

## РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ МОНІТОРИНГУ І ОЦІНКИ РЕГІОНАЛІЗАЦІЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

<sup>1</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, МОЗ України, м. Київ, Україна

<sup>3</sup>Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

**Мета** – вивчити доцільність впровадження моніторингу і оцінки регіоналізації перинатальної допомоги.

**Матеріали та методи.** Здійснено анкетування та експертне опитування медичних працівників стосовно доцільності впровадження моніторингу і оцінки регіоналізації перинатальної допомоги. Застосовано **методи:** соціологічний, експертних оцінок, статистичний, графічного зображення.

**Результати.** Встановлено потребу лікарів в отриманні усіх показників моніторингу і оцінки регіоналізації перинатальної допомоги, зокрема, індексів концентрації пологів ( $93,6 \pm 1,23\%$ ), розроджень вагітних із перинатальним ризиком ( $96,4 \pm 0,93\%$  –  $87,0 \pm 1,17\%$ ), народжень немовлят залежно від маси тіла при народженні ( $95,9 \pm 1,00\%$ ), показників виживання новонароджених ( $92,4 \pm 1,34\%$ ), перинатальних ( $95,2 \pm 1,08\%$ ), неонатальних ( $94,7 \pm 1,13\%$ ) і материнських ( $94,4 \pm 1,16\%$ ) втрат. Дані анкетування підтверджено позитивною оцінкою експертів усіх компонентів моніторингу і оцінки регіоналізації перинатальної допомоги (середній бал –  $9,1 \pm 0,15$ – $7,6 \pm 0,21$  при десятибальній оцінці) при високому ступені їх узгодженості (CV  $5,2\%$ – $10,2\%$ ).

**Висновки.** Отримані дані підтвердили необхідність проведення аналізу усіх передбачених моніторингом і оцінкою регіоналізації перинатальної допомоги показників та термінів їх надання.

**Ключові слова:** моніторинг, оцінка регіоналізація, перинатальна допомога, перинатальний ризик, індекс концентрації, новонароджені, виживання, фетоінфантильні втрати.

### Вступ

Збереження життя та здоров'я матерів і дітей є стратегічно важливим пріоритетним завданням держави в галузі охорони здоров'я і однією з основних Цілей Розвитку Тисячоліття. Стан здоров'я вагітних, наслідки пологів і стан і здоров'я новонароджених багато в чому визначаються не лише соціальним та економічним статусом населення, але й організацією перинатальної допомоги, наявністю сучасних медичних технологій [2, 7]. У розвинених країнах регіоналізація перинатальної допомоги є найважливішою організаційною моделлю на шляху оптимізації медичної допомоги матерям і дітям, зниження рівня смертності, захворюваності та інвалідності [3, 8].

Досвід розвинених країн свідчить про те, що ефективність впровадження нових медико-організаційних технологій, у т.ч. регіоналізації перинатальної допомоги, в діяльність закладів охорони здоров'я залежить від проведення моніторингу і оцінки їх впровадження. Наразі кожна країна впроваджує власні форми моніторингу і оцінки, які ґрунтуються на відстеженні внесків (гроші, кадри, стратегії), заходів (які мали місце), продуктів (надані послуги, кінцеві результати) [4]. В Україні регіоналізація перинатальної допомоги розпочалася у 2011 р. за сприянням Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства». Наразі створені нормативно-правові засади регіоналізації

перинатальної допомоги, робочою країни із залученням експертів ВООЗ розроблена система моніторингу і оцінки регіоналізації перинатальної допомоги (МіО РПД) [1, 5, 6].

**Мета роботи** – вивчити доцільність впровадження основних показників МіО РПД і термінів їх надання.

### Матеріали та методи

Соціологічне дослідження доцільності застосування показників МіО РПД і термінів їх надання проводилося з використанням анонімної анкети з формалізованими носіями інформації.

Генеральною сукупністю, тобто частиною об'єкта дослідження, на яку з визначеним ступенем вірогідності можна поширити висновки дослідження, були акушери-гінекологи та неонатологи закладів перинатальної допомоги (ЗПД). Визначення обсягу вибіркової сукупності здійснювалися за загальноприйнятою методикою. Розрахунки вибіркової сукупності для всіх акушерів-гінекологів і неонатологів педіатричного профілю становили 376 осіб.

Анкетування здійснювалося серед акушерів-гінекологів і неонатологів ЗПД м. Києва та Київської області, курсантів кафедр післядипломної освіти НМАПО ім. П. Л. Шупика. Анкетуванню передувала роз'яснювальна робота за стандартною схемою.

У цілому було роздано 460 анкет для анонітного анкетування медичних працівників, зібрано 401, після

перевірки на правильність та логічність їх заповнення для аналізу було відібрано 393 анкети. Обробка та статистичне групування інформації здійснювались з використанням методів біометричного аналізу за допомогою технічного редактора MS Excel.

Визначення доцільних обсягів МіО РПД було доповнено експертною оцінкою їх методами відкритої дискусії та індивідуального анкетування із застосуванням Карти експертної оцінки МіО РПД.

Експертна група складалась із 14 експертів. Для обробки карт застосовувався альтернативний аналіз, який складався з підрахунків в абсолютних і відносних показниках і визначення середнього балу оцінки експертами кожного компонента, його дисперсії або середнього квадратичного відхилення та коефіцієнта варіації (CV).

### Результати дослідження та їх обговорення

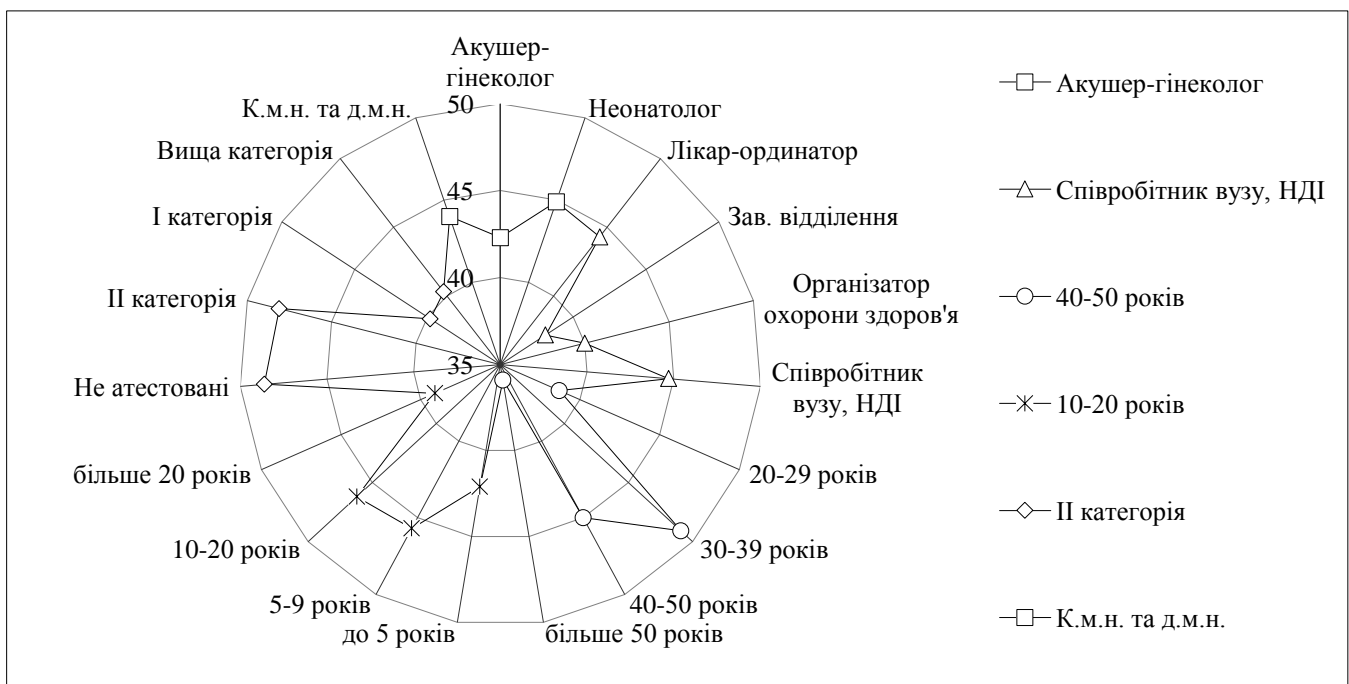
За даними анкетування 393 лікарів ЗПД, акушер-гінекологи становили 82,4%, неонатологи – 17,6%. Переважну більшість (67,2%) опитуваних склали лікарі-ординатори та завідувачі відділень (21,4%). Крім того, в анкетуванні взяли участь 30 (7,6%) організаторів охорони здоров'я (головні лікарі ЗПД, їхні заступники, головні

спеціалісти) і 15 (3,8%) співробітників вищих медичних навчальних закладів і науково-дослідних інститутів.

На момент проведення опитування мінімальний вік респондентів становив 25 років, максимальний – 73 роки, середній – 44,7 року; стаж роботи – 1 рік, 48 років і 19,5 року відповідно, що свідчить про їх достатній досвід роботи. Слід відзначити високий рівень кваліфікації задіяних в опитуванні лікарів. Так, 68,5% спеціалістів мали першу та вищу категорії, 12,5% – ступінь кандидата і доктора медичних наук.

Аналіз залежності обійманої посади респондентів від їх професійного рівня виявив, що серед ординаторів ЗПД не мали атестаційних категорій 26,1±2,7% спеціалістів, серед завідувачів відділень – 1,2±1,2%, а серед організаторів охорони здоров'я – 6,7±4,5%, а вищу атестаційну категорію мали 28,0±2,8% ординаторів, 75,0±4,7% завідувачів відділень і 90,0±5,5% організаторів охорони здоров'я, що в цілому свідчить про відповідність професійного рівня респондентів обійманій посаді.

Практично всі респонденти підтримали ідею впровадження системи МіО РПД, а майже половина із них – 42,7±2,5%, у т.ч. 42,3±2,74% акушерів-гінекологів і 44,9±5,99% неонатологів, вважали за доцільне проводити МіО РПД за всіма пропонуваними індикаторами (рис. 1).



**Рис. 1.** Характеристика позитивного ставлення респондентів до всіх індикаторів моніторингу і оцінки залежно від спеціальності, посади, віку, стажу роботи та рівня кваліфікації (на 100 опитаних)

За даними аналізу, різниці в позитивних відповідях респондентів залежно від їх посади, стажу роботи та атестаційної категорії щодо доцільності оцінки усіх показників були статистично недостовірними ( $p > 0,05$ ). При цьому більшість позитивних відповідей на усі показники МіО РПД дали спеціалісти віком

30–39 (49,1%) років, лікарі, що не атестовані (48,6%), і ті, що мають II атестаційну категорію (48,1%).

Концепція подальшого розвитку перинатальної допомоги передбачає організаційну оптимізацію мережі ЗПД. До ознак, що характеризують повноту реструктуризації ЗПД за рівнями її надання, віднесено питання анкети щодо кількості пологів у ЗПД кожного

рівня з подальшим розрахунком індексу концентрації пологів у ЗПД первинного, вторинного і третинного рівнів. Доцільність проведення оцінки цього показника визнали майже усі респонденти – 93,6±1,23% (93,5±1,37% акушерів-гінекологів і 94,2±2,81% неонатологів). Однак не впевнені (вважають за недоцільне та не визначилися) щодо доцільності визначення цього показника 6,4±1,23% спеціалістів. При цьому із загальної кількості спеціалістів, які вважали за доцільне оцінювати індекс концентрації пологів у ЗПД I–III рівнів, 83,7±1,93% лікарів (83,5±2,13% акушерів-гінекологів і 84,6±4,47% неонатологів) підтримали орієнтовну періодичність подання даних для проведення їх оцінки – щоквартально, а 8,2±1,43% вважали за доцільне подавати ці дані двічі на рік, 8,2±1,43% – 1 раз на рік.

Стан забезпечення справедливості доступу і надання перинатальної допомоги вагітним залежно від ступеня перинатального ризику визначався за даними індексів концентрації розроджень вагітних перинатальним ризиком у ЗПД I, II, III рівнів. Переважна більшість лікарів згодні з використанням таких показників, як індекс концентрації у ЗПД I, II, III рівнів розроджень вагітних із вадами серця (87,0±1,93%), хворобами системи кровообігу (88,8±1,93%), цукровим діабетом (90,8±1,93%), тяжкими формами прееклампсії, еклампсії (96,4±1,93%), адже вони наглядно відображають процес регіоналізації перинатальної допомоги в частині виконання маршрутів пацієнтів.

Блок питань анкети стосовно забезпечення виконання маршрутів у вагітних включав дані частоти розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину у ЗПД I, II, III рівнів. Необхідність проведення оцінки цього показника підтримали 94,7±1,13% респондентів, у т.ч. 94,7±1,27% акушерів-гінекологів і 95,7±2,46% неонатологів.

Важливим завданням регіоналізації перинатальної допомоги є проведення заходів щодо забезпечення висококваліфікованої медичної допомоги новонародженим немовлятам із дуже низькою масою тіла при народженні, новонародженим із вродженими вадами розвитку, ВШК III–IV ст. Питання анкети передбачали вивчення доступності високоспеціалізованої допомоги і виконання маршрутів пацієнтів за показниками індексу концентрації народжень немовлят із цими станами у ЗПД I, II та III рівнів перинатальної допомоги. Дані опитування засвідчили необхідність проведення аналізу запропонованих показників. У цілому респонденти високо оцінили доцільність збору і аналізу цих показників: позитивні відповіді становили 95,9±1,0% за індексом концентрації народжень немовлят залежно від маси тіла при народженні, 92,1±1,36% – немовлят із вродженими вадами розвитку, 87,8±1,65% – немовлят із ВШК III–IV ст.

При цьому серед неонатологів вважали за доцільне аналізувати індекс концентрації народжень немовлят залежно від маси тіла при народженні 100,0%, з вродженими вадами розвитку – 88,4±3,85%, з ВШК III–IV ст. – 92,8±3,12%. Більш однозначне ставлення до аналізу

цих індексів концентрації було в акушерів-гінекологів – відповідно 95,1±1,20%, 92,9±1,43% та 86,7±1,88%. Характерно, що неонатологи більш позитивно (100,0%), ніж акушери-гінекологи (95,1±1,20%), поставилися до доцільності оцінки лише індексів концентрації народжень немовлят за масою тіла при народженні.

Питання анкети стосовно забезпечення якості і ефективності регіоналізації перинатальної допомоги включали дані виживання новонароджених у перші 168 год. після народження залежно від маси тіла при народженні і рівня ЗПД, показники перинатальних, неонатальних і материнських втрат і обов'язковий компонент якості – задоволеність пацієнтів медичною допомогою.

Доведено, що виживання новонароджених залежить як від маси тіла при народженні, так і від рівня кваліфікації та оснащення медичним обладнанням ЗПД і є одним з інтегральних показників стану регіоналізації перинатальної допомоги. І майже усі спеціалісти (92,4±1,34% усіх лікарів, 92,3±1,48% акушерів-гінекологів і 92,8±5,48% неонатологів) виявили позитивне ставлення до визначення цього показника.

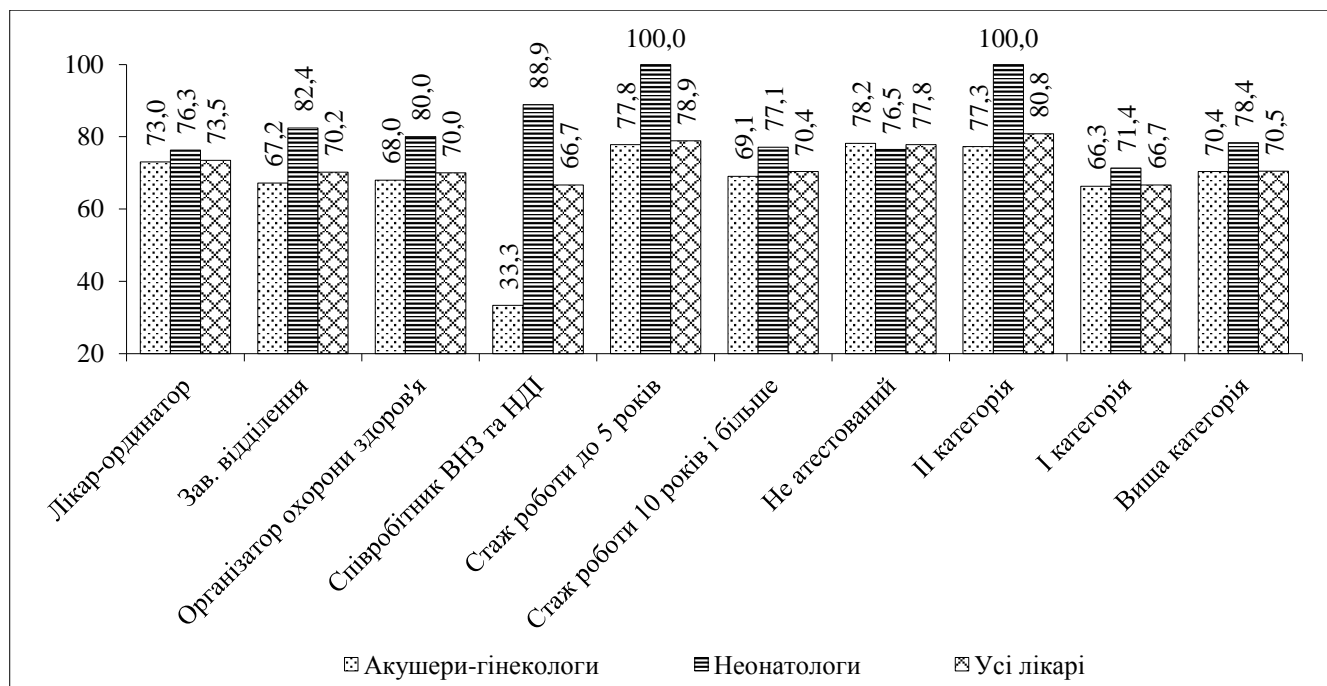
Підтвердженням зацікавленості спеціалістів у кінцевих результатах своєї роботи стала однозначно висока оцінка як акушерів-гінекологів, так і неонатологів необхідності подання і аналізу інтегральних показників діяльності ЗПД, які характеризують рівень і індекс концентрації фетоінфантильних і материнських втрат – перинатальної, неонатальної і материнської смертності. За даними дослідження, аналіз показників перинатальної смертності вважали за доцільне 95,2±1,09% лікарів (95,1±1,2% акушерів-гінекологів, 95,7±2,46% неонатологів), неонатальної – 94,7±1,13% (94,1±1,3%, 97,1±2,02%), материнських втрат – 94,4±1,16% (94,4±1,27% та 94,2±2,81% відповідно).

Задоволеність медичною допомогою – показник, який інтегрує відображення об'єктивного стану організації медичної допомоги, сприйняття її особистістю і є обов'язковим компонентом оцінки і управління якістю медичної допомоги. Тому система МіО РПД включала інформацію, яку можна отримати за зворотним зв'язком із пацієнтами – вивчення задоволеності пацієнтів медичною допомогою шляхом проведення анкетування.

Незважаючи на важливість і актуальність цього питання, лише 72,3±2,26% спеціалістів (70,7±2,53% акушерів-гінекологів і 79,7±4,84% неонатологів) вважали за доцільне вивчати задоволеність пацієнтів медичною допомогою (рис. 2).

Результативність впровадження нових технологій визначається як рівнем прийнятих рішень і форм, так і ступенем готовності закладу охорони здоров'я і медичного персоналу до перетворень.

Тому система МіО РПД включала збір і аналіз даних наявності акредитації ЗПД, наглядних рад, регіональних програм освіти населення, локальних протоколів, забезпечення ЗПД відповідним медичним обладнанням, підготовки медичних кадрів, середніх витрат на медикаменти.



**Рис. 2.** Характеристика позитивного ставлення спеціалістів до оцінки задоволеності пацієнтів медичною допомогою залежно від посади, стажу роботи та атестаційної категорії (на 100 опитаних)

Незважаючи на те, що акредитація закладу охорони здоров'я – це офіційне визнання наявності в закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних працівників єдиним кваліфікаційним вимогам, про необхідність проведення аналізу відповідності ЗПД стандартам акредитації і наявності ліцензії на провадження господарської діяльності і медичної практики засвідчили лише 83,7±1,86% спеціалістів (82,4±2,12% акушерів-гінекологів і 89,9±3,63% неонатологів).

Порівняно більша підтримка респондентів питань доцільності збору і аналізу даних наявності сучасного медичного обладнання ЗПД і відповідності його табелям оснащення – 86,8±1,71% спеціалістів (84,9±1,99% акушерів-гінекологів і 95,7±2,46% неонатологів).

Запорукою високої якості надання медичної допомоги матерям та дітям у ЗПД є дотримання визначених стандартів, які складаються з чіткого дотримання нормативно-правової бази – покрокового виконання клінічних протоколів, а також постійного підтримання професійного рівня усіх учасників як процесу медичного супроводу вагітної, так і догляду за новонародженими. Для забезпечення виконання цих умов необхідна розробка локальних протоколів. Доцільність аналізу наявності у ЗПД локальних протоколів визнали лише 85,0±1,80% спеціалістів (83,3±2,07% акушерів-гінекологів і 92,8±3,12% неонатологів), що може свідчити про те, що розробка локальних протоколів у ЗПД залишається проблемною.

Суттєве значення для забезпечення політичної підтримки регіоналізації перинатальної допомоги має активна робота незалежного колегіального органу – наглядової ради. Проте необхідність включення в систему МіО РПД даних про діяльність наглядової ради отримала найменшу підтримку респондентів – лише 65,1±2,40% лікарів (64,2±2,66% акушерів-гінекологів і 69,6±5,54% неонатологів) вважали за доцільне використовувати дані.

У ході регіоналізації перинатальної допомоги з метою зняття соціальної напруги, яка є наслідком оптимізації мережі ЗПД і закриття малопотужних пологових відділень, передбачено створення і функціонування регіональних програм освіти населення. І переважна більшість спеціалістів (83,5±1,87%, 83,6±1,63% акушерів-гінекологів, і 82,6±3,63% неонатологів) висловили позитивну думку щодо доцільності включення в систему МіО РПД цього показника.

Кваліфікована допомога в галузі перинатальної медицини має бути організована з урахуванням розвитку сучасних технологій, досягнень усіх галузей медичної та науки і постійної підтримки професійної компетентності медичних працівників усіх рівнів. І однією з основних складових МіО РПД є аналіз підготовки медичного персоналу ЗПД. Необхідність проведення оцінки цього показника підтримали 74,8±2,19% респондентів (73,8±2,44% акушерів-гінекологів і 79,7±4,84% неонатологів).

Актуальним питанням регіоналізації перинатальної допомоги є забезпечення достатнього, відповідно до стандартів медичної допомоги, фінансування витрат на лікування за рахунок коштів загального бюджету.

Невисока оцінка позитивних відповідей доцільності аналізу витрат на лікування пацієнтів – 75,6±2,17% спеціалістів (75,0±2,41% акушерів-гінекологів і 78,3±4,97% неонатологів), можливо, зумовлена як недостатньою обізнаністю спеціалістів специфікою фінансування, так і неможливістю позитивного впливу на неї.

Важливою складовою регіональної системи перинатальної допомоги є транспортування вагітних жінок і новонароджених із групи високого перинатального ризику із ЗПД I і II рівнів у перинатальний центр III рівня. Включення даних переведень пацієнток (вагітних, роділь, породіль) і новонароджених у ЗПД вищого рівня дає змогу оцінити як стан реструктуризації ЗПД за рівнями медичної допомоги, так і виконання алгоритму ведення вагітних із пренатальним ризиком. Доцільність надання цих даних отримала порівняно невисоку оцінку респондентів: 82,7±1,91% лікарів (81,5±2,13% акушерів-гінекологів і 88,4±3,85% неонатологів) позитивно оцінили надання даних стосовно переведень пацієнток, а 84,5±1,83% лікарів (83,3±2,07% акушерів-гінекологів і 89,9±3,63% неонатологів) – стосовно переведень новонароджених.

Невід'ємним елементом координації та інтеграції перинатальної допомоги в регіоні, що забезпечує ефективну, своєчасну та безперервну медичну допомогу, безпечно та обгрунтоване переведення пацієнтів з одного рівня перинатальної допомоги на інший є консультування. За даними анкетування, доцільність аналізу проведених консультацій пацієнткам (вагітним, родільям, породільям) підтримали 81,7±1,96% лікарів (83,0±2,09% акушерів-

гінекологів і 75,4±3,85% неонатологів), а новонародженим – 79,4±2,04% лікарів (79,0±2,26% акушерів-гінекологів і 81,2±4,71% неонатологів).

Як акушери-гінекологи, так і неонатологи однозначно поставилися щодо обсягів, змісту МіО РДП. Не виявлено статистично значущої залежності частоти позитивних відповідей залежно від обійманої посади, стажу роботи і кваліфікаційної категорії респондентів. Характерна лише тенденція більшої потреби неонатологів і лікарів-ординаторів у необхідності даних виконання маршрутів пацієнтів, фетоінфантильних і материнських втрат, молодих спеціалістів зі стажем роботи до 5 років – у даних проведених консультувань пацієнтів, задоволеності їх медичною допомогою, готовності ЗПД до регіоналізації перинатальної допомоги.

Щодо частоти проведення аналізу, то в цілому 3/4 респондентів підтримали передбачені МіО РДП терміни надання даних – щоквартально і двічі на рік.

Розроблена методика визначення доцільних обсягів системи МіО регіоналізації перинатальної допомоги включала проведення експертного опитування методом відкритої дискусії з подальшим анкетуванням. Для ефективного і правильного прийняття рішень із цього питання були залучені висококваліфіковані спеціалісти – експерти охорони здоров'я.

Результат обробки експертних даних показав, що в цілому експерти позитивно оцінили необхідність пропонуваного обсягів МіО РДП – середній бал при десятибальній оцінці різних компонентів коливався від 9,1±0,15 до 7,6±0,21 (табл.).

*Таблиця*  
**Результати експертної оцінки основних компонентів моніторингу і оцінки регіоналізації перинатальної допомоги**

<b>Компонент системи МіО РДП</b>	<b>Середній бал</b>	<b>CV(%)</b>
Розподіл пологів за рівнями перинатальної допомоги	8,2±0,2	8,3
Індекс концентрації вагітних у ЗПД I–III рівнів перинатальної допомоги згідно з переліком медичних показань	8,8±0,19	7,9
Індекс концентрації народжень дітей залежно від маси тіла при народженні у ЗПД I–III рівнів перинатальної допомоги	8,9±0,14	5,4
Індекс концентрації новонароджених з вродженими вадами розвитку та ВШК III–IV ст. у ЗПД III рівня перинатальної допомоги	8,6±0,16	6,7
Вживання новонароджених залежно від маси тіла при народженні та рівня перинатальної допомоги	8,0±0,16	6,8
Перинатальна смертність залежно від рівня перинатальної допомоги	9,1±0,15	5,9
Неонатальна смертність залежно від рівня перинатальної допомоги	8,5±0,15	6,2
Материнська смертність залежно від рівня перинатальної допомоги	8,5±0,15	6,4
Частота переведень вагітних, роділь, породіль та новонароджених із ЗПД I–II рівнів у ЗПД III рівня перинатальної допомоги	8,7±0,13	5,2
Частота дистанційних (телемедицина) консультацій вагітних, роділь, породіль і новонароджених ЗПД I–II рівнів спеціалістами ЗПД III рівня перинатальної допомоги	7,6±0,21	10,2
Відповідність матеріально-технічної бази ЗПД рівню перинатальної допомоги	8,5±0,18	7,6
Середні витрати на медикаменти для лікування (у гривнях у середньому на 1 вибулого пацієнта – родільню / породільню, новонародженого) за рахунок коштів загального фонду бюджету залежно від рівня перинатальної допомоги	8,0±0,2	9,2

При цьому найбільш позитивно експерти оцінили доцільність проведення оцінки як інтегрального показника ефективності РПД – перинатальної смертності залежно від рівня перинатальної допомоги ( $9,1 \pm 0,15$  балу), так і індикаторів, що характеризують процес впровадження РПД – індексу концентрації народжень дітей залежно від маси тіла при народженні у ЗПД I–III рівнів перинатальної допомоги ( $8,9 \pm 0,27$  балу) та індексу концентрації вагітних у ЗПД I–III рівнів ПД згідно з переліком медичних показань ( $8,8 \pm 0,19$  балу).

Достатньо високо експерти оцінили необхідність аналізу індикаторів, що характеризують повноту реструктуризації ЗПД за рівнями перинатальної допомоги та виконання маршрутів пацієнтів – частоти переведень вагітних, роділь, породіль та новонароджених із ЗПД I–II рівнів у ЗПД III рівня перинатальної допомоги ( $8,7 \pm 0,13$  балу), дотримання алгоритму ведення вагітних із перинатальним ризиком – індексу концентрації новонароджених із вродженими вадами розвитку та ВШК III–IV ст. у ЗПД III рівня перинатальної допомоги ( $8,6 \pm 0,16$  балу), інтегральних показників РПД – неонатальної і материнської смертності залежно від рівня перинатальної допомоги ( $8,5 \pm 0,15$  балу) та індикатора структури – відповідності матеріально-технічної бази ЗПД рівню перинатальної допомоги ( $8,5 \pm 0,18$  балу).

Позитивна, але менш висока оцінка експертів індикатора фінансового забезпечення РПД – середніх витрат на медикаменти для лікування за рахунок коштів загального фонду бюджету залежно від рівня перинатальної допомоги ( $8,0 \pm 0,2$  балу), та індикатора процесу – частоти консультацій пацієнтів ( $7,6 \pm 0,21$  балу) вірогідно зумовлена відсутністю доказів щодо впливу на ці індикатори стану регіоналізації перинатальної допомоги.

Для оцінки ступеня узгодженості думок серед експертів підраховувався відповідний показник – коефіцієнт варіації.

За даними таблиці, за всіма компонентами МіО РПД отримано високий ступінь узгодженості експертів ( $5,2$ – $10,2\%$ ), що може бути зумовлено як правильністю вибору методики проведення експертного опитування, так і важливістю оцінки розроблених індикаторів МіО РПД.

### Висновки

Матеріали проведеного дослідження щодо визначення показників МіО РПД та термінів їх надання засвідчили доцільність проведення моніторингу за всіма

пропонованими показниками в орієнтовні терміни. Встановлено, що майже половина із них –  $42,7 \pm 2,5\%$ , у т.ч.  $42,3 \pm 2,74\%$  акушерів-гінекологів і  $44,9 \pm 5,99\%$  неонатологів, вважали за доцільне проводити МіО РПД за всіма пропонованими індикаторами. В цілому за даними анкетування, найбільша потреба лікарів в отриманні показників, що характеризують рівень реструктуризації ЗПД – індексу концентрації пологів ( $93,6 \pm 1,23\%$ ), деяких показників виконання маршрутів пацієнтів – розроджень вагітних із тяжкими формами прееклампсії і еклампсії ( $96,4 \pm 0,93\%$ ), цукровим діабетом ( $93,8 \pm 1,16\%$ ), народжень немовлят залежно від маси тіла при народженні ( $95,9 \pm 1,00\%$ ), і шляхом кесаревого розтину ( $94,7 \pm 1,13\%$ ) та інтегральних показників ефективності регіоналізації перинатальної допомоги – виживання новонароджених залежно від маси тіла при народженні і рівня ЗПД ( $92,4 \pm 1,34\%$ ), перинатальних ( $95,2 \pm 1,08\%$ ), неонатальних ( $94,7 \pm 1,13\%$ ) і материнських ( $94,4 \pm 1,16\%$ ) втрат. Меншу, але достатньо високу підтримку ( $80,0$ – $90,0\%$ ) серед респондентів отримали пропоновані показники індексу концентрації розроджень вагітних із вадами серця і хворобами системи кровообігу, переведень жінок і новонароджених у ЗПД вищого рівня, консультації їх, наявності ліцензій на право господарської діяльності з медичної практики, освітніх програм для населення.

Дані медико-соціального дослідження вказали на проблеми, які гальмують впровадження РПД, – лише  $65,1 \pm 2,40\%$  спеціалістів підтримали доцільність включення до показників МіО РПД наявність у ЗПД наглядової ради,  $72,3 \pm 2,26\%$  – даних вивчення задоволеності пацієнтів медичною допомогою,  $74,8 \pm 2,19\%$  – даних професійної підготовки медичних працівників,  $75,6 \pm 2,17\%$  – середніх витрат на лікування.

Дані анкетування медичних працівників щодо визначення показників МіО РПД та термінів їх надання підтвержені позитивною оцінкою експертів усіх компонентів МіО РПД (середній бал –  $9,1 \pm 0,15$  –  $7,6 \pm 0,21$  при десятибальній оцінці) при високому ступені їх узгодженості ( $5,2$ – $10,2\%$ ).

### Перспективи подальших досліджень

У подальшому планується продовжити дослідження щодо створення системи МіО діяльності акушерсько-гінекологічної служби.

## Література

1. Дудіна О. О. Перші результати впровадження заходів національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 1. – С. 5–12.
2. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / за ред. Р. О. Моїсеєнко ; Міністерство охорони здоров'я України. – 2012. – 136 с.
3. *Перша* глобальна стратегія ВООЗ в області репродуктивного здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://whqlibdoc.who.int>. – Назва з екрана.
4. ПРООН [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.undp.org/gef/undp/gef\\_monitoring\\_evaluation](http://www.undp.org/gef/undp/gef_monitoring_evaluation) – Назва з екрана.
5. *Результати* діяльності перинатальних центрів в Україні / А. В. Терещенко, Н. Г. Гойда, Р. О. Моїсеєнко, О. О. Дудіна // Здоров'я жінки. – 2014. – № 2. – С. 21–25.
6. *Технологія* моніторингу й оцінювання регіоналізації перинатальної допомоги / А. В. Терещенко, Н. Г. Гойда, О. О. Дудіна, Р. О. Моїсеєнко // Здоров'я жінки. – 2014. – № 9 (95). – С. 22–27.
7. *Шунько Є. Є.* Впровадження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні / Є. Є. Шунько // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2011. – Т. I, № 1. – С. 4–15.
8. *Sheth S. S.* Reduction in mortality needs a bit more than the science of perinatology / S. S. Sheth // Journal of Perinatal Medicine. – 2005, June. – Vol. 31, No 5. – P. 373–375.

*Дата надходження рукопису до редакції: 19.06.2015 р.*

**Результаты изучения целесообразности проведения мониторинга и оценки регионализации перинатальной помощи**

Е.А. Дудина<sup>1</sup>, Г.А. Дзюба<sup>2</sup>,  
А.В. Терещенко<sup>3</sup>, О.А. Коваленко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Український інститут стратегічних досліджень МЗ України», г. Київ, Україна

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломного освіти імені П.Л. Шупика, г. Київ, Україна

<sup>3</sup>Міністерство охорони здоров'я України, г. Київ, Україна

**Цель** – изучить целесообразность внедрения мониторинга и оценки регионализации перинатальной помощи.

**Материалы и методы.** Осуществлено анкетирование и экспертный опрос медицинских работников относительно целесообразности внедрения мониторинга и оценки регионализации перинатальной помощи. Применены **методы:** социологический, экспертных оценок, статистический, графического изображения.

**Результаты.** Установлена потребность врачей в получении всех показателей мониторинга и оценки регионализации перинатальной помощи, в частности, индексов концентрации родов (93,6±1,23%), родоразрешений беременных с перинатальным риском (96,4±0,93% – 87,0±1,17%), рождений младенцев в зависимости от массы тела при рождении (95,9±1,00%), показателей выживания новорожденных (92,4±1,34%), перинатальных (95,2±1,08%), неонатальных (94,7±1,13%) и материнских (94,4±1,16%) потерь. Данные анкетирования подтверждены позитивной оценкой экспертов всех компонентов мониторинга и оценки регионализации перинатальной помощи (средний балл – 9,1±0,15–7,6±0,21 при десятибалльной оценке) при высокой степени их согласованности (CV 5,2–10,2%).

**Выводы.** Полученные данные подтвердили необходимость проведения анализа всех предусмотренных мониторинга и оценки регионализации перинатальной помощи показателей и сроков их предоставления.

**Ключевые слова:** мониторинг, оценка регионализация, перинатальная помощь, перинатальный риск, индекс концентрации, новорожденные.

**Results of studying of feasibility of monitoring and evaluation of regionalization of perinatal care**

O.O. Dudina<sup>1</sup>, G.A. Dziuba<sup>2</sup>,  
A.V. Tereshchenko<sup>3</sup>, O.O. Kovalenko<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

<sup>3</sup>Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to study expediency of implementing monitoring and evaluation of regionalization of perinatal care.

**Materials and methods.** Questioning survey and expert interrogation of medical staff regarding expediency of implementation of monitoring and evaluation of regionalization of perinatal care is carried out. Applied **methods:** sociological, expert estimations, statistical, graphical representation.

**Results.** It is established need of doctors for obtain all indicators of monitoring and evaluation of regionalization of perinatal care, including childbirth concentration indexes (93.6±1.23%), deliveries of pregnant women with perinatal risk (96.4±0.93% – 87.0±1.17%) births of infants depending on birth weight (95.9±1.00%), newborn survival rates (92.4±1.34%), perinatal (95.2±1.08%), neonatal (94.7±1.13%) and maternal (94.4±1.16%) losses. The given questioning it is confirmed the positive assessment of experts of all components of monitoring and evaluation of regionalization of perinatal care (average – 9.1±0.15 – 7.6±0.21 at ten-mark evaluation) with high degree of their coherence (CV 5.2–10.2%).

**Conclusions.** The received data have confirmed necessity of carrying out of analysis of all provided monitoring and evaluation of regionalization of perinatal care indicators and terms of their provision.

**Key words:** monitoring, regionalization assessment, perinatal care, perinatal risk, concentration index, newborns, survival, fetoinfancy losses.

**Відомості про авторів**

Дудіна Олена Олександрівна – к.мед.н., с.н.с., зав. відділення охорони здоров'я матері і дитини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Дзюба Галина Анатоліївна – к.мед.н., доц. кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

Терещенко Альона Василівна – Міністерство охорони здоров'я України, вул. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, Україна.

Коваленко Ольга Олександрівна – н.с. тренінгового центру підготовки спеціалістів з питань методології, планування, проведення і презентації наукових досліджень, основ доказової медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.