УДК 618.2/.7:616-082.003.12

Г.О. Слабкий[1], О.О. Дудіна[2], С.В. Дудник[2]

Комплексна оцінка діяльності закладів перинатальної допомоги України

[1]Ужгородський національний університет
[2]ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Мета роботи *– здійснити комплексну оцінку діяльності закладів перинатальної допомоги України на загальнодержавному та регіональному рівнях за 2017 рік.*

Матеріали та методи*. Матеріалами дослідження слугували дані державної і галузевої статистики щодо діяльності закладів охорони здоров'я матері і дитини, перинатального аудиту за методикою ВООЗ BABIES-MATRICA і MiO (моніторингу і оцінки) регіоналізації перинатальної допомоги за 2015–2017 рр. Методи дослідження: математичний, статистичний, метод бальної оцінки, аналітичний, порівняльного аналізу та системного підходу.*

Результати та висновки*. Проведено комплексну оцінку стану перинатальної допомоги України на загальнодержавному та регіональному рівнях на підставі розробленої моделі комплексної оцінки діяльності закладів і установ перинатальної служби із використанням адаптованого методу кінцевих результатів діяльності закладів і установ медичної допомоги.*

Ключові слова*: перинатальна допомога, модель комплексної оцінки стану перинатальної допомоги, коефіцієнт досягнення результатів, коефіцієнт досягнення нормативного значення, коефіцієнт комплексної оцінки.*

Вступ

Належний рівень здоров'я матерів та дітей у будь-якій країні є одним із провідних чинників національної безпеки, індикатором ефективності соціальної та економічної політики, що проводиться державою, а також важливою умовою для забезпечення громадського здоров'я. За останні два десятиліття у світі темпи зниження материнської та неонатальної смертності як і раніше залишаються достатньо низькими, В зв'язку з тим, що низька якість медичної допомоги стає фактором зростання захворюваності і смертності матерів та дітей, саме питанням якості медичної допомоги на сучасному етапі приділяється все більш пильна увага. Перинатальний період є вирішальним в питанні порятунку якомога більшого числа життів матерів та новонароджених і запобігання мертвонароджень, тому ВООЗ прагне до скорішої побудови майбутнього, в якому кожна вагітна жінка і кожен новонароджений у світі будуть отримувати якісну допомогу протягом вагітності, пологів і післяпологового періоду. З метою реалізації цієї стратегічної концепції ВООЗ визначила таке поняття, як «якість медичної допомоги», і підготувала рамкову програму по підвищенню якості медичної допомоги, що надається матерям і новонародженим в період до і після пологів. Ефективні профілактика і лікування захворювань на останніх термінах вагітності, під час пологів і в ранній неонатальний період здатні значно знизити число випадків материнської смертності, внутрішньоутробної загибелі плоду, мертвонародження, обумовлених пологами, і ранньої неонатальної смертності. Таким чином, підвищення якості профілактичної та лікувальної медичної допомоги, що надається в цей критично важливий період, постійний моніторинг за її станом, в значній мірі сприяє збереженню життя матері, плода та новонародженого. В Україні у відповідності до концепції, затвердженої наказом МОЗ України від 02.02.2011 р. № 52 «Про затвердження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів концепції», завдяки її заходам, очікується позитивний вплив на здоров'я населення на основі «здорового старту життя», а також сприяння покращенню складної демографічної ситуації в країні за рахунок підвищення показника народжуваності через зменшення показників репродуктивних втрат, зниження рівня загальної смертності населення через зниження малюкової та материнської смертності. Вважається, що система заходів по оптимізації медичної допомоги в області охорони материнства і дитинства повинна ґрунтуватися на основі комплексного аналізу, по-перше, показників здоров'я і репродуктивних результатів для жінки і потомства, що народжується, по-друге, існуючих особливостей перинатальної допомоги.

З урахуванням вищенаведеного, проведене дослідження присвячене комплексній оцінці діяльності закладів перинатальної допомоги є актуальним, що у подальшому має сприяти вирішенню проблем збереження перинатального здоров'я і оптимізації організації медичної допомоги при вагітності, в пологах і в неонатальному періоді як чинників збереження здоров'я нових народжених поколінь [1–5].

Мета роботи – провести комплексну оцінку діяльності закладів перинатальної допомоги України на загальнодержавному та регіональному рівнях за 2017 рік.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували дані державної і галузевої статистики щодо діяльності закладів охорони здоров'я матері і дитини, перинатального аудиту за

методикою ВООЗ BABIES-MATRICA і MiO (моніторингу і оцінки) регіоналізації перинатальної допомоги за 2015–2017 рр. Здійснення комплексної оцінки діяльності закладів перинатальної допомоги відбулось на підставі розробленої моделі комплексної оцінки (МКО) діяльності закладів і установ служби перинатальної допомоги на державному і регіональному рівнях із використанням модифікованого методу кінцевих результатів діяльності закладів і установ медичної допомоги. Вибір використовуваних в побудові МКО діяльності служби перинатальної допомоги показників здійснено шляхом спланованого сфокусованого групового інтерв'ювання з урахуванням характеру діяльності закладів і установ перинатальної допомоги, постановки їх цілей і завдань та конкретних шляхів їх рішення, Нормативні значення показників визначалися такими, щоб для їх досягнення була потрібна певна робота по мобілізації ресурсів, вдосконалення і поліпшення діяльності закладів перинатальної допомоги. Значимість показників результативності визначалася експертним шляхом (від 1 до 10 балів), а оцінка досягнутого результату здійснювалася по відхиленню реальних показників від нормативних. Сумарна оцінка аналізованих показників виражається коефіцієнтом комплексної оцінки (ККО) і визначає ставлення реально досягнутої суми балів до суми балів контрольних, МКО передбачає також вивчення значення кожного показника залежно від бальної оцінки його нормативного значення та сумарну оцінку компонентів моделі. Методи дослідження: математичний, статистичний, бальної оцінки, аналітичний, порівняльного аналізу та системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Проведення в ході дослідження розрахунків комплексної оцінки стану перинатальної допомоги України на загальнодержавному та регіональному рівнях за 2017 рік здійснено на підставі попередньо розробленої моделі комплексної оцінки діяльності закладів і установ перинатальної служби на основі методу кінцевих результатів. Модель комплексної оцінки діяльності закладів перинатальної допомоги України включає 19 показників – показники забезпеченості закладів перинатальної допомоги (ЗПД) лікарями акушер-гінекологами і педіатрами-неонатологами, діяльності за даними своєчасності постановки вагітних на облік, частоти анемій, прееклампсій та еклампсій вагітних, співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних, частоти нормальних пологів, розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину та забезпечення доступності пацієнток до спеціалізованої і високоспеціалізованої перинатальної допомоги за даними індексів концентрації розроджень вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня, пре еклампсією і еклампсією у ЗПД II-III рівня, новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня. Показники результативності діяльності ЗПД включали частоту кровотеч в послідовому і післяродовому періодах, мало вагових новонароджених, виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні, індекс здоров'я новонароджених, рівні перинатальної, неонатальної і материнської смертності.

За даними проведеного за адаптованою методикою моделі кінцевих результатів аналізу комплексної оцінки діяльності перинатальної служби України у 2017 році сумарна оцінка фактичних показників складає 92,78 при оцінці нормативу їх в балах – 120. Коефіцієнт досягнення результатів (КДР, інтегральна оцінка діяльності) складає: КДР = 92,78/120 = 0,77, що оцінюється як вище середній рівень досягнення запланованих (нормативних) результатів (табл. 1).

Таблиця 1

Комплексна оцінка діяльності закладів перинатальної допомоги України, 2017 рік

Нормативний показник	Методика вимірювання	Норматив (контрольний показник)	Оцінка нормативу (бал)	Оцінка відхилення в балах на 1 одиницю виміру	Знак	Фактичний показник	Оцінка фактичного показника	КДНЗ
Забезпеченість лікарями акушер-гінекологами	На 1000 жіночого населення	5,5	6	1,09	–	4,47	4,88	0,81
Забезпеченість лікарями педіатрами-неонатологами	На 1000 народжених живими	5,5	6	1,09	–	4,51	4,92	0,82
Компонент забезпеченості кадрами			*12*				*9,80*	*0,82*
Своєчасність постановки на облік вагітних	На 100 вагітних, які надійшли для нагляду	95	7	0,07	–	91,36	6,73	0,96

Частота анемій вагітних	На 100 вагітних, що закінчили вагітність	20	4	0,20	+	25,55	2,89	0,72
Частота прееклампсій та еклампсій вагітних	На 100 вагітних, що закінчили вагітність	1,75	7	4,00	+	2,1	5,60	0,80
Співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних	Кількість безпечних методів абортів/кількість небезпечних методів абортів	10	6	0,60	–	7,3	4,38	0,73
Індекс концентрації розродження вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня	На 100 вагітних з цукровим діабетом розроджених в регіоні	70	7	0,10		46,7	4,67	0,67
Індекс концентрації розродження вагітних з прееклампсією і еклампсією у ЗПД II-III рівнів	На 100 вагітних з прееклампсією і еклампсією розроджених в регіоні	90	7	0,08	–	79	6,14	0,88
Індекс концентрації новонароджених масою тіла при народженні 500–1499 г у ЗПД III рівня	На 100 живонароджених масою тіла при народженні 500–1499 г народжених в регіоні	80	6	0,08	–	56,12	4,21	0,70
Індекс неонатального трансферу	На 100 живонароджених	4	7	1,75	+	6,1	3,33	0,48
Частота нормальних пологів	На 100 пологів	70	5	0,07	–	66,54	4,75	0,95
Частота розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину	На 100 пологів	160	7	0,04	+	208,5	4,88	0,70
Компонент діяльності			*63*				*47,58*	*0,76*
Частота кровотеч в послідовому і післяродовому періодах	На 100 пологів	5	9	1,80	+	7,21	5,02	0,56
Частота маловагових новонароджених	На 100 живонароджених	4	5	1,25	+	5,74	2,83	0,57
Виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні після 168 годин життя	На 100 новонароджених з масою тіла при народженні 500–1499 г	90	8	0,09	–	81,57	7,25	0,91
Індекс здоров'я новонароджених	На 100 живонароджених	90	6	0,07	–	83,8	5,59	0,93
Рівень перинатальної смертності	На 1000 народжених живими і мертвими	8	6	0,75	+	9,16	5,13	0,86
Рівень неонатальної смертності	На 1000 живонароджених	4	6	1,50	+	4,94	4,59	0,77
Рівень материнської смертності	На 100 тис. живонароджених	11	5	0,45	+	8,2	5,00	1,00
Компонент результативності			*45*	*5,91*			*35,40*	*0,79*
Сума балів			*120*				*92,78*	
КДР								*0,77*

При цьому в розрізі компонентів комплексної оцінки перинатальної допомоги фактичні показники коливаються від 0,82 за результатами забезпеченості перинатальної служби лікарями, до 0,76 за показниками діяльності закладів і установ і 0,79 – за показниками результативності (ефективності) (табл. 2).

Високий рівень коефіцієнта досягнення нормативного значення (0,82) характерний лише для компоненту забезпеченості лікарями акушер-гінекологами і педіатрами-неонатологами. При цьому у Івано-Франківській, Львівській і Харківській області він сягає 1,0, у м. Києві 0,96, Вінницькій, Тернопільській і Хмельницькій областях – 0,92-0,9. Нижче середнього КДНЗ показника забезпеченості населення наявний лише у Миколаївській області (0,56). В цілому КДНЗ компонентів діяльності і результативності мають вище середній рівень. Градація КДНЗ компоненту діяльності закладів і установ перинатальної служби регіонів включає в основному високий, вище середнього і середній рівні і коливається від – 0,88-0,87 у Івано-Франківській і Тернопільській областях до 0,63 у Миколаївській, 0,61 у Чернігівській і 0,52 у Волинській областях. Дещо ширший діапазон КДНЗ компонентів результативності діяльності перинатальної служби регіонів – 1,0 у м. Києві, 0,91 у Житомирській, 0,84 у Волинській і Полтавській, 0,82 у Миколаївській і Тернопільській, 0,56 у Черкаській, 0,54 у Кіровоградській областях.

Достатні показники КДНЗ (коефіцієнт досягнення нормативного значення) компонентів діяльності і результативності зумовлені високими рівнями КДНЗ своєчасності постановки на облік вагітних (0,96), частоти нормальних пологів (0,95), ІК розродження вагітних з прееклампсією і еклампсією у закладах перинатальної допомоги (ЗПД) II-III рівнів перинатальної допомоги (0,88), виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні (0,91), індексу здоров'я

новонароджених (0,93) та рівнів перинатальної (0,86) і материнської (1,0) смертності.

Потребують прийняття низки заходів (управлінських рішень) для досягнення рівнів контрольних показників частоти акушерських кровотеч (коефіцієнт досягнення нормативного показника (0,56), мало вагових новонароджених (0,57), анемій вагітних (0,72), співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних (0,73). Все ще недостатнім забезпеченням маршрутизації пацієнтів зумовлений низький рівень досягнення коефіцієнту індексу неонатального трансферу (0,48), середній – ІК (індекс концентрації) розроджень вагітних з цукровим діабетом у ЗПД ІІІ рівня (0,67), вище середнього – ІК новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД ІІІ рівня (0,7).

Таблиця 2

Характеристика комплексної оцінки перинатальної допомоги в розрізі регіонів і компонентів

Адміністративна територія	КДР	Компонент забезпеченості кадрами	Компонент діяльності	Компонент результативності
Україна	0,77	0,82	0,76	0,79
Вінницька	0,77	0,92	0,77	0,71
Волинська	0,66	0,72	0,52	0,84
Дніпропетровська	0,75	0,76	0,71	0,8
Донецька	0,67	0,65	0,69	0,65
Житомирська	0,84	0,76	0,81	0,91
Закарпатська	0,64	0,69	0,64	0,63
Запорізька	0,8	0,88	0,81	0,77
Івано-Франківська	0,84	1,0	0,88	0,75
Київська	0,71	0,73	0,69	0,72
Кіровоградська	0,71	0,77	0,82	0,54
Луганська	0,72	0,72	0,82	0,61
Львівська	0,79	1,0	0,77	0,76
Миколаївська	0,69	0,56	0,63	0,82
Одеська	0,73	0,78	0,73	0,72
Полтавська	0,80	0,84	0,78	0,84
Рівненська	0,72	0,79	0,66	0,78
Сумська	0,8	0,87	0,78	0,8
Тернопільська	0,86	0,91	0,87	0,82
Харківська	0,76	1,0	0,74	0,72
Херсонська	0,67	0,71	0,65	0,69
Хмельницька	0,75	0,9	0,75	0,72
Черкаська	0,7	0,82	0,78	0,56
Чернівецька	0,74	0,88	0,66	0,81
Чернігівська	0,68	0,65	0,61	0,79
м. Київ	0,82	0,96	0,77	1,0

Враховуючи, що модель комплексної оцінки діяльності перинатальної служби є пілотною, інтегральна оцінка за даними 2017 року була здійснена шляхом розподілу регіонів на 3 групи – І група з високим рівнем коефіцієнта досягнення результатів (КДР≥0,80), що свідчить про достатньо ефективну діяльність перинатальної служби регіонів, ІІ група з вище середнього рівнем (КДР 0,7–0,79), що потребує посилення окремих компонентів діяльності закладів і установ перинатальної служби і ІІІ група проблемних регіонів з середнім рівнем (КДР 0,6–0,69), що потребують прийняття управлінських рішень з питань більш ефективної діяльності закладів і установ перинатальної служби (табл. 3–5). Розподіл регіонів на групи здійснено як за даними коефіцієнту досягнення результатів в цілому, так і за даними коефіцієнтів досягнення нормативного значення кожного показника перинатальної допомоги.

Таблиця 3

Коефіцієнти досягнення нормативних показників перинатальної допомоги в регіонах І групи, 2017 рік

Нормативний показник	Запорізька	Сумська	Полтавська	м. Київ	Житомирська	Івано-Франківська	Тернопільська
Забезпеченість лікарями акушер-гінекологами	0,89	0,74	0,78	1,00	0,75	1,00	0,94
Забезпеченість лікарями педіатрами-неонатологами	0,88	1,00	0,90	0,91	0,78	1,00	0,88
Своєчасність постановки на облік вагітних	0,96	1,00	0,93	0,92	1,00	0,94	1,00
Частота анемій вагітних	1,00	1,00	0,71	0,51	1,00	0,63	1,00
Частота прееклампсій та еклампсій вагітних	1,00	0,90	0,06	0,98	0,94	1,00	1,00
Співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних	0,46	0,95	1,00	0,75	1,00	1,00	1,00
Індекс концентрації розродження вагітних з цукровим діабетом у ЗПД ІІІ рівня	1,00	1,00	1,00	0,04	1,00	1,00	1,00
Індекс концентрації розродження вагітних з прееклампсією і еклампсією у ЗПД ІІ–ІІІ рівнів	0,99	1,00	1,00	1,00	0,53	0,69	0,98
Індекс концентрації новонароджених масою тіла при народженні 500–1499 г у ЗПД ІІІ рівня	0,99	0,99	1,00	0,77	1,00	1,00	1,00
Індекс неонатального трансферу	0,00	0,00	0,5	1,00	0,07	1,00	0,10
Частота нормальних пологів	1,00	0,91	0,96	0,95	0,92	0,94	0,98
Частота розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину	0,84	0,56	0,77	0,68	0,7	0,58	0,80
Частота кровотеч в послідовому і післяродовому періодах	1,00	0,56	0,61	0,71	0,81	0,00	0,95
Частота мало вагових новонароджених	0,47	0,71	0,68	0,57	0,72	0,70	0,67
Виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні	0,96	0,72	0,96	0,99	0,93	0,90	0,83
Індекс здоров'я новонароджених	0,93	0,94	0,92	0,87	0,91	0,99	0,98
Рівень перинатальної смертності	0,67	0,89	1,00	1,00	1,00	1,00	0,80
Рівень неонатальної смертності	0,98	0,67	1,0	0,94	1,0	1,0	0,44
Рівень материнської смертності	0,00	1,00	0,36	1,0	1,00	1,00	1,00
КДР	0,80	0,80	0,80	0,82	0,84	0,84	0,86

До регіонів І групи з високим рівнем коефіцієнта досягнення результатів віднесено Тернопільську (КДР = 0,86) Івано-Франківську (0,84), Житомирську (0,84), Полтавську (0,80), Сумську (0,80), Запорізьку (0,80) області і м. Київ (0,82). Характерно, що в усіх регіонах І групи відмічається високий коефіцієнт досягнення нормативного значення (0,8-1,0) лише за показниками своєчасності постановки на облік вагітних (0,92-1,0) частоти нормальних пологів (0,92-1,0), індексу здоров'я новонароджених (0,87-0,99). Високі і вище середніх коефіцієнти досягнення нормативного значення в усіх регіонах І групи досягнуто за показниками забезпеченості населення лікарями акушер-гінекологами (0,74-1,0) та педіатрами-неонатологами (0,78-1,0), індексу концентрації новонароджених масою тіла при народженні 500-1499 г у ЗПД ІІІ рівня (0,77-1,0), виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні (0,72-0,99). При цьому в жодному регіоні І групи не забезпечено досягнення високих і вище середніх коефіцієнтів досягнення нормативного значення за всіма показниками.

Незважаючи на високі загальні коефіцієнти досягнення результатів, все ще не повною мірою забезпечені заходи з профілактики прееклампсій та еклампсій вагітних у Полтавській (КДНЗ = 0,06), мінімізації індексу неонатальних трансферів у Запорізькій, Сумській, Житомирській, Тернопільській і Полтавській областях (КДНЗ = 0,0, 0,0, 0,07, 0,1 і 0,5 відповідно), частоти розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину у Сумській, Івано-Франківській, Житомирській областях і м. Києві (КДНЗ = 0,56, 0,58, 0,7 і 0,68 відповідно), частоти кровотеч в послідовому і післяродовому періодах у Івано-Франківській, Сумській і Полтавській областях (КДНЗ = 0,0, 0,56 і 0,61 відповідно). Низькими і нижче середніх є КДНЗ частоти мало вагових новонароджених у Запорізькій (0,47), області і м. Києві (0,57).

Не забезпечено досягнення інтегральних показників діяльності закладів і установ перинатальної допомоги – перинатальної смертності у Запорізькій (КДНЗ = 0,67), неонатальної смертності у Тернопільській і Сумській (КДНЗ = 0,44 і 0,67), материнської смертності у Запорізькій і Полтавській (КДНЗ = 0,0 і 0,36) областях.

За даними комплексної оцінки до регіонів ІІ групи з вище середнім рівнем КДР віднесено 12 регіонів – Вінницьку (КДР = 0,77), Львівську (0,79). Харківську (0,76), Хмельницьку (0,75), Дніпропетровську (0,75). Чернівецьку (0,74), Одеську (0,73), Рівненську (0,72), Луганську (0,72), Київську (0,71), Кіровоградську (0,71) і Черкаську (0,70) області (табл. 4).

Таблиця 4

Коефіцієнти досягнення нормативних показників перинатальної допомоги в регіонах ІІ групи

Нормативний показник	Черкаська	Кіровоградська	Київська	Луганська	Рівненська	Одеська	Чернівецька	Дніпропетровська	Хмельницька	Харківська	Львівська	Вінницька
Забезпеченість лікарями акушер-гінекологами	0,74	0,74	0,79	0,59	0,96	1,00	1,00	0,81	0,87	1,00	1,00	0,93
Забезпеченість лікарями педіатрами-неонатологами	0,89	0,81	0,67	0,86	0,63	0,56	0,76	0,71	0,92	1,00	1,00	0,91
Своєчасність постановки на облік вагітних	0,94	0,95	0,95	0,96	1,00	0,98	0,98	0,96	0,98	0,94	0,98	0,78
Частота анемій вагітних	0,99	0,54	0,64	0,47	0,68	0,67	0,43	0,52	0,89	0,76	0,60	0,80
Частота прееклампсій та еклампсій вагітних	0,74	0,94	0,58	0,98	1,00	0,57	0,03	1,00	0,35	0,57	0,77	0,98
Співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних	1,00	0,41	0,37	1,00	0,36	0,43	0,09	0,52	1,00	1,00	0,38	1,00
Індекс концентрації розродження вагітних з цукровим діабетом у ЗПД ІІІ рівня	0,70	1,00	1,00	н/д	0,21	1,00	1,00	0,73	0,98	1,00	0,89	0,86
Індекс концентрації розродження вагітних з пре- еклампсією і еклампсією у ЗПД ІІ–ІІІ рівнів	0,70	0,85	0,50	н/д	0,75	1,00	0,77	1,00	0,78	1,00	0,85	0,86
Індекс концентрації новонароджених масою тіла при народженні 500–1499 г у ЗПД ІІІ рівня	0,66	0,96	0,65	н/д	0,69	0,68	1,00	0,58	0,78	1,00	0,64	0,65
Індекс неонатального трансферу	0,29	0,97	0,73	0,73	0,16	0,53	0,25	0,00	0,39	0,00	0,54	0,07
Частота нормальних пологів	1,00	0,87	0,91	0,95	1,00	0,88	1,00	0,87	0,88	0,90	1,00	0,90
Частота розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину	0,91	0,55	0,58	0,59	0,86	0,52	1,00	0,84	0,59	0,36	0,97	0,91
Частота кровотеч в послідовому і післяродовому періодах	0,00	0,52	0,00	0,00	0,74	0,66	1,00	0,77	0,70	0,39	1,00	0,06
Частота мало вагових новонароджених	0,62	0,31	0,47	0,46	0,89	0,49	0,61	0,45	0,64	0,53	0,57	0,57
Виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні	1,00	0,83	0,93	н/д	0,84	0,86	0,91	0,95	0,88	0,89	0,73	0,93
Індекс здоров'я новонароджених	0,96	0,96	0,91	0,95	0,90	0,92	0,96	0,95	0,86	0,94	0,99	0,93
Рівень перинатальної смертності	0,76	0,11	1,00	1,00	0,83	0,68	0,87	0,59	0,89	0,70	0,65	0,85
Рівень неонатальної смертності	0,63	0,00	1,00	0,58	0,56	0,47	0,20	0,83	0,59	0,74	0,25	0,94
Рівень материнської смертності	0,00	1,00	1,00	1,00	0,74	0,92	1,00	1,00	0,42	1,00	1,00	1,00
КДР	0,70	0,71	0,71	0,72	0,72	0,73	0,74	0,75	0,75	0,76	0,79	0,77

Характерний великий діапазон коливань забезпеченості населення регіонів ІІ групи лікарським персоналом – від нижче середнього (КДНЗ = 0,59) акушерами-гінекологами жіночого населення Луганської області, і нижче середнього і середнього новонароджених педіатрами-неонатологами Одеської, Рівненської, Київської (КДНЗ = 0,56, 0,63 і 0,67 відповідно) до нормативного забезпечення цими спеціалістами Харківської і Львівської областей (КДНЗ = 1,0).

Незважаючи на те, що в цілому за даними аналізу перинатальної допомоги у регіонах ІІ групи наявні вище середніх КДР, в усіх регіонах групи коефіцієнти досягнення нормативного значення частоти нормальних пологів є високими (0,87-1,0), а своєчасності постановки на облік вагітних, і виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні – вище середніх і високі (0,78-1,0, 0,73-1,0 відповідно). Високими і вище середніх є і КДНЗ індексів концентрації розроджень вагітних з цукровим діабетом у ЗПД ІІІ рівня, з пре еклампсією і еклампсією у ЗПД ІІ-ІІІ рівнів майже у всіх регіонах ІІ групи, за виключенням Рівненської області, де КДНЗ індексу концентрації розроджень вагітних з цукровим діабетом у ЗПД ІІІ рівня становить лише 0,21 та Київської області, де КДНЗ індексу концентрації розроджень вагітних з пре еклампсією і еклампсією у ЗПД ІІ-ІІІ рівнів становить 0,5. КДНЗ індексу концентрації новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД ІІІ рівня коливається від 1,0 у Харківській і Чернівецькій областях до 0,58 у Дніпропетровській, 0,64-0,69 у Вінницькій, Київській, Черкаській, Львівській, Одеській і Рівненській областях. При цьому КДНЗ індексу неонатального трансферу у більшості областей є низьким і нижче середнього, за виключенням Кіровоградської, Київської і Луганської областей, де він становить 0,97, 0,73 і 0,73 відповідно. Значні розбіжності в регіонах ІІ групи характерні для КДНЗ частоти анемій вагітних – від 0,43 у Чернівецькій, 0,47 у Луганській до 0,89 у Хмельницькій, 0,99 у Черкаській областях, пре еклампсій і еклампсій (КДНЗ 0,03 у Чернівецькій, і 1,0 у Рівненській і Дніпропетровській областях), частоти розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину – від 0,36 у Харківській, 0,52-0,59 у Кіровоградській, Київській, Луганській, Одеській, Хмельницькій до 1,0 у Дніпропетровській, 0,91-0,97 у Черкаській, Львівській, Вінницькій областях.

Недостатнім у більшості регіонів групи є забезпечення нормативного показника акушерських кровотеч з коливанням КДНЗ частоти кровотеч в послідовому і післяродовому періодах – 0,0 у Черкаській, Київській і Луганській 0,06-0,52 у Вінницькій, Харківській, Кіровоградській при 1,0 у Львівській і Чернівецькій областях.

За даними комплексної оцінки у переважній більшості регіонів групи, за виключенням Черкаської, Хмельницької і Рівненської областей, досягнуто нормативне значення рівня материнської смертності, КДНЗ рівня перинатальної смертності є високим у Київській, Луганській, Рівненській, Чернівецькій, Хмельницькій, Вінницькій, вище середнього – у Черкаській і Харківській, середнім у Львівській і Одеській, нижче середнього у Дніпропетровській і низьким у Кіровоградській областях. Більш низькими є КДНЗ рівня неонатальної смертності – високі і вище середніх лише у Київській і Вінницькій, Дніпропетровській і Харківській, середні і нижче середніх у Черкаській, Хмельницькій, Луганській, Рівненській і низькі – у Кіровоградській, Чернівецькій, Львівській а і Одеській областях.

В третю групу включено регіони з середнім рівнем КДР (06-0,69) – Миколаївська, Чернігівська, Херсонська, Донецька, Волинська і Закарпатська області (табл. 5). Слід відмітити, що в цих регіонах відсутні ПЦ ІІІ рівня, а ЗПД ІІІ рівня функціонують лише у Херсонській і Миколаївській областях.

Таблиця 5

Коефіцієнти досягнення нормативних показників перинатальної допомоги в регіонах ІІІ групи

Нормативний показник	Закарпатська	Волинська	Донецька	Херсонська	Чернігівська	Миколаївська
Забезпеченість лікарями акушер-гінекологами	0,75	0,90	0,59	0,77	0,63	0,67
Забезпеченість лікарями педіатрами-неонатологами	0,63	0,54	0,71	0,64	0,67	0,44
Своєчасність постановки на облік вагітних	0,97	0,99	0,97	1,00	1,00	0,92
Частота анемій вагітних	1,00	1,00	0,41	0,64	0,91	0,71
Частота прееклампсій та еклампсій вагітних	0,95	0,21	0,59	0,44	0,72	0,80
Співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних	0,53	1,00	1,00	1,00	0,39	0,29
Індекс концентрації розродження вагітних з цукровим діабетом у ЗПД ІІІ рівня	0,00	0,00	н/д	0,78	0,00	0,76
Індекс концентрації розродження вагітних з прееклампсією і еклампсією у ЗПД ІІ–ІІІ рівнів	0,51	0,76	н/д	0,86	0,80	0,93

Індекс концентрації новонароджених масою тіла при народженні 500–1499 г у ЗПД III рівня	0,00	0,00	н/д	0,40	0,00	0,10
Індекс неонатального трансферу	1,00	0,00	0,39	0,00	0,79	0,00
Частота нормальних пологів	0,96	0,95	0,94	0,91	0,98	1,00
Частота розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину	0,61	0,62	0,52	0,59	0,60	0,79
Частота кровотеч в послідовому і післяродовому періодах	0,00	0,43	0,15	0,00	0,52	0,41
Частота мало вагових новонароджених	0,22	0,79	0,56	0,46	0,51	0,62
Виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні	0,96	0,92	н/д	0,93	0,87	0,90
Індекс здоров'я новонароджених	0,94	0,93	0,92	0,92	0,91	0,97
Рівень перинатальної смертності	0,81	0,99	0,91	0,98	0,82	1,00
Рівень неонатальної смертності	0,71	0,99	0,66	0,80	1,00	1,00
Рівень материнської смертності	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
КДР	0,64	0,66	0,67	0,67	0,68	0,69

Незважаючи на те що в III групу ввійшли регіони з загальними КДР середнього ступеню, в усіх регіонах групи КДНЗ своєчасності постановки на облік вагітних, частоти нормальних пологів, виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні, індексу здоров'я новонароджених, рівнів перинатальної і материнської смертності є високими. Більші ніж у регіонах II групи і КДНЗ неонатальної смертності – 0,8-1,0 у Миколаївській, Чернігівській, Волинській і Херсонській, 0,71 у Закарпатській і 0,66 у Донецькій областях.

В той же час в усіх регіонах цієї групи низькі КДНЗ індексу концентрації новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня, низькі і нижче середніх КДНЗ частоти кровотеч в послідовому і післяродовому періоді, частоти мало вагових новонароджених. Як і в інших групах, у III групі наявні значні диспропорції КДНЗ – співвідношення безпечних і небезпечних видів абортів від 1,0 у Волинській, Донецькій і Херсонській до 0,29 у Миколаївській областях, частоти анемій вагітних від 1,0 у Закарпатській і Волинській до 0,41 у Донецькій, частоти пре еклампсій і еклампсій вагітних від 0,95 у Закарпатській, 0,8 у Миколаївській до 0,21 у Волинській областях, ІК розроджень вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня – 0,0 в регіонах, де відсутні ЗПД III рівня і 0,76-0,78 у Миколаївській і Херсонській областях. Вище середні і середні КДНЗ частоти розроджень шляхом кесаревого розтину в усіх регіонах.

Висновки

В ході дослідження проведено комплексні оцінки діяльності закладів перинатальної допомоги України за 2017 рік на загальнодержавному та регіональному рівнях. За результатами аналізу даних комплексної оцінки діяльності перинатальної служби України у 2017 році: коефіцієнт досягнення результатів (інтегральна оцінка діяльності) складає 0,77, що оцінюється як вище середнього рівня досягнення запланованих (нормативних) результатів; в розрізі компонентів комплексної оцінки перинатальної допомоги показники коливаються від 0,82 за результатами забезпеченості перинатальної служби лікарями, до 0,76 за показниками діяльності закладів і установ і 0,79 – за показниками результативності (ефективності). Регіональна комплексна оцінка діяльності перинатальної служби була здійснена шляхом розподілу регіонів на 3 групи – I група (Тернопільська, Івано-Франківська, Житомирська, Полтавська, Сумська, Запорізька області і м. Київ) з високим рівнем коефіцієнта досягнення результатів (КДР≥0,80), що свідчить про достатньо ефективну діяльність перинатальної служби регіонів, II група (Львівська, Вінницька, Харківська, Хмельницька, Дніпропетровська, Чернівецька, Одеська, Рівненська, Луганська, Київська, Кіровоградська, Черкаська області) з вище середнього рівнем КДР (07-0,79), що потребує посилення окремих компонентів діяльності закладів і установ перинатальної служби і III група (Миколаївська, Чернігівська, Херсонська, Донецька, Волинська, Закарпатська області) проблемних регіонів з середнім рівнем КДР (0,6-0,69), що потребують прийняття управлінських рішень з питань більш ефективної діяльності закладів і установ перинатальної служби. Модель комплексної оцінки діяльності закладів і установ перинатальної служби на основі методу кінцевих результатів для проведення розрахунку комплексної оцінки діяльності закладів перинатальної допомоги є пілотною та має динамічні властивості, тому надалі по мірі досягнення нормативних значень показників комплексної оцінки передбачається їх перегляд.

Перспективи подальших досліджень полягають у наступному використанні комплексної оцінки для аналізу і оцінки роботи окремих регіонів, закладів, підрозділів перинатальної допомоги та окремих медичних працівників з проведенням оцінки ефективності управлінських дій в сфері забезпечення доступності і якості перинатальної допомоги та своєчасного реагування на зміни Результати комплексної оцінки діяльності закладів і установ перинатальної служби мають сприяти розробці системи заходів по оптимізації ефективності медичної допомоги матерям і новонародженим в умовах регіоналізації перинатальної допомоги.

Література

1. *Standards* for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Режим доступу: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273031/9789244511213-rus.pdf?ua=1.
2. *Всемирная* организация здравоохранения. Второй доклад Группы независимых экспертов (iERG) по оценке информации и подотчетности в отношении здоровья женщин и детей. Женева; 2013.
3. *World* Health Organization. Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva; 2014 (www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/ en/, accessed 19 January 2015).
4. *Bhutta ZA*, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? Lancet 2014; 384:347–370.
5. *Tuncalp Ö*, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gulmezoglu AM, Bahl R, et al, Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. Br J Obstet Gynaecol 2015;122:1045–1049.

Дата надходження рукопису до редакції: 07.12. 2018 р.

Комплексная оценка деятельности учреждений перинатальной помощи Украины

Г.А. Слабкий[1], Е.А. Дудина[2], С.В. Дудник[2]
[1]Ужгородский национальный университет
[2]ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины»

Цель работы – осуществить комплексную оценку деятельности учреждений перинатальной помощи в Украине на общегосударственном и региональном уровнях за 2017 год.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили данные государственной и отраслевой статистики о деятельности учреждений здравоохранения матери и ребенка, перинатального аудита по методике ВОЗ BABIES-MATRICA и МиО (мониторинга и оценки) регионализации перинатальной помощи за 2015-2017 гг. Методы исследования: математический, статистический, балльной оценки, аналитический, сравнительного анализа и системного подхода.

Результаты исследования и выводы. Проведена комплексная оценка состояния перинатальной помощи в Украине на общегосударственном и региональном уровнях на основании разработанной модели комплексной оценки деятельности учреждений перинатальной службы с применением адаптированного метода конечных результатов учреждений медицинской помощи.

Ключевые слова: перинатальная помощь, модель комплексной оценки состояния перинатальной помощи, коэффициент достижения результатов, коэффициент достижения нормативного значения, коэффициент комплексной оценки.

Complex estimation of activities of perinatal care institutions in Ukraine

G.O. Slabkiy[1], O.O. Dudina[2], S.V. Dudnyk[2]
[1]SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine
[2]SE “Ukrainian institute of strategic researches of the Ministry of Health of Ukraine”

Purpose – to carry out a complex estimation of the activities of perinatal care institutions in Ukraine at the national and regional levels for 2017.

Materials and methods. The materials of the study were data from state and branch statistics on the activities of maternal and child health facilities, perinatal auditing according to the WHO BABIES-MATRICA methodology and M&E (monitoring and evaluation) of regionalization of perinatal care for the period 2015-2017. Methods of research: mathematical, statistical, point evaluation, analytical, comparative analysis and system approach.

Results and conclusions. Complex estimation of the state of perinatal care in Ukraine at the national and regional levels was carried out on the basis of the developed model of complex estimation of the activities of perinatal services with the use of an adapted method of final results of medical care institutions.

Key words: perinatal care, model of complex estimation of perinatal care state, coefficient of achievement of results, coefficient of achievement of standard value, coefficient of complex estimation.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров’я факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Дудіна Олена Олександрівна – к.мед.н., завідувач відділенням ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, провулок Волго-Донський, 3.

Дудник Світлана Валеріївна – к.мед.н., учений секретар ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, провулок Волго-Донський, 3.