,0	0,0	25,0	100,0	93,3
м. Буча	38,0	57,6	14,1	11,4	39,4	34,4	46,6	54,2	62,0	42,4
м. Славутич (МСЧ 5)	2,2	20,0	25,0	20,8	25,0	17,0	50,0	62,3	97,8	80,0

цих рекомендацій була високою, але рівень досягнення цільових показників у пацієнтів був низьким, тільки 53,6 % пацієнтів з ЦД 2-го типу досягли в процесі лікування цільового рівня HbA1c $\leq 7\%$ [11]. Такі результати можна пояснити існуванням попередніх клінічних керівництв із надання допомоги хворим на ЦД та попередньої тривалої практики лікарів первинної медичної допомоги у веденні ЦД

серед країн-учасників до впровадження оновлених документів.

Третій індикатор якості, що підлягає моніторингу, — це відсоток пацієнтів, які були госпіталізовані до стаціонару з приводу ЦД і його ускладнень протягом звітного періоду. Частка госпіталізації хворих на ЦД 2-го типу від загальної кількості хворих на ЦД 2-го типу у Київській області у 2013 році

становила 15,01 %, тоді як у 2012 році вона була 8,66 %. Для порівняння, даний показник 5 років тому, у 2007 році, дорівнював 9,37 %. Збільшення об'ємів госпіталізації можна пояснити збільшенням декомпенсованих форм ЦД 2-го типу, що призводить до розвитку ускладнень, втрати працездатності й необхідності стаціонарного лікування хворих.

Четвертий індикатор якості — відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом звітного періоду, — потребує окремого детального розгляду.

Висновки

Якість медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2-го типу, оцінена на ранній стадії впровадження уніфікованого клінічного протоколу в Україні, є недостатньою.

На сьогодні закладами первинної медичної допомоги Київської області розроблені й узгоджені департаментом локальні протоколи, що свідчить про виконання першого індикатора якості відповідно до бажаного рівня значення індикатора за УКП.

Другий індикатор — відсоток пацієнтів, яким було визначено рівень глікованого гемоглобіну протягом звітного періоду, становив 12,2 %, що більше, ніж у 2012 році (8,84 %), але залишається низьким.

Третій індикатор якості — відсоток пацієнтів, які були госпіталізовані до стаціонару з приводу цукрового діабету і його ускладнень протягом звітного періоду, становив 15,01 %, тоді як у 2012 році він дорівнював 8,66 %. Збільшення обсягів госпіталізації можна пояснити збільшенням декомпенсованих форм ЦД 2-го типу, що призводить до розвитку ускладнень, втрати працездатності й необхідності стаціонарного лікування хворих. Така ситуація частково пов'язана з недостатньою обізнаністю лікарів з основними положеннями протоколу, недостатнім оснащенням, необхідністю оплати зазначених у протоколі медичних послуг пацієнтом, нерозумінням лікарями особливостей різних видів медико-технологічних документів і труднощів із розробкою і впровадженням локальних протоколів зокрема.

Отримані результати відповідають європейському досвіду щодо відомостей із впровадження нових керівництв із менеджменту цукрового діабету. Ситуація в Україні потребує подальшого аналізу й пошуку шляхів оптимізації.

Список літератури

1. Наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1118 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу» [Текст]: наказ МОЗ України. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20121221_1118.html
2. Лисенко Г.І. Диспансеризація як шлях первинної і вторинної профілактики цукрового діабету 2-го типу на етапі первинної медичної допомоги: навчально-методичний посібник / Г.І. Лисенко, В.І. Ткаченко. — К., 2013. — 144 с.

3. Ткаченко В.І. Проект уніфікованого клінічного протоколу ведення цукрового діабету 2 типу на етапі первинної медичної допомоги (відповідно до міжнародних рекомендацій, існуючих на 2012 рік) / В.І. Ткаченко // Ліки України. — 2012. — № 6 (162). — С. 51-61.

4. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313, 2002/22314, 2003/22315, 2004/22316 [Текст]: наказ МОЗ України. — Режим доступу: <http://www.dec.gov.ua/mtd/metmat.html>

5. Наказ МОЗ України від 11.09.2013 № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27 вересня 2013 року за № 1669/24201 [Текст]: наказ МОЗ України. — Режим доступу: <http://www.dec.gov.ua/mtd/normdoc.html>

6. Наказ МОЗ України від 19.06.2014 № 414 «Про затвердження Переліку клінічних індикаторів, що підлягають моніторингу, при лікуванні осіб з гіпертонічною хворобою та цукровим діабетом 2 типу», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 7 липня 2014 р. за № 737/25514 [Текст]: наказ МОЗ України. — Режим доступу: <http://www.dec.gov.ua/mtd/normdoc.html>

7. Ткаченко В.І. Методика оцінювання якості діабетологічної допомоги на основі анкетування лікарів / В.І. Ткаченко, Б.М. Маньковський, В.В. Краснов, Л.Ю. Бабінець // Медична інформатика та інженерія. — 2014. — № 2 (26). — С. 22-27.

8. Ткаченко В.І. Розробка та впровадження уніфікованого та локального протоколів з надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу на етапі первинної медичної допомоги (методичні рекомендації). — Київ, 2014. — 54 с.

9. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974, із змінами, внесеними згідно з наказами МОЗ України № 527 від 28.07.2014, № 549 від 08.08.2014 [Текст]: наказ МОЗ України. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130617_0511.html

10. Наказ МОЗ України від 10.07.2007 № 378 «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їхнього заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 3 вересня 2007 р. за № 1009/14276, із змінами і доповненнями, внесеними наказами МОЗ України від 17 листопада 2010 року № 999, від 17 червня 2013 року № 511 [Текст]: наказ МОЗ України. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070710_378.html

11. Quality of Care of Patients with Type 2 Diabetes in Eight European Countries. Findings from the Guideline Adherence to Enhance Care (GUIDANCE) study [Текст] / Margaret A. Stone, Guillaume Charpetier, Kris Doggen, Oliver Kuss, Ulf Lindblad, Christiane Kellner, John Nolan, Agnieszka Pazderska, Guy Rutten, Marina Trento, Medsci Psychol, Kamlesh Khunti // Diabetes Care. — Publish Ahead of Print, published online. — April 29, 2013. — P. 1-11. — Режим доступу до журн.: <http://www.care.diabetesjournals.org>

Отримано 03.10.14 ■

Ткаченко В.И.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика МЗ Украины, г. Киев

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ
УНИФИЦИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА
«САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-го ТИПА»
ПО ИНДИКАТОРАМ КАЧЕСТВА
В УЧРЕЖДЕНИЯХ КИЕВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Резюме. В Украине внедряется унифицированный клинический протокол (УКП) по оказанию медицинской помощи при сахарном диабете 2-го типа (приказ МЗ Украины от 21.12.2012 № 1118), в котором указаны 4 индикатора качества. **Цель** исследования — проанализировать внедрение УКП на основании мониторинга индикаторов качества в учреждениях Киевской области. **Материалы и методы.** Разработана и применена методика оценки качества диабетологической помощи, одним из элементов которой является мониторинг указанных в УКП индикаторов качества. Сбор и анализ информации осуществлялся по формам первичной учетной документации № 025/о и 030/о, формам статистической отчетности № 12 и 20. Статистический анализ проведен с помощью программы Excel 2007, SPSS. **Результаты.** На сегодняшний день учреждениями первичной медицинской помощи Киевской области разработаны и согласованы департаментом локальные протоколы, что свидетельствует о выполнении первого индикатора качества УКП. Второй индикатор — процент пациентов, которым был определен уровень гликированного гемоглобина в течение отчетного периода, составил 12,2 %, что больше, чем в 2012 году (8,84 %), однако остается низким. Третий индикатор качества — процент пациентов, которые были госпитализированы в стационар по поводу сахарного диабета и его осложнений за отчетный период, составил 15,01 %, тогда как в 2012 году он равнялся 8,66 %. Для сравнения, данный показатель 5 лет назад, в 2007 году, составил 9,37 %. **Выводы.** Качество медицинской помощи на ранней стадии внедрения недостаточное, что отчасти связано с недостаточным знанием врачами основных положений протокола, недостаточным оснащением, необходимостью оплаты указанных в протоколе медицинских услуг пациентом, непониманием врачами особенностей различных видов медико-технологических документов и трудностями с разработкой и внедрением локальных протоколов. Полученные результаты подобны европейскому опыту внедрения новых руководств по ведению сахарного диабета. Ситуация в Украине требует дальнейшего анализа и поиска путей оптимизации.

Tkachenko V.I.

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk of the Ministry of Healthcare of Ukraine, Kyiv, Ukraine

**ANALYSIS OF THE IMPLEMENTATION
OF STANDARDIZED CLINICAL PROTOCOL
«DIABETES MELLITUS TYPE 2» BY QUALITY
INDICATORS IN INSTITUTIONS
OF KYIV REGION**

Summary. In Ukraine, a standardized clinical protocol (SCP) to provide medical care in diabetes mellitus type 2 (order of the Ministry of Healthcare of Ukraine dated 21.12.2012 № 1118), which identifies 4 quality indicators, is being implemented. The **objective** of research — to analyze the implementation of SCP based on monitoring of quality indicators in the institutions of the Kyiv region. **Materials and Methods.** Technique for assessing the quality of diabetes care, one element of which is the monitoring of quality indicators specified in SCP, has been developed and applied. Collection and analysis of information was carried out by forms of primary records № 025/030 and 030/o, forms of statistical reporting № 12 and 20. Statistical analysis was performed using Excel 2007, SPSS. **Results.** Today, primary health care institutions in Kyiv region developed local protocols that confirms the implementation of the first quality indicator, in accordance with the desired level of the indicator value by SCP. The second indicator — the percentage of patients who were defined the level of glycated hemoglobin in the reporting period amounted to 12.2 %, which is higher than in 2012 (8.84 %), but remains low. The third quality indicator — the percentage of patients who were admitted to hospital for diabetes mellitus and its complications during the reporting period amounted to 15.01 %, while in 2012 it stood at 8.66 %. For comparison, this figure in 2007 was 9.37 %. **Conclusions.** The quality of care at an early stage of implementation is not enough, partly due to the lack of awareness by physicians of major provisions of the protocol, lack of equipment, the need of payment by a patient for medical services specified in the protocol, lack of doctors' understanding of the characteristics of different types of medical and technological documents and difficulties in the development and implementation of local protocols, particularly. The obtained results are consistent with the European experience of introducing new guidelines for the management of diabetes mellitus. The situation in Ukraine requires further analysis and search for ways to optimize.