

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ
ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ**

Методичні рекомендації

Київ – 2011

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

«УЗГОДЖЕНО»

**Директор Департаменту розвитку медичної
допомоги МОЗ України**

_____ **М.К. ХОБЗЕЙ**

_____ **2011 р.**

**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ**

(Методичні рекомендації)

Київ – 2011

Установи-розробники:

Інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Міжнародний науково-навчальний центр інформаційних технологій та систем НАН
України і МОН України

Українська медична стоматологічна академія

Укладачі:

к.мед.н., доцент	Матюха Л.Ф.	(044)460-99-54
д.мед.н., професор	Гойда Н.Г.	(044)205-49-48
д.мед.н., професор	Слабкий Г.О.	(044)576-41-19
к.мед.н., доцент	Дудіна О.О.	(044)576-41-16
д.мед.н., професор	Коваленко О.С.	(044)503-95-62(64)
м.н.с.	Рогозинська Н.С.	(044)503-95-42(43)
аспірант	Надута-Скрипник О.К.	(061)222-95-81

Рецензенти:

д.мед. н., професор Заремба Є.Х.

д.н. держ. упр. Кризина Н.П.

**Рекомендовано Вченою Радою Українського інституту стратегічних досліджень
МОЗ України від 24 лютого 2011 року. Протокол № 2.**

Зміст

Словник синонімів і скорочень	4
Вступ	5
Обґрунтування системи показників ефективності ПМСД	6
Приклади	12
Розрахунок сумарної оцінки ефективності організації та надання ПМСД	13
Заключення	14
Літературні посилання	15
Додаток 1	17
Додаток 2	42
Додаток 3	45

Словник синонімів і скорочень

АТ	- артеріальний тиск
БПЯ	- безперервне підвищення якості
ВООЗ	- Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗП/СМ	- загальна практика-сімейна медицина
МС	- медичний стандарт
ПМСД	- первинна медико-санітарна допомога
СЛ, лікар ЗП/СЛ, сімейний лікар	- лікар, що надає медичну допомогу на засадах загальної практики-сімейної медицини
УКПМД, ЛКПМД медичної допомоги	- уніфікований і локальний клінічний протокол

Вступ

За визначенням ВООЗ, якість систем охорони здоров'я визначається як рівень досягнення системами охорони здоров'я завдань щодо покращення здоров'я та відповідність справедливим очікуванням населення. ВООЗ запропоновано три основні моделі управління якістю в охороні здоров'я: професійна, бюрократична та індустріальна [1, 2].

Для впровадження в службу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (ПМСД) нами підтримана професійна модель забезпечення якості, яка передбачає: високий кваліфікаційний рівень лікаря, відповідний до прийнятих кваліфікаційних вимог, що є гарантом якості наданої лікарем медичної допомоги; високий рівень організації праці, що повинна забезпечити лікарю всі умови для ефективної роботи і орієнтована на задоволення потреб і очікувань пацієнтів. Оцінка якості медичної допомоги повинна проводитись за допомогою професійної експертизи та аналізу думки пацієнтів.

Внутрішню основу професійній моделі управління якістю ПМСД складає концепція безперервного підвищення якості медичної допомоги (БПЯ) [3-5]. Ідеологія цієї концепції базується на двох положеннях:

1) більша частка проблем якості медичного обслуговування обумовлена не невдачами окремих співробітників, а недоліками системи охорони здоров'я (за даними деяких авторів [6], результативність медичної допомоги на 80–95% залежить від організації та управління);

2) заходи з удосконалення системи повинні бути спрямовані не на потреби медичних закладів, а, передусім, на потреби пацієнтів; і базуватись на чотирьох принципах:

- чітке визначення мети підвищення якості;
- встановлення, розподіл і застосування найкращих результатів (найкраща практика);
- постійна професійна самооцінка і самопідготовка;
- залучення пацієнтів до організації ПМСД.

БПЯ передбачає комплексний та динамічний підхід до удосконалення якості роботи системи охорони здоров'я загалом (системний підхід), як шляхом постійної модифікації та удосконалення результатів діяльності системи в цілому, так і шляхом постійної модифікації та вдосконалення її складових (структура, процес, результат) і взаємозв'язків між ними, виявлення та вирішення існуючих проблем [7, 8].

Основною метою підвищення якості медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні є зміцнення здоров'я громадян, підвищення доступності та ефективності медичної допомоги. При цьому, основним результатом є задоволення потреб пацієнта [9, 10].

У зв'язку з відсутністю індикаторів, за якими можна оцінювати ефективність (процес і результат) ПМСД, в Україні відсутній дієвий контроль якості надання ПМСД. Наслідком цього є збільшення неконтрольованих ефектів лікувально-діагностичного та профілактичного процесу: наприклад, лише 28% пацієнтів в містах і до 50% пацієнтів в сільській місцевості починають і закінчують лікування на рівні ПМСД. Тобто, відсутні дієві інструменти для покращення організації ПМСД, що вкрай важливо для прийняття управлінських рішень [11, 12].

Обґрунтування системи показників ефективності ПМСД

Для визначення та моніторингу якості надання ПМСД ми пропонуємо введення системи показників ефективності ПМСД (Додаток 1). За оціночні критерії якості було взято основні принципи діяльності ПМСД, як спеціальності [13].

Метою запровадження такої системи показників є забезпечення об'єктивної кількісної оцінки медичної, соціальної та економічної ефективності ПМСД, внутрішнього управління якістю (на рівні закладу ПМСД) та зовнішньої гарантії якості (на рівні структур управління охороною здоров'я), забезпечення можливості інформування широких кіл громадськості (пацієнтів, управлінців, професіоналів та ін.) стосовно якості охорони здоров'я. Крім того, індикатори будуть використані для надання МОЗ (і іншим зацікавленим сторонам) чіткої картини впровадження реформ системи охорони здоров'я. Завдяки такому інструменту можна ідентифікувати можливі потенційні проблеми та/або можливості для вдосконалення якості організації медичної допомоги.

Спираючись на узагальнені літературні дані, зокрема на підхід Донабедіана, для забезпечення однорідності методів оцінювання результатів у формі еталонного порівняння ми пропонуємо поділ індикаторів на окремі групи для оцінки структури, процесу і результату [3, 14-18] (рис. 1).

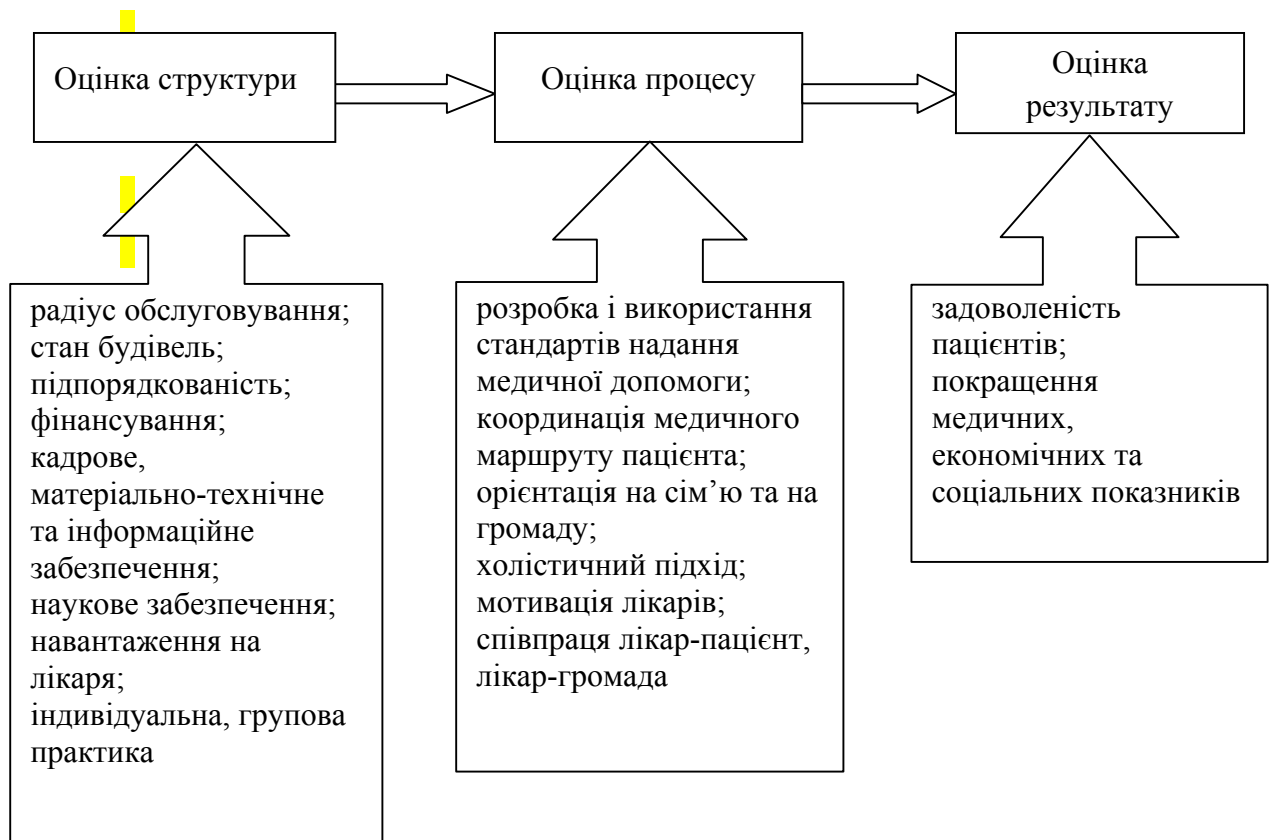


Рис. 1 Оцінка ефективності розвитку ПМСД

Структурний елемент характеризує можливість суб'єкту надавати ПМСД і оцінюється кількістю та якістю ресурсів (нами оцінено фінансування, кадрове забезпечення, наукове забезпечення, навантаження на лікаря, матеріально-технічне і інформаційне забезпечення, доступність медичної допомоги, стан будівель) та організаційних форм надання ПМСД населенню (індивідуальна, групова практика, навантаження на лікаря, управлінська та фінансова підпорядкованість). На оцінку структурної компоненти скеровані заходи з ліцензування медичної діяльності [18]. Вона може визначатися як відносно закладу ПМСД (підрозділу закладу, служби тощо) з його ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним), організацією роботи, так і відносно кожного медичного працівника служби ПМСД. В цьому випадку оцінюються його професійні компетенції: відповідність кваліфікаційній характеристиці, рівень знань, вмінь, практичних в т.ч. комунікативних навичок.

Індикаторами оцінки *структурної* компоненти запропонованої нами системи показників ефективності ПМСД (Додаток 1) є:

- 1) 1.1 Радіус обслуговування (км);
- 2) 1.2 Частка СЛ, серед усіх лікарів закладу ПМСД;
- 3) 1.3 Частка сімейних медичних сестер, серед усіх медсестер закладу ПМСД;

- 4) 1.4 Співвідношення лікарів і медсестер ЗПСМ;
- 5) 1.5 Обслуговування незалежно від віку;
- 6) 1.6 Забезпеченість автотранспортними засобами в робочому стані (для села і міста окремо);
- 7) 1.7 Забезпеченість облананням;
- 8) 1.8 Потреба у капітальному ремонті;
- 9) 1.9 Навантаження лікарів (для села і міста окремо);
- 10) 2.5 Обладнання робочих місць лікарів ПК із ліцензійним програмним забезпеченням;
- 11) 3.2 Договірні відносини між пацієнтами і СЛ/закладом ПМСД;
- 12) 3.3 Членство у професійній асоціації;
- 13) 7.1 Використання у закладі ПМСД технологій клінічних протоколів;
- 14) 7.2 Використання у закладі ПМСД локальних технологій клінічних протоколів;
- 15) 7.3 Частка СЛ, які діяльність яких регулюється угодою між лікарем і закладом ПМСД, серед всіх СЛ;
- 16) 7.4 Бюджетні відрахування на організацію ПМСД.

Процесний елемент включає технології надання ПМСД, тобто виконання медичним персоналом своїх функцій з надання ПМСД, розробку і використання стандартів надання медичної допомоги, координацію надання медичної допомоги, визначення медичного маршруту пацієнта, орієнтацію на сім'ю, орієнтацію на громаду, холістичний (комплексний) підхід, взаємостосунки лікар-пацієнт, в центрі яких перебувають потреби пацієнта.

Індикаторами оцінки *процесної* компоненти запропонованої нами системи показників ефективності ПМСД (Додаток 1) є:

- 1) 2.1 Охоплення пацієнтів опитуванням;
- 2) 2.4 Повідомлення про виявлення побічної дії лікарських засобів;
- 3) 3.1 Направлення на другий та вищий рівні МД;
- 4) 4.1 Охоплення пацієнтів оцінкою індексу маси тіла;
- 5) 4.2 Облік до 12 тижнів вагітності;
- 6) 4.3 Диспансерний облік вагітних впродовж звітного періоду;
- 7) 4.4 Охоплення жінок скрінінгом раку шийки матки впродовж звітного періоду;
- 8) 4.5 Охоплення жінок скрінінгом раку молочної залози впродовж звітного періоду;
- 9) 4.7 Охоплення дітей профілактичними оглядами впродовж звітного періоду;
- 10) 4.8 Охоплення дітей до 1 року плановою вакцинацією;
- 11) 4.9 Охоплення дітей пробами на туберкульоз (реакція Манту);

- 12) 4.10 Охоплення населення профілактичними щепленнями за епідемічними показами;
- 13) 4.11 Виконання програми календаря щеплень;
- 14) 4.12 Консультування з профілактичною метою;
- 15) 4.13 Виконання бактеріоскопічних обстежень;
- 16) 5.2 Скерування в цілодобові стаціонари;
- 17) 5.4 Виявлення онкологічних захворювань візуальних форм (занедбані випадки, 3-4 стадії) впродовж звітнього періоду;
- 18) 5.5 Виявлення захворювання на туберкульоз в занедбаній формі впродовж звітнього періоду;
- 19) 6.1 Навчання з використання технологій клінічних протоколів ПМСД;
- 20) 6.2 Призначення ліків, які не входять до формуляру ПМСД впродовж звітнього періоду;
- 21) 6.3 Підвищення кваліфікації лікарів за принципом «безперервного навчання» (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій та ін.);
- 22) 6.4 Підвищення кваліфікації медсестер за принципом «безперервного навчання» (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій та ін.).

Результат розглянуто як елемент управління, що відображає ефективність та якість наданої ПМСД і націлений на досягнення мети.

Індикаторами оцінки *результату* в запропонованій нами системі показників ефективності ПМСД (Додаток 1) є:

- 1) 2.2 Задоволеність пацієнтів медичним обслуговуванням впродовж звітнього періоду;
- 2) 2.3 Скарги пацієнтів на медичне обслуговування/медичний персонал;
- 3) 4.6 Виключно грудне вигодовування;
- 4) 5.1 Лікування на рівні ПМСД;
- 5) 5.3 Виклики швидкої допомоги до хронічно хворих впродовж звітнього періоду;
- 6) 5.6 Частка дітей віком до 18 років з вперше встановленою інвалідністю;
- 7) 5.7 Частка компенсованих хворих на цукровий діабет;
- 8) 5.8 Диспансерний облік хворих на артеріальну гіпертензію;
- 9) 5.9 Частка пацієнтів з ускладненнями (інсульт, інфаркт) серед хворих на артеріальну гіпертензію та ІХС.

З позиції системного підходу всі вказані елементи є пов'язаними між собою і взаємозалежними.

Результатом наявності недоліків і структурної компоненти (недостатньо розвинута мережа закладів; низький відсоток оснащення закладів та укомплектованості медичним персоналом; низька соціальна захищеність медичних працівників, відсутність диференційованого підходу в оплаті праці, а отже і відтік кваліфікованих медичних кадрів з первинної ланки медичної допомоги; низька доступність ПМСД для населення, особливо у сільській місцевості; відсутність стандартів надання медичної допомоги, створених на принципах доказової медицини тощо), і процесної (недоступність сучасних інформаційних технологій для переважної більшості лікарів ПМСД, відсутність єдиної інформаційної підтримки ПМСД) є високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу у вартісному спеціалізованому лікуванні, екстреній медичній допомозі [19-21].

Аналіз діяльності ПМСД дасть можливість приймати управлінські рішення як на рівні окремого закладу, району чи області, так і на державному рівні, і таким чином впливати на результат – здоров'я населення – через покращення і структурної, й процесної компоненти. Шляхом аналізу показників діяльності кожного звітного періоду можливо досягти значних успіхів у коригуванні недоліків організації медичної допомоги та забезпечити високу чутливість системи ПМСД до очікувань пацієнтів.

Оцінка чутливості системи ПМСД концептуально відображує очікування людей. Тому для оцінки чутливості ВООЗ рекомендує використовувати дані соціологічних опитувань (опитувань пацієнтів) [22]. Враховуючи те, що пацієнт – центральна фігура, на яку спрямована робота системи ПМСД, на нашу думку, для більш повної оцінки ефективності системи ПМСД слід враховувати також задоволеність населення медичною допомогою. Для визначення чутливості системи ПМСД не обов'язково проводити масштабні соціологічні опитування. З цією метою можна запровадити анкети пацієнтів, які отримують послуги на рівні ПМСД, а також використати існуючу статистичну звітність щодо пацієнтів при проведенні моніторингу ПМСД: до діючої статистичної форми [23] ми пропонуємо ввести додатковий розділ, де буде представлено інформацію про пацієнтів, які звернулись до закладу.

Виходячи з вищевикладеного і спираючись на міжнародні характеристики загальної практики-сімейної медицини (ЗП/СМ) як спеціальності, ми пропонуємо індикатори ефективності ПМСД, за якими можна оцінити діяльність, організацію та розвиток ПМСД на місцевому, регіональному і на державному рівні (Додаток 1).

Ці характеристики спеціальності ми узагальнили і розподілили за сімома напрямками (крайня ліва колонка в додатку 1). Перший напрямок – *доступність*. Його можуть характеризувати індикатори, що визначають *структурний* елемент, а саме:

радіус обслуговування закладу ПМСД; частка сімейних лікарів, серед усіх лікарів закладу ПМСД; частка сімейних медичних сестер, серед усіх медсестер закладу ПМСД; співвідношення лікарів і медсестер ЗП/СМ; обслуговування незалежно від віку; забезпеченість автотранспортними засобами в робочому стані (для села і міста окремо); забезпеченість обладнанням згідно табеля, затвердженого МОЗ України; потреба у капітальному ремонті; навантаження лікарів (для села і міста окремо).

Другий напрямок - *підхід орієнтований на пацієнта, сім'ю, громаду*. Пропонуються такі індикатори *структури*, як обладнання робочих місць лікарів ПК із ліцензійним програмним забезпеченням. Індикаторами *процесу* є визначення думки пацієнтів шляхом опитування; наявність повідомлень про виявлення побічної дії лікарських засобів. Індикаторами, що визначають *результат* може бути задоволеність пацієнтів медичним обслуговуванням впродовж звітного періоду; вивчення скарг пацієнтів на медичне обслуговування/медичний персонал.

Для моніторингу дотримання третього напрямку – *співпраця та координація медичної допомоги* – нами запропоновано такі індикатори *процесу* як направлення на другий та вищий рівні медичної допомоги; наявність договірних відносин між лікарем ЗПСМ/закладом ПМСД; членство у професійній асоціації.

Четвертим важливим напрямком є *профілактика*. Характеризувати ефективність такої діяльності можуть показники ефективності *процесу*: охоплення пацієнтів оцінкою індексу маси тіла; постановка на облік вагітної до 12 тижнів вагітності; ведення фізіологічної вагітності; охоплення жінок скрінінгом раку шийки матки впродовж звітного періоду; охоплення жінок скрінінгом раку молочної залози впродовж звітного періоду; охоплення дітей профілактичними оглядами впродовж звітного періоду; охоплення дітей до 1 року плановою вакцинацією; охоплення дітей пробами на туберкульоз (реакція Манту); охоплення населення профілактичними щепленнями за епідемічними показами; консультування з профілактичною метою; виконання бактеріоскопічних обстежень на туберкульоз, дотримання програми календаря щеплень. Індикаторами *результату* можуть бути наступні: питома вага запровадження виключно грудного вигодовування.

Забезпечення медичних потреб пацієнтів є п'ятим принципом ЗП/СМ. Оцінити цей напрямок пропонуємо за індикаторами *результату*, такими як завершення лікування на рівні ПМСД, питома вага скерованих в цілодобові стаціонари; виклики швидкої медичної допомоги до хронічно хворих; частка дітей віком до 18 років з вперше встановленою інвалідністю; частка компенсованих хворих на цукровий діабет; диспансерний облік хворих на артеріальну гіпертензію; частка пацієнтів з ускладненнями (інсульт, інфаркт) серед хворих на артеріальну гіпертензію та ІХС. Індикаторами оцінки *процесу* можуть бути виявлення

онкологічних захворювань візуальних форм (занедбані випадки, 3-4 стадії); виявлення захворювання на туберкульоз в занедбаній формі;

Шостий напрямок - *повнота володіння кваліфікаційними компетенціями* визначається такими процесними компонентами як навички користування технологіями клінічних протоколів ПМСД; вміння застосовувати переважно ліки, що входять до формуляру ПМСД; підвищення кваліфікації лікарів і медичних сестер за принципом «безперервного навчання»;

Розвиток ПМСД є сьомим напрямком оцінки. До *структурних* індикаторів забезпечення цього напрямку відносяться оцінка використання у закладі ПМСД технологій медичних стандартів, уніфікованих та локальних клінічних протоколів; частки СЛ, діяльність яких регулюється угодою між лікарем і закладом ПМСД; бюджетних відрахувань на організацію ПМСД (рівень області, держави).

Більшість індикаторів ефективності ПМСД, представлених у таблиці в Додатку 1, є розрахунковими, комплексними чи відносними показниками. Для визначення їх значень залучено показники діючої статистичної звітності та додаткові показники, частину яких необхідно збирати на рівні окремих закладів/підрозділів ПМСД, а частину – на рівні районних, обласних і державних управлінь. Переліки показників, необхідних для розрахунку індикаторів ефективності на рівні окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД або на рівні районного в місті / районного / обласного / державного управління представлені в Додатках 2 і 3 відповідно.

Приклади

Одним з важливих критеріїв оцінки структури є наближеність закладу ПМСД до пацієнтів. Показником наближеності є відстань від закладу ПМСД до найдалшої території, на якій проживають пацієнти, тобто радіус обслуговування даного закладу. Оцінити організацію ПМСД за цим критерієм можна на рівні лікаря/закладу і на рівні області/держави. Для оцінки на рівні лікаря/закладу використовуються такі оціночні коефіцієнти, що встановлюються за значенням показника відстані: 3 – найкращий – відстань від закладу/підрозділу ПМСД до пацієнтів менше 2 км; 2 – добрий – 2-5 км; 1 – задовільний – понад 5 км; 0 – незадовільний – понад 7 км. На рівні району/області/держави, з метою узагальнення показників, отриманих для визначеної кількості закладів, для їх подальшого аналізу і прийняття управлінських рішень, ми пропонуємо використання оціночного коефіцієнту «частка закладів ПМСД, що розташовані не далі, ніж за 2 км від пацієнтів»: 3 – 90% і більше закладів; 2 – 80-89% закладів; 1 – 50-79% закладів; 0 – менше 50% закладів. Знання результуючого коефіцієнта дозволить впливати на структурну компоненту.

Головним критерієм оцінки процесу є проведення сімейним лікарем профілактичної роботи з населенням громади, залучення членів громади до співпраці. Показниками є виконання плану профілактичних щеплень; координування і профілактичне консультування окремих груп/осіб, які мають фактори ризику. Оціночні коефіцієнти індикатора на рівні лікаря/закладу пропонуються як: зроблено профілактичних щеплень не менше ніж 95% від планової кількості: 3 – більше 95% запланованих; 2 – 50-95%; 1 – 20-49%; 0 – менше, ніж 20%. Отже, знаючи оціночний коефіцієнт, головний лікар амбулаторії, або приватний сімейний лікар, який працює на засадах договору з пацієнтом, може корегувати ефективність власної діяльності з боку організації процесу – може покращити профілактичну роботу. Оціночні коефіцієнти за рівнем індикатора на рівні району, області, держави полягають в оцінці частки закладів ПМСД, які провели не менше 95% профілактичних щеплень від запланованих: 3 – більше 95% закладів; 2 – 50-95% закладів; 1 – 20-49% закладів; 0 – менше 20 % закладів. Аналіз коефіцієнтів дасть можливість впливати на організацію процесу профілактики з боку керівництва.

Важливим критерієм оцінки результату є частка пацієнтів, що закінчили лікування в закладі ПМСД, який характеризує можливість пацієнта вирішити переважну більшість медичних проблем на рівні ПМСД. Індикатором цього критерію є частка пацієнтів, які закінчили лікування на рівні ПМСД серед всіх пацієнтів, які звернулися до лікувального закладу з медичною проблемою. Оціночні коефіцієнти за індикатором на рівні лікаря/закладу такі: 3 – не менше 80% пацієнтів почали і закінчили лікування в умовах закладу ПМСД; 2 – 60-79%; 1 – 40-59%; 0 – лише 20-39% пацієнтів вирішили свої медичні проблеми у закладі ПМСД.

Розрахунок сумарної оцінки ефективності організації та надання ПМСД

Концептуальною схемою комплексної оцінки діяльності ПМСД передбачено вивчення значення кожного індикатора в балах залежно від його вагового коефіцієнта (ступеня впливу діяльності закладу на індикатор). Вагові коефіцієнти ранжирувалися таким чином: максимальний вплив - 1,0, відсутність впливу діяльності закладу на індикатор – 0. До встановлення оцінок індикаторів і вагових коефіцієнтів залучались група експертів – переважно лікарі загальної практики/сімейні лікарі, завідувачі амбулаторій, викладачі кафедр сімейної медицини, всього 244 особи. Після збору показників і розрахунку індикаторів ефективності ПМСД на всіх рівнях, необхідно

помножити порогові оцінки кожного індикатору на вагові коефіцієнти. Після цього результати множень потрібно сумувати окремо за:

- напрямами оцінки;
- характеристиками структури, процесу і результату (перелік індикаторів, що характеризують кожну з трьох компонент подано вище, в п. Обґрунтування системи показників ефективності ПМСД);
- а також скласти загальні суми для отримання єдиної загальної оцінки організації ПМСД.

Найвище значення загальної оцінки організації ПМСД як на рівні окремої лікарської практики/підрозділу/закладу ПМСД становить 103,2 балів, а на рівні районного/обласного чи державного управління – 107,1 балів. При зменшенні цього значення на 30%, а саме - до 72,0 та 75,0 балів відповідно необхідно провести аналіз сумарних оцінок структурної, процесної компонент і результату, а також за напрямами оцінки ефективності ПМСД. Так, найвищим значенням показника структури на рівні області є 37,1, процесу - 49,5 та результату - 21,9 балів, то показником проблеми організації *структури* ПМСД є зниження сумарної оцінки до 26,0 балів, *процесу* – до 35,0 балів, а *результату* – до 15,0 балів.

Граничні мінімальні рівні сумарних оцінок за напрямком доступність ПМСД дорівнює 29,0 балів і вище; підхід орієнтований на пацієнта/громаду – 15,0 балів і вище, співпраця та координація медичної допомоги – 8,0 балів і вище; профілактика – 42,5; вирішення медичних потреб пацієнтів - 28,0 балів і вище; володіння кваліфікаційними компетенціями – 13,0 і вище; розвиток ПМСД – 12,0 і вище.

В іншому разі, тобто якщо сумарна оцінка за кожним з цих напрямків менша ніж визначена, організацію ПМСД за даним напрямком слід вважати проблемною.

Заключення

Виявивши проблемну компоненту системи ПМСД слід провести більш детальний аналіз її складових частин. Використання порогових оцінок та індикаторів ефективності сприяє якнайскорішому, легшому і точнішому виявленні джерела зниження ефективності ПМСД. Після виявлення, слід докласти всіх зусиль для залагодження проблемної ділянки організації первинного рівня медичного забезпечення та створення найкращих умов для підтримання здоров'я населення.

Літературні посилання

1. Кайгородова Т.В. Качество медицинской помощи / Кайгородова Т.В., Михеев П.А. // Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения. – 2005. – Вып.5. – № 6.
2. Шоу Ч. Основы для разработки национальных политик по обеспечению качества в системах здравоохранения / Шоу Ч., Кало И. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2001. – 67 с.
3. Александрова А.Л. Методика мониторинга результативности услуг здравоохранения на муниципальном уровне / Александрова А.Л., Колесник А.Ю., Якимович М.В. – 2005. – 80 с.
4. Салтман Р.Б. Реформы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий; пер. с англ. / Р.Б.Салтман, Дж.Фигейрас. – И.:Геотар Медицина, 2000. – 432 с.
5. Armesto S.G. Health Care Quality Indicators Project 2006 Data Collection Update Report / Armesto S.G., Lapetra M-L. G., Wei L., Kelley E. – OECD Health Working Papers. – 2007. – № 29. – 157 p.
6. Нагорна А.М. Проблема якості в охороні здоров'я / Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.М. – Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
7. Smith P.C. Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы / Smith P.C., Mossialos E., Papanicolas I. – Справочный документ по материалам Европейской Министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения «Системы здравоохранения здоровье-благополучие». – Таллин, 2008. – 24с.
8. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. – Київ, 2009. – 50 с.
9. Гойда Н.Г., Матюха Л.Ф., Слабкий В.Г., Полікова Л.В. Оптимізація первинної медико-санітарної допомоги населенню України / Методичні рекомендації. – Київ, 2010. – 25с.
10. Гойда Н.Г. Якість медичного забезпечення – основна мета охорони здоров'я в Україні / Н. Г. Гойда // Охорона здоров'я України. – 2005. – №3-4 (18-19). – С. 26-29.
11. Москалець Г.М. Сучасний стан моніторингу функціонування системи охорони здоров'я в Україні та за кордоном (огляд літератури) / Г.М Москалець, А.Л. Карлова, Н.В. Якутович та ін. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України – 2003 р. – № 4. – С. 11.
12. Михайлова Ю.В. Организация выявления больных туберкулезом в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (методические рекомендации) / Ю.В. Михайлова, И.М.Сон, Е.И. Скачкова и др. – М. – 2006 г. – 25 с.
13. The European definition of general practice/family medicine. – WONCA EUROPE, 2005 edition. – 31 P. // www.woncaeurope.org.
14. Дубинин С. А., Гуров А. Н. Некоторые положения экономической теории развития здравоохранения // Эконом. здравоохранения. – 2002. – №5-6. – С.29-32.
15. Wilkinson E. Reactions to the use of evidence-based performance indicators in primary care: a qualitative study / Wilkinson E., McColl A., Exworthy M., Roderick P., Smith H., Moore M., Gabbay J. // Qual Health Care. – 2000. – Sep; 9(3). – P. 166–174.
16. Campbell S.M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care / Campbell S.M., Braspenning J., Hutchinson A., Marshall M. // Qual Saf Health Care. – 2002. – Dec;11(4). – P. 358-364.

17. Boonstra E. Adherence to treatment guidelines in primary health care facilities in Botswana / E. Boonstra, M. Lindbaek, P. Khulumani, E. Ngome, P. Fugell / Article first published online: 21 MAR 2002.
18. Donabedian A. The criteria and standards of quality / Health administration Press // Ann. Abor., 1982.
19. Матюха Л.Ф. Сучасний стан та проблеми кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Україні / Матюха Л.Ф., Гойда Н.Г., Жданова М.П., Надутий К.О. // Україна Здоров'я нації. – 2008. – № 2(6). – С. 186-191.
20. Матюха Л.Ф. Аналіз діяльності мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги у сільській місцевості / Матюха Л.Ф., Гойда Н.Г., Жданова М.П., Надутий К.О. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2008. – № 4. – С. 31-37.
21. Збалансовані показники оцінки ефективності екстреної медичної допомоги при ДТП. Методичні рекомендації / Бичков В.В., Коваленко О.С., Слабкий Г.О. – МОЗ України. – 2010 р. – 18 с.
22. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2008 г.: Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо / Всемирная Организация Здравоохранения. – Женева, 2008. – 125 с.
23. Наказ МОЗ від 08.01.2004р №1 «Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації» // www.moz.gov.ua.

Індикатори ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коеф-т	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коеф-т	Методика вимірювання
Доступність ПМСД	1.1	Радіус обслуговування (км)	3 – 2 км і менше; 2 – більше 2 км, але не більше 5 км; 1 – більше 5 км, не більше 7 км; 0 – більше 7 км	0,85	відстань від закладу ПМСД~ до найбільш віддаленого помешкання пацієнтів (км)	Частка закладів ПМСД з радіусом обслуговування не більше 2 км	3 – 95% і більше; 2 – 76-94% включно; 1 – 51-75% включно; 0 – 50% і менше	0,85	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~ з радіусом обслуговування не більше 2 км)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	1.2	Частка СЛ, серед усіх лікарів закладу ПМСД	3 – 85% і більше; 2 – 50-84% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	0,75	100*(кількість лікарів ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД~)/(загальна кількість лікарів, які працюють у закладі ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 85% лікарів є СЛ	3 – 95% і більше; 2 – 50-94% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	0,75	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 85% лікарів є СЛ)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

~ Тут і далі в таблиці Додатку 1 і переліках показників у Додатках 2, 3 «заклад ПМСД» розуміємо як окрему лікарську практику або підрозділ/заклад ПМСД. Для виділення визначень, в яких необхідне саме таке розуміння терміну «заклад ПМСД», пишемо його як «заклад ПМСД~».

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
	1.3	Частка сімейних медичних сестер, серед усіх медсестер закладу ПМСД	3 – 85% і більше; 2 – 50-84% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	0,7	100*(кількість медсестер ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД~)/(загальна кількість медсестер, які працюють у закладі ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 85% медсестер є сімейними медичними сестрами	3 – 95% і більше; 2 – 50-94% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	0,7	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 85% медсестер є сімейними медичними сестрами)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	1.4	Співвідношення лікарів і медсестер ЗП/СМ	3 – 1 : 2 і більше; 2 – 1 : 1,9-1,5 включно; 1 – 1 : 1,4-1,0 включно; 0 – 1 : 1 і менше	0,7	(кількість лікарів ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД~) : ((кількість медсестер ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД~)/(кількість лікарів ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД~))	Частка закладів ПМСД, в яких на 1 СЛ припадає не менше 2 сімейних медсестер	3 – 95% і більше; 2 – 50-94% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	0,7	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких на 1 СЛ припадає не менше 2 медсестер ЗПСМ)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	1.5	Обслуговування незалежно від віку	3 – 70% і більше; 2 – 50-69% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	0,85	100*(кількість лікарів у закладі ПМСД~, які обслуговують пацієнтів будь-якого віку)/(загальна кількість лікарів, які працюють у закладі ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких більше 70% лікарів обслуговують пацієнтів будь-якого віку	3 – 95% і більше; 2 – 50-94% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	0,8	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 70% лікарів обслуговують пацієнтів будь-якого віку)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
	1.6	Забезпеченість автотранспортними засобами в робочому стані (для села і міста окремо)	3 – 95% і більше; 2 – 50-94% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	0,95	100*(кількість автотранспортних засобів у робочому стані, наявних у закладі ПМСД~)/(кількість автотранспортних засобів, передбачена нормативами для відповідного типу закладу ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, які забезпечені автотранспортом в робочому стані не менше, ніж на 95% від нормативу	3 – 95% і більше; 2 – 50-94% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	0,95	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, які забезпечені автотранспортними засобами в робочому стані не менше, ніж на 95% від нормативу)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	1.7	Забезпеченість обладнанням	3 – 100% і більше; 2 – 95-99% включно; 1 – 50-94% включно; 0 – 50% і менше	0,95	100*(кількість наявного у закладі ПМСД~ обладнання всіх призначень)/(кількість обладнання всіх призначень, передбачена таблицею оснащення для відповідного типу закладу ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, які забезпечені обладнанням не менше за 95% нормативу	3 – 95% і більше; 2 – 50-94% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	0,95	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, які забезпечені обладнанням всіх призначень не менше, ніж передбачено нормативом)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	1.8					Потреба у капітальному ремонті	3 – 1% і менше; 2 – 2-5% включно; 1 – 6-9% включно; 0 – 10% і більше	0,7	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, приміщення яких потребують капітального ремонту)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напрямок оцінки	№ з/п	<i>На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)</i>				<i>На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)</i>			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
	1.9	Навантаження лікарів (для села і міста окремо)	3 – 1% і менше; 2 – 2-50% включно; 1 – 51-97% включно; 0 – 98% і більше	0,75	100*(кількість лікарів у закладі ПМСД~, навантаження яких на 30% вище за таке, що передбачене нормативом для відповідного типу закладу ПМСД~)/(загальна кількість лікарів, які працюють у закладі ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких більше 80% лікарів мають навантаження на 30% вище за нормативне	3 – 10% і менше; 2 – 11-50% включно; 1 – 51-80% включно; 0 – 81% і більше	0,75	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких більше 80% лікарів мають навантаження на 30% вище за нормативне)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
Підхід орієнтований на пацієнта, громаду	2.1	Визначення думки пацієнтів шляхом опитування	3 – 90% і більше; 2 – 70-89% включно; 1 – 41-69% включно; 0 – 40% і менше	0,65	100*(кількість заповнених впродовж звітнього періоду анкет пацієнтів (не враховуючи зіпсовані та видані повторно))/(загальна кількість звернень пацієнтів до закладу ПМСД~ по медичну допомогу впродовж звітнього періоду)	Частка закладів ПМСД, в яких опитано не менше 90% пацієнтів, які звернулись по медичну допомогу впродовж звітнього періоду	3 – 95% і більше; 2 – 50-94% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	0,65	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких опитано не менше 90% пацієнтів, які звернулись по медичну допомогу впродовж звітнього періоду)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напря́м оці́нки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
	2.2	Задоволеність пацієнтів медичним обслуговуванням впродовж звітного періоду	3 – 65% і більше; 2 – 50-64% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	0,75	100*(сума значень оцінки задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням з усіх анкет пацієнтів (не враховуючи зіпсовані та видані повторно), заповнених впродовж звітного періоду)/(кількість заповнених впродовж звітного періоду анкет пацієнтів (не враховуючи зіпсовані та видані повторно) * максимальне значення анкетної оцінки задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням)	Частка закладів ПМСД, в яких середній бал задоволеності медичним обслуговуванням впродовж звітного періоду складає не менше 65% від максимального	3 – 90% і більше; 2 – 50-89% включно; 1 – 11-49% включно; 0 – 10% і менше	0,75	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких середній бал задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням впродовж звітного періоду складає не менше 65% від максимального анкетного балу)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
	2.3	Скарги пацієнтів на медичне обслуговування/медичний персонал	3 – 5% і менше; 2 – 6-7% включно; 1 – 8-10% включно; 0 – 11% і більше	0,65	100*(кількість пацієнтів, які звернулись зі скаргою на організацію роботи або медичний персонал закладу ПМСД~ впродовж звітнього періоду)/(загальна кількість пацієнтів, які звернулись до закладу ПМСД~ по медичну допомогу впродовж звітнього періоду)	Частка закладів ПМСД, в яких не більше 5% пацієнтів звернулись зі скаргами впродовж звітнього періоду	3 – 95% і більше; 2 – 50-94% включно; 1 – 21-49% включно; 0 – 20% і менше	0,65	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не більше 5% пацієнтів звернулись зі скаргами впродовж звітнього періоду)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	2.4	Повідомлення про виявлення побічної дії лікарських засобів	3 – 8 і більше; 2 – 6-7 включно; 1 – 4-5 включно; 0 – 3 і менше	0,7	(кількість повідомлень щодо виявленої побічної дії лікарського засобу, наданих впродовж звітнього періоду в установленому порядку)/(кількість лікарів ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких на 1 СЛ припадає не менше 8 повідомлень щодо побічної дії ліків	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 41-59% включно; 0 – 40% і менше	0,7	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких на 1 СЛ припадає не менше 8 повідомлень щодо побічної дії лікарського засобу, наданих впродовж звітнього періоду в установленому порядку)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напрямок оцінки	№ з/п	<i>На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)</i>				<i>На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)</i>			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
	2.5	Обладнання робочих місць лікарів ПК із ліцензійним програмним забезпеченням	3 – 90% і більше; 2 – 70-89% включно; 1 – 41-69% включно; 0 – 40% і менше	0,8	100*(кількість наявних у закладі ПМСД~ ПК з ліцензійним програмним забезпеченням)/(загальна кількість лікарів, які працюють у закладі ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 90% робочих місць лікарів мають ПК із ліцензійним програмним забезпеченням	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,8	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 90% робочих місць лікарів обладнані ПК з ліцензійним програмним забезпеченням)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
Співпраця та координація медичної допомоги	3.1	Направлення на другий та вищий рівні МД	3 – 20% і менше; 2 – 21-50% включно; 1 – 51-70% включно; 0 – 71% і більше	0,65	100*(кількість пацієнтів, направлених на II та вище рівні МД впродовж звітної періоду)/(загальна кількість пацієнтів, які звернулись до закладу ПМСД~ по медичну допомогу впродовж звітної періоду)	Частка закладів ПМСД, в яких не більше 20% пацієнтів скеровуються на другий та вище рівні медичної допомоги	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,65	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не більше 20% пацієнтів направлено на II та вище рівні МД впродовж звітної періоду)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
	3.2	Договірні відносини між пацієнтами і СЛ/закладом ПМСД	3 – 90% і більше; 2 – 75-89% включно; 1 – 50-74% включно; 0 – 49% і менше	0,7	100*(кількість пацієнтів, які уклали договір про медичне обслуговування між пацієнтом і закладом ПМСД~)/(загальна кількість населення, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 90% всіх пацієнтів уклали договори щодо медичного обслуговування	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,7	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 90% пацієнтів уклали договори про медичне обслуговування)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
3.3	Членство у професійній асоціації	3 – 95% і більше; 2 – 70-94% включно; 1 – 40-69% включно; 0 – 39% і менше	0,6	100*(кількість лікарів і медсестер, які працюють у закладі ПМСД~ і є членами професійної асоціації)/(загальна кількість лікарів і медсестер, які працюють у закладі ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 95% лікарів і медсестер є членами професійної асоціації	3 – 95% і більше; 2 – 70-94% включно; 1 – 40-69% включно; 0 – 39% і менше	0,6	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 95% лікарів і медсестер є членами професійної асоціації)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)	

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
Профілактика	4.1	Охоплення пацієнтів оцінкою індексу маси тіла	3 – 90% і більше; 2 – 75-89% включно; 1 – 50-74% включно; 0 – 49% і менше	0,75	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД~ віком 18 років і старше, яким впродовж звітного періоду проведено оцінку індексу маси тіла)/(кількість пацієнтів віком 18 років і старше, які звернулись до закладу ПМСД~ по медичну допомогу впродовж звітного періоду)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше як 90% пацієнтів проведено оцінку індексу маси тіла впродовж звітного періоду	3 – 90% і більше; 2 – 75-89% включно; 1 – 50-74% включно; 0 – 49% і менше	0,75	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше як 90% пацієнтів проведено оцінку індексу маси тіла впродовж звітного періоду)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	4.2	Облік до 12 тижнів вагітності	3 – 85% і більше; 2 – 80-84% включно; 1 – 75-79% включно; 0 – 74% і менше	0,8	100*(кількість жінок, взятих на облік з приводу вагітності на терміні 0-12 тижнів вагітності впродовж звітного періоду)/(загальна кількість жінок, взятих на облік в закладі ПМСД~ з приводу вагітності впродовж звітного періоду)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 85% вагітних взято на облік до 12 тижнів вагітності впродовж звітного періоду	3 – 95% і більше; 2 – 80-94% включно; 1 – 75-79% включно; 0 – 74% і менше	0,8	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 85% вагітних взято на облік до 12 тижнів вагітності впродовж звітного періоду)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напря́м оці́нки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коеф-т	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коеф-т	Методика вимірювання
	4.3	Диспансерний облік вагітних впродовж звітного періоду (фізіологічна вагітність)	3 – 90% і більше; 2 – 80-89% включно; 1 – 75-79% включно; 0 – 74% і менше	0,8	100*(загальна кількість жінок, взятих на облік в закладі ПМСД~ з приводу вагітності впродовж звітного періоду)/(загальна кількість жінок з фізіологічною вагітністю, які проживали в радіусі обслуговування закладу ПМСД~ впродовж звітного періоду)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 90% вагітних перебувають на диспансерному обліку в закладі ПМСД	3 – 95% і більше; 2 – 80-94% включно; 1 – 75-79% включно; 0 – 74% і менше	0,8	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 90% вагітних взято на диспансерний облік впродовж звітного періоду)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	4.4	Охоплення жінок скрінінгом раку шийки матки впродовж звітного періоду	3 – 90% і більше; 2 – 80-89% включно; 1 – 75-79% включно; 0 – 74% і менше	0,8	100*(кількість жінок віком 18 років і старше, які проходили скрінінг раку шийки матки впродовж звітного періоду)/(загальна кількість жінок віком 18 років і старше, які звернулись до закладу ПМСД~ по медичну допомогу впродовж звітного періоду)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 90% пацієнок віком від 18 років проходили скрінінг раку шийки матки	3 – 95% і більше; 2 – 80-94% включно; 1 – 75-79% включно; 0 – 74% і менше	0,8	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 90% пацієнок віком від 18 років проходили скрінінг раку шийки матки впродовж звітного періоду)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напря́м оці́нки	№ з/п	<i>На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)</i>				<i>На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)</i>			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коеф-т	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коеф-т	Методика вимірювання
	4.5	Охоплення жінок скрінінгом раку молочної залози впродовж звітного періоду	3 – 90% і більше; 2 – 80-89% включно; 1 – 75-79% включно; 0 – 74% і менше	0,8	100*(кількість жінок віком 45 років і старше, які проходили скрінінг раку молочної залози впродовж звітного періоду)/(загальна кількість жінок віком 45 років і старше, які звернулись до закладу ПМСД~ по медичну допомогу впродовж звітного періоду)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 90% пацієток віком від 45 років проходили скрінінг раку молочної залози	3 – 95% і більше; 2 – 80-94% включно; 1 – 75-79% включно; 0 – 74% і менше	0,8	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 90% пацієток віком від 45 років проходили скрінінг раку молочної залози впродовж звітного періоду)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	4.6	Виключно грудне вигодовування	3 – 75% і більше; 2 – 70-74% включно; 1 – 65-69% включно; 0 – 64% і менше	0,75	100*(кількість немовлят, які продовж звітного періоду перебували на виключно грудному вигодовуванні до досягнення віку 6 місяців)/(загальна кількість пацієнтів закладу ПМСД~ віком до 6 місяців впродовж звітного періоду)	Частка закладів, в яких не менше 75% пацієнтів віком до 6 місяців перебували на виключно грудному вигодовуванні	3 – 95% і більше; 2 – 80-94% включно; 1 – 75-79% включно; 0 – 74% і менше	0,75	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 75% пацієнтів віком до 6 місяців перебували на виключно грудному вигодовуванні впродовж звітного періоду)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
	4.7	Охоплення дітей профілактичними оглядами впродовж звітного періоду	3 – 95% і більше; 2 – 70-94% включно; 1 – 65-69% включно; 0 – 64% і менше	0,8	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД~ віком до 18 років, яким впродовж звітного періоду проведено профілактичний огляд)/(загальна кількість населення віком до 18 років, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 75% населення віком до 18 років пройшло профілактичні огляди впродовж звітного періоду	3 – 98% і більше; 2 – 90-97% включно; 1 – 85-89% включно; 0 – 84% і менше	0,8	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 75% населення віком до 18 років пройшло профілактичні огляди впродовж звітного періоду)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	4.8	Охоплення дітей до 1 року плановою вакцинацією	3 – 98% і більше; 2 – 90-97% включно; 1 – 85-89% включно; 0 – 84% і менше	0,8	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД~ віком до 1 року, яким впродовж звітного періоду проведено вакцинацію проти дифтерії, правцю та кашлюку)/(загальна кількість населення віком до 1 року, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 98% населення віком до 1 року отримали вакцинацію проти дифтерії, правцю та кашлюку	3 – 98% і більше; 2 – 90-97% включно; 1 – 85-89% включно; 0 – 84% і менше	0,8	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 98% населення віком до 1 року пройшло вакцинацію проти дифтерії, правцю та кашлюку впродовж звітного періоду)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
	4.9	Охоплення дітей пробами на туберкульоз (реакція Манту)	3 – 98% і більше; 2 – 90-97% включно; 1 – 85-89% включно; 0 – 84% і менше	0,7	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД~ віком до 18 років, яким впродовж звітного періоду проведено пробу на туберкульоз (реакція Манту))/(загальна кількість населення віком до 18 років, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 98% пацієнтів віком до 18 років проведено пробу на туберкульоз	3 – 98% і більше; 2 – 90-97% включно; 1 – 85-89% включно; 0 – 84% і менше	0,7	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 98% населення віком до 18 років проведено проби на туберкульоз (реакція Манту) впродовж звітного періоду)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	4.10	Охоплення населення профілактичними щепленнями за епідемічними і показами	3 – 95% і більше; 2 – 80-94% включно; 1 – 71-79% включно; 0 – 70% і менше	0,7	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД~, яким впродовж звітного періоду проведено профілактичні щеплення за епідемічними показами)/(загальна кількість населення, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 95% населення охоплено профілактичними і щепленнями за епідемічними показами	3 – 95% і більше; 2 – 80-94% включно; 1 – 71-79% включно; 0 – 70% і менше	0,7	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 95% населення охоплено профілактичними щепленнями за епідемічними показами впродовж звітного періоду)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
		4.11	Виконання програми календаря щеплень	3 – 98% і більше; 2 – 90-97% включно; 1 – 85-89% включно; 0 – 84% і менше	0,8	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД~ віком до 3 років, які отримують вакцинацію згідно календаря щеплень)/(загальна кількість населення віком до 3 років, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 98% пацієнтів віком до 3 років виконують програму календаря щеплень	3 – 98% і більше; 2 – 90-97% включно; 1 – 85-89% включно; 0 – 84% і менше	0,8
4.12	Консультавання з профілактичною метою	3 – 45% і більше; 2 – 40-44% включно; 1 – 11-39% включно; 0 – 10% і менше	0,9	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД~, яким впродовж звітного періоду проведено консультації з профілактичною метою)/(загальна кількість пацієнтів, які звернулись до закладу ПМСД~ по медичну допомогу впродовж звітного періоду)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 45% пацієнтів отримали консультації з профілактичною метою	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,9	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 45% пацієнтів впродовж звітного періоду отримали консультації з профілактичною метою)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)	

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
	4.13	Виконання бактеріоскопічних обстежень	3 – 80% і більше; 2 – 70-79% включно; 1 – 65-69% включно; 0 – 64% і менше	0,7	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД~, яким впродовж звітного періоду проведено бактеріоскопічне обстеження)/(кількість пацієнтів закладу ПМСД~, направлених на бактеріоскопічне обстеження впродовж звітного періоду)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 80% пацієнтів, яким необхідне бактеріоскопічне обстеження, пройшли таке обстеження	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,7	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 80% пацієнтів, направлених на бактеріоскопічне обстеження впродовж звітного періоду, пройшли таке обстеження)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
Вирішення медичних потреб пацієнтів в т.ч. невідкладних	5.1	Завершення лікування на рівні ПМСД	3 – 80% і більше; 2 – 70-79% включно; 1 – 65-69% включно; 0 – 64% і менше	0,8	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД~, які впродовж звітного періоду почали і закінчили лікування на рівні ПМСД)/(загальна кількість пацієнтів, які звернулись до закладу ПМСД~ по медичну допомогу впродовж звітного періоду)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 80% пацієнтів завершують лікування в умовах закладу ПМСД	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,8	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 80% пацієнтів почали і закінчили лікування на рівні ПМСД впродовж звітного періоду)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
	5.2	Скерування в цілодобові стаціонари	3 – 15% і менше; 2 – 16-20% включно; 1 – 21-24% включно; 0 – 25% і більше	0,7	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД~, які впродовж звітнього періоду були скеровані в цілодобові стаціонари (всі нозології))/(загальна кількість пацієнтів, які звернулись до закладу ПМСД~ по медичну допомогу впродовж звітнього періоду)	Частка закладів ПМСД, в яких не більше 15% пацієнтів, які звернулись впродовж звітнього періоду, скеровані в цілодобові стаціонари	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,7	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких до цілодобових стаціонарів скеровано не більше 15% пацієнтів, які звернулись до закладу ПМСД~ впродовж звітнього періоду)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	5.3	Виклики швидкої допомоги до хронічно хворих	3 – 5% і менше; 2 – 6-15% включно; 1 – 16-20% включно; 0 – 21% і більше	0,75	100*(кількість викликів швидкої допомоги до хронічних хворих, які проживають у радіусі обслуговування закладу ПМСД~, впродовж звітнього періоду)/(загальна кількість викликів швидкої допомоги до населення, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД~, впродовж звітнього періоду)	Частка закладів ПМСД, в яких виклики швидкої допомоги до хронічно хворих становлять не більше 5% від загальної кількості за звітний період	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,75	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, виклики швидкої допомоги до хронічно хворих становлять не більше 5% від загальної кількості за звітний період)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
	5.4	Виявлення онкологічних захворювань візуальних форм (занедбані випадки, 3-4 стадії) впродовж звітного періоду	3 – 5% і менше; 2 – 6-15% включно; 1 – 16-20% включно; 0 – 21% і більше	0,8	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД~, в яких впродовж звітного періоду вперше виявлено онкологічні захворювання у візуальній формі (занедбані випадки, III-IV стадія))/(кількість пацієнтів закладу ПМСД~, в яких впродовж звітного періоду вперше виявлено онкологічні захворювання)	Частка закладів ПМСД, в яких впродовж звітного періоду візуальні форми захворювань вперше виявлено не більше, ніж у 5% пацієнтів з вперше виявленими онкологічними захворюваннями	3 – 80% і більше; 2 – 60-79% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,8	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких впродовж звітного періоду візуальні форми онкологічних захворювань вперше виявлено не більше, ніж у 5% пацієнтів з вперше виявленими онкологічними захворюваннями)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
	5.5	Виявлення захворювання на туберкульоз в занедбаній формі впродовж звітного періоду	3 – 5% і менше; 2 – 6-15% включно; 1 – 16-20% включно; 0 – 21% і більше	0,8	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД~, в яких впродовж звітного періоду вперше виявлено захворювання на туберкульоз у занедбаній формі)/(кількість пацієнтів закладу ПМСД~, в яких впродовж звітного періоду вперше виявлено захворювання на туберкульоз)	Частка закладів ПМСД, в яких впродовж звітного періоду занедбані форми туберкульозу вперше виявлено не більше, ніж у 5% пацієнтів з вперше виявленими захворюваннями на туберкульоз	3 – 80% і більше; 2 – 60-79% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,8	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких впродовж звітного періоду занедбані форми туберкульозу вперше виявлено не більше, ніж у 5% пацієнтів з вперше виявленими захворюваннями на туберкульоз)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	5.6	Частка дітей віком до 18 років з вперше встановленою інвалідністю	3 – 2% і менше; 2 – 3-5% включно; 1 – 6-10% включно; 0 – 11% і більше	0,6	100*(кількість пацієнтів закладу ПМСД~ віком до 18 років з вперше встановленою інвалідністю)/(загальна кількість населення віком до 18 років, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких встановлено не більше 2% первинного виходу на інвалідність населення віком до 18 років	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,6	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких встановлено не більше 2% первинного виходу на інвалідність населення віком до 18 років)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
	5.7	Частка компенсованих хворих на цукровий діабет	3 – 50% і більше; 2 – 40-49% включно; 1 – 25-39% включно; 0 – 24% і менше	0,7	100*(кількість хворих на цукровий діабет, які перебувають на диспансерному обліку в закладі ПМСД~ та є компенсованими)/(кількість хворих на цукровий діабет, які проживають в радіусі обслуговування закладу ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 50% населення, хворого на цукровий діабет, є компенсованим	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,7	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 50% населення, хворого на цукровий діабет, є компенсованим)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	5.8	Диспансерний облік хворих на артеріальну гіпертензію	3 – 75% і більше; 2 – 70-74% включно; 1 – 65-69% включно; 0 – 64% і менше	0,8	100*(кількість хворих на артеріальну гіпертензію, які перебувають на диспансерному обліку в закладі ПМСД~ та мають контрольований рівень АТ)/(кількість хворих на артеріальну гіпертензію, які проживають в радіусі обслуговування закладу ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 75% пацієнтів з артеріальною гіпертензією мають контрольовані рівні АТ	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,8	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 75% пацієнтів з артеріальною гіпертензією мають контрольовані рівні АТ)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
	5.9	Частка пацієнтів з ускладненнями (інсульт, інфаркт) серед хворих на артеріальну гіпертензію та ІХС	3 – 15% і менше; 2 – 16-20% включно; 1 – 21-24% включно; 0 – 25% і більше	0,8	100*(кількість пацієнтів, які перебували на диспансерному обліку в закладі ПМСД~ із захворюваннями на артеріальну гіпертензію та ІХС і мали ускладнення (інсульт, інфаркт) впродовж звітного періоду)/(кількість пацієнтів, які перебували на диспансерному обліку в закладі ПМСД~ із захворюваннями на артеріальну гіпертензію та ІХС впродовж звітного періоду)	Частка закладів ПМСД, в яких не більше 15% пацієнтів на диспансерному обліку з захворюваннями на артеріальну гіпертензію та ІХС мають ускладнення	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,8	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не більше 15% пацієнтів на диспансерному обліку з захворюваннями на артеріальну гіпертензію та ІХС мають ускладнення)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
Повнота володіння кваліфікаційними компетенціями	6.1	Навчання з використання технологій клінічних протоколів ПМСД	3 – 80% і більше; 2 – 50-79% включно; 1 – 35-49% включно; 0 – 34% і менше	0,7	100*(кількість технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій УКПМДМ та ЛПМД), щодо використання яких проведено навчання медичного персоналу закладу ПМСД~)/(кількість всіх діючих технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій УКПМДМ та ЛПМД))	Частка закладів ПМСД, в яких проведено навчання медичного персоналу щодо використання не менше 80% технологій клінічних протоколів ПМСД	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,7	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких проведено навчання медичного персоналу щодо використання не менше 80% технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій УКПМДМ та ЛПМД))/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	6.2	Призначення ліків, які не входять до формуляру ПМСД впродовж звітного періоду	3 – 5% і менше; 2 – 6-15% включно; 1 – 16-20% включно; 0 – 21% і більше	0,75	100*(кількість випадків призначення ліків, які не входять до формуляру ПМСД, лікарями закладу ПМСД~ впродовж звітного періоду)/((загальна кількість випадків призначення ліків лікарями закладу ПМСД~ впродовж звітного періоду)*(загальна кількість лікарів, які працюють у закладі ПМСД~))	Частка закладів ПМСД, в яких впродовж звітного періоду на 1 лікаря припадало не більше 5% призначень ліків, що не входять до формуляру ПМСД	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,75	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких впродовж звітного періоду на 1 лікаря припадало не більше 5% призначень ліків, що не входять до формуляру ПМСД)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
	6.3	Підвищення кваліфікації лікарів за принципом «безперервного навчання» (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій та ін.)	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,85	100*(кількість лікарів закладу ПМСД~, які підвищували свою кваліфікацію за принципом «безперервного навчання» (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій та ін.) впродовж звітного періоду)/(загальна кількість лікарів, які працюють у закладі ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 95% лікарів впродовж звітного періоду підвищували свою кваліфікацію за принципом «безперервного навчання»	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,85	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 95% лікарів впродовж звітного періоду підвищували свою кваліфікацію за принципом «безперервного навчання» (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій та ін.))/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напрямок оцінки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
		6.4	Підвищення кваліфікації медсестер за принципом «безперервного навчання» (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій та ін.)	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,8	100*(кількість медичних сестер закладу ПМСД~, які підвищували свою кваліфікацію за принципом «безперервного навчання» (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій та ін.) впродовж звітного періоду)/(загальна кількість медсестер, які працюють у закладі ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 95% медсестер впродовж звітного періоду підвищували свою кваліфікацію за принципом «безперервного навчання»	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,8

Напрямок оцінки	№ з/п	<i>На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)</i>				<i>На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)</i>			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коефіцієнт	Методика вимірювання
Розвиток ПМСД	7.1	Використання у закладі ПМСД технологій медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги	3 – 80% і більше; 2 – 50-79% включно; 1 – 35-49% включно; 0 – 34% і менше	0,8	100*(кількість технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій УКПМДМ та ЛПМД), що використовуються в роботі закладу ПМСД~)/(кількість всіх діючих технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій МС, УКПМД))	Частка закладів ПМСД, в яких використовують не менше 80% діючих технологій клінічних протоколів з надання ПМСД	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,75	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких використовують не менше 80% діючих технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій МС, УКПМД та)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	7.2	Використання у закладі ПМСД локальних протоколів медичної допомоги	3 – 80% і більше; 2 – 50-79% включно; 1 – 35-49% включно; 0 – 34% і менше	0,8	100*(кількість локальних технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій ЛПМД), що використовуються в роботі закладу ПМСД~)/(кількість всіх діючих локальних технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій та ЛПМД))	Частка закладів ПМСД, в яких використовують не менше 80% діючих локальних технологій клінічних протоколів з надання ПМСД	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,75	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких використовують не менше 80% діючих локальних технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій ЛПМД))/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)

Напря́м оці́нки	№ з/п	На рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління)			
		Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коеф-т	Методика вимірювання	Індикатори	Оцінка індикатора	Ваговий коеф-т	Методика вимірювання
	7.3	Частка СЛ, діяльність яких регулюється угодою між лікарем і закладом ПМСД, серед всіх СЛ	3 – 80% і більше; 2 – 50-79% включно; 1 – 35-49% включно; 0 – 34% і менше	0,85	100*(кількість лікарів ЗПСМ, діяльність яких у закладі ПМСД~ регулюється угодою між лікарем і закладом)/(кількість лікарів ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД~)	Частка закладів ПМСД, в яких не менше 80% СЛ працюють за угодою між лікарем і закладом	3 – 95% і більше; 2 – 60-94% включно; 1 – 21-59% включно; 0 – 20% і менше	0,80	100*(кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 80% лікарів ЗПСМ працюють за угодою між лікарем і закладом)/(загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~)
	7.4					Бюджетні відрахування на організацію ПМСД	3 – 20% і більше; 2 – 10-19% включно; 1 – 5-9% включно; 0 – 4% і менше	0,8	100*(розмір бюджетних відрахувань на організацію ПМСД)/(розмір бюджетних відрахувань на охорону здоров'я)

- характеризує *структуру*
- характеризує *процес*
- характеризує *результат*

Додаток 2

Перелік показників, які необхідно зібрати на рівні закладу ПМСД~ (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД) для розрахунку індикаторів ефективності організації та надання ПМСД

Відомості про заклад ПМСД~

1. Відстань від закладу ПМСД~ до найбільш віддаленого помешкання пацієнтів (км).
2. Загальна кількість лікарів і медсестер, які працюють у закладі ПМСД~.
3. Загальна кількість лікарів, які працюють у закладі ПМСД~.
4. Загальна кількість медсестер, які працюють у закладі ПМСД~.
5. Кількість лікарів ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД~.
6. Кількість медсестер ЗПСМ, які працюють у закладі ПМСД~.
7. Кількість лікарів ЗПСМ, діяльність яких у закладі ПМСД~ регулюється угодою між лікарем і закладом.
8. Кількість лікарів закладу ПМСД~, які підвищували свою кваліфікацію за принципом «безперервного навчання» (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій та ін.) впродовж звітнього періоду.
9. Кількість медичних сестер закладу ПМСД~, які підвищували свою кваліфікацію за принципом «безперервного навчання» (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій та ін.) впродовж звітнього періоду.
10. Кількість лікарів і медсестер, які працюють у закладі ПМСД~ і є членами професійної асоціації.
11. Кількість лікарів у закладі ПМСД~, навантаження яких на 30% вище за таке, що передбачене нормативом для відповідного типу закладу ПМСД~.
12. Кількість лікарів у закладі ПМСД~, які обслуговують пацієнтів будь-якого віку.
13. Кількість автотранспортних засобів у робочому стані, наявних у закладі ПМСД~.
14. Кількість автотранспортних засобів, передбачена нормативами для відповідного типу закладу ПМСД~.
15. Кількість наявних у закладі ПМСД~ ПК з ліцензійним програмним забезпеченням.
16. Кількість наявного у закладі ПМСД~ обладнання всіх призначень.
17. Кількість обладнання всіх призначень, передбачена табелем оснащення для відповідного типу закладу ПМСД~.
18. Кількість випадків призначення ліків, які не входять до формуляру ПМСД, лікарями закладу ПМСД~ впродовж звітнього періоду.
19. Загальна кількість випадків призначення ліків лікарями закладу ПМСД~ впродовж звітнього періоду.
20. Кількість повідомлень щодо виявленої побічної дії лікарського засобу, наданих впродовж звітнього періоду в установленому порядку.
21. Кількість всіх діючих локальних технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій УКПМДМ та ЛПМД).

22. Кількість всіх діючих технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій УКПМДМ та ЛПМД).

23. Кількість локальних технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій УКПМДМ та ЛПМД), що використовуються в роботі закладу ПМСД~.

24. Кількість технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій УКПМДМ та ЛПМД), що використовуються в роботі закладу ПМСД~.

25. Кількість технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій УКПМДМ та ЛПМД), щодо використання яких проведено навчання медичного персоналу закладу ПМСД~.

Відомості про пацієнтів закладу ПМСД~

1. Кількість пацієнтів, які уклали договір про медичне обслуговування між пацієнтом і закладом ПМСД~.

2. Загальна кількість пацієнтів, які звернулись до закладу ПМСД~ по медичну допомогу впродовж звітнього періоду.

3. Загальна кількість звернень пацієнтів до закладу ПМСД~ по медичну допомогу впродовж звітнього періоду.

4. Кількість пацієнтів віком 18 років і старше, які звернулись до закладу ПМСД~ по медичну допомогу впродовж звітнього періоду.

5. Загальна кількість пацієнтів закладу ПМСД~ віком до 6 місяців впродовж звітнього періоду.

6. Загальна кількість жінок віком 18 років і старше, які звернулись до закладу ПМСД~ по медичну допомогу впродовж звітнього періоду.

7. Загальна кількість жінок віком 45 років і старше, які звернулись до закладу ПМСД~ по медичну допомогу впродовж звітнього періоду.

8. Кількість заповнених впродовж звітнього періоду анкет пацієнтів (не враховуючи зіпсовані та видані повторно).

9. Сума значень оцінки задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням з усіх анкет пацієнтів (не враховуючи зіпсовані та видані повторно), заповнених впродовж звітнього періоду.

10. Кількість пацієнтів, які звернулись зі скаргою на організацію роботи або медичній персонал закладу ПМСД~ впродовж звітнього періоду.

11. Загальна кількість жінок, взятих на облік в закладі ПМСД~ з приводу вагітності впродовж звітнього періоду.

12. Кількість жінок, взятих на облік з приводу вагітності на терміні 0-12 тижнів вагітності впродовж звітнього періоду.

13. Кількість немовлят, які впродовж звітнього періоду перебували на виключно грудному вигодовуванні до досягнення віку 6 місяців.

14. Кількість пацієнтів закладу ПМСД~ віком до 1 року, яким впродовж звітнього періоду проведено вакцинацію проти дифтерії, правцю та кашлюку.

15. Кількість пацієнтів закладу ПМСД~ віком до 3 років, які отримують вакцинацію згідно календаря щеплень.

16. Кількість пацієнтів закладу ПМСД~ віком до 18 років з вперше встановленою інвалідністю.

17. Кількість пацієнтів закладу ПМСД~ віком до 18 років, яким впродовж звітнього періоду проведено пробу на туберкульоз (реакція Манту).

18. Кількість пацієнтів закладу ПМСД~ віком до 18 років, яким впродовж звітнього періоду проведено профілактичний огляд.

19. Кількість пацієнтів закладу ПМСД~ віком 18 років і старше, яким впродовж звітнього періоду проведено оцінку індексу маси тіла.

20. Кількість жінок віком 18 років і старше, які проходили скрінінг раку шийки матки впродовж звітнього періоду.

21. Кількість жінок віком 45 років і старше, які проходили скрінінг раку молочної залози впродовж звітнього періоду.

22. Кількість пацієнтів закладу ПМСД~, в яких впродовж звітнього періоду вперше виявлено захворювання на туберкульоз.

23. Кількість пацієнтів закладу ПМСД~, в яких впродовж звітнього періоду вперше виявлено захворювання на туберкульоз у занедбаній формі.

24. Кількість пацієнтів закладу ПМСД~, в яких впродовж звітнього періоду вперше виявлено онкологічні захворювання.

25. Кількість пацієнтів закладу ПМСД~, в яких впродовж звітнього періоду вперше виявлено онкологічні захворювання у візуальній формі (занедбані випадки, III-IV стадія).

26. Кількість пацієнтів закладу ПМСД~, направлених на бактеріоскопічне обстеження впродовж звітнього періоду.

27. Кількість пацієнтів закладу ПМСД~, яким впродовж звітнього періоду проведено бактеріоскопічне обстеження.

28. Кількість пацієнтів закладу ПМСД~, яким впродовж звітнього періоду проведено консультації з профілактичною метою.

29. Кількість пацієнтів закладу ПМСД~, яким впродовж звітнього періоду проведено профілактичні щеплення за епідемічними показами.

30. Кількість пацієнтів закладу ПМСД~, які впродовж звітнього періоду почали і закінчили лікування на рівні ПМСД.

31. Кількість пацієнтів закладу ПМСД~, які впродовж звітнього періоду були скеровані в цілодобові стаціонари (всі нозології).

32. Кількість пацієнтів, направлених на II та вище рівні МД впродовж звітнього періоду.

33. Кількість пацієнтів, які перебували на диспансерному обліку в закладі ПМСД~ із захворюваннями на артеріальну гіпертензію та ІХС впродовж звітнього періоду.

34. Кількість пацієнтів, які перебували на диспансерному обліку в закладі ПМСД~ із захворюваннями на артеріальну гіпертензію та ІХС і мали ускладнення (інсульт, інфаркт) впродовж звітнього періоду.

35. Кількість хворих на артеріальну гіпертензію, які перебувають на диспансерному обліку в закладі ПМСД~ та мають контрольований рівень АТ.

36. Кількість хворих на цукровий діабет, які перебувають на диспансерному обліку в закладі ПМСД~ та є компенсованими.

37. Загальна кількість викликів швидкої допомоги до населення, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД~, впродовж звітнього періоду.

38. Кількість викликів швидкої допомоги до хронічних хворих, які проживають у радіусі обслуговування закладу ПМСД~, впродовж звітнього періоду.

Відомості про населення, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД~

1. Загальна кількість населення, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД~.

2. Загальна кількість населення віком до 1 року, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД~.

3. Загальна кількість населення віком до 18 років, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД~.

4. Загальна кількість населення віком до 3 років, яке проживає в радіусі обслуговування закладу ПМСД~.

5. Загальна кількість жінок з фізіологічною вагітністю, які проживали в радіусі обслуговування закладу ПМСД~ впродовж звітнього періоду.

6. Кількість хворих на артеріальну гіпертензію, які проживають в радіусі обслуговування закладу ПМСД~.

7. Кількість хворих на цукровий діабет, які проживають в радіусі обслуговування закладу ПМСД~.

Додаток 3

Перелік показників, які необхідно зібрати на регіональному рівні (районного в місті/районного/обласного/державного управління) для розрахунку індикаторів ефективності організації та надання ПМСД

1. Загальна кількість підзвітних закладів ПМСД~.

2. Кількість підзвітних закладів ПМСД~ з радіусом обслуговування не більше 2 км.

3. Розмір бюджетних відрахувань на організацію ПМСД, тис. грн..

4. Розмір бюджетних відрахувань на охорону здоров'я, тис. грн.

5. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 85% лікарів є СЛ.

6. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 85% медсестер є сімейними медичними сестрами.

7. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 95% лікарів впродовж звітнього періоду підвищували свою кваліфікацію за принципом «безперервного навчання» (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій та ін.).

8. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 95% медсестер впродовж звітнього періоду підвищували свою кваліфікацію за принципом «безперервного навчання» (ТУ, ПАЦ, тренінги, конференції профільних асоціацій та ін.).

9. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких на 1 СЛ припадає не менше 2 медсестер ЗПСМ.

10. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 70% лікарів обслуговують пацієнтів будь-якого віку.

11. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких більше 80% лікарів мають навантаження на 30% вище за нормативне.

12. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 90% пацієнтів уклали договори про медичне обслуговування.

13. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 80% лікарів ЗПСМ працюють за угодою між лікарем і закладом.

14. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 95% лікарів і медсестер є членами професійної асоціації.

15. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, які забезпечені автотранспортними засобами в робочому стані не менше, ніж на 95% від нормативу.

16. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, які забезпечені обладнанням всіх призначень не менше, ніж передбачено нормативом.

17. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 90% робочих місць лікарів обладнані ПК з ліцензійним програмним забезпеченням.

18. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, приміщення яких потребують капітального ремонту.

19. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких опитано не менше 90% пацієнтів, які звернулись по медичну допомогу впродовж звітного періоду.

20. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких середній бал задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням впродовж звітного періоду складає не менше 65% від максимального анкетного балу.

21. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не більше 5% пацієнтів звернулись зі скаргами впродовж звітного періоду.

22. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких впродовж звітного періоду на 1 лікаря припадало не більше 5% призначень ліків, що не входять до формуляру ПМСД.

23. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких на 1 СЛ припадає не менше 8 повідомлень щодо побічної дії лікарського засобу, наданих впродовж звітного періоду в установленому порядку.

24. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше як 90% пацієнтів проведено оцінку індексу маси тіла впродовж звітного періоду.

25. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 85% вагітних взято на облік до 12 тижнів вагітності впродовж звітного періоду.

26. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 90% вагітних взято на диспансерний облік впродовж звітного періоду.

27. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 90% пацієнок віком від 18 років проходили скринінг раку шийки матки впродовж звітного періоду.

28. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 90% пацієнок віком від 45 років проходили скринінг раку молочної залози впродовж звітного періоду.

29. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 75% пацієнтів віком до 6 місяців перебували на виключно грудному вигодовуванні впродовж звітного періоду.

30. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 75% населення віком до 18 років пройшло профілактичні огляди впродовж звітного періоду.

31. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 98% населення віком до 1 року пройшло вакцинацію проти дифтерії, правцю та кашлюку впродовж звітного періоду.

32. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 98% населення віком до 18 років проведено проби на туберкульоз (реакція Манту) впродовж звітного періоду.

33. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 95% населення охоплено профілактичними щепленнями за епідемічними показами впродовж звітнього періоду.

34. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 98% населення віком до 3 років отримує вакцинацію згідно календаря щеплень.

35. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 45% пацієнтів впродовж звітнього періоду отримали консультації з профілактичною метою.

36. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 80% пацієнтів, направлених на бактеріоскопічне обстеження впродовж звітнього періоду, пройшли таке обстеження.

37. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 80% пацієнтів почали і закінчили лікування на рівні ПМСД впродовж звітнього періоду.

38. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких до цілодобових стаціонарів скеровано не більше 15% пацієнтів, які звернулись до закладу ПМСД~ впродовж звітнього періоду.

39. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не більше 20% пацієнтів направлено на II та вище рівні МД впродовж звітнього періоду.

40. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, виклики швидкої допомоги до хронічно хворих становлять не більше 5% від загальної кількості за звітний період.

41. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких впродовж звітнього періоду візуальні форми онкологічних захворювань вперше виявлено не більше, ніж у 5% пацієнтів з вперше виявленими онкологічними захворюваннями.

42. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких впродовж звітнього періоду занедбані форми туберкульозу вперше виявлено не більше, ніж у 5% пацієнтів з вперше виявленими захворюваннями на туберкульоз.

43. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких встановлено не більше 2% первинного виходу на інвалідність населення віком до 18 років.

44. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 50% населення, хворого на цукровий діабет, є компенсованим.

45. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не менше 75% пацієнтів з артеріальною гіпертензією мають контрольовані рівні АТ.

46. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких не більше 15% пацієнтів на диспансерному обліку з захворюваннями на артеріальну гіпертензію та ІХС мають ускладнення.

47. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких використовують не менше 80% діючих технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій УКПМДМ та ЛПМД).

48. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких використовують не менше 80% діючих локальних технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій УКПМДМ та ЛПМД).

49. Кількість підзвітних закладів ПМСД~, в яких проведено навчання медичного персоналу щодо використання не менше 80% технологій клінічних протоколів з надання ПМСД (медико-організаційних технологій УКПМДМ та ЛПМД).