

В.Г. Гінзбург (Дніпропетровськ)

# РЕЗУЛЬТАТИ РЕГІОНАЛІЗАЦІЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Головне управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації

Дослідження проведено протягом 2000–2010 рр. на основі державних і галузевих статистичних даних та даних регіонального моніторингу стану здоров'я матері та дитини. Встановлено, що регіоналізація перинатальної допомоги у поєднанні із застосуванням сучасних акушерських технологій дала змогу істотно поліпшити показники репродуктивного здоров'я: зменшити рівень перинатальної смертності в 3,6 разу, збільшити питому вагу нормальних пологів у 2,3 разу; зменшити захворюваність новонароджених у 2,1 разу. При цьому в 1,4 разу скоротилася середня тривалість перебування родиль і породиль на пологовому ліжку, що істотно знизило ризик зараження новонароджених внутрішньолікарняними інфекціями. Водночас, реорганізація та скорочення зайвого ліжкового фонду сприяли зменшенню необґрунтованих витрат на утримання неефективно діючих стаціонарних ліжок.

**Ключові слова:** перинатальна допомога, регіоналізація, ефективність.

У 2000 р. під час проведення Світового Саміту Тисячоліття лідери 189 країн, включаючи Україну, підписали Декларацію Тисячоліття Організації Об'єднаних Націй. Серед Цілей розвитку тисячоліття у сферах, де нерівномірність глобального людського розвитку є найгострішою, як у світі в цілому, так і в Україні зокрема, дві цілі безпосередньо стосуються охорони здоров'я – зменшення дитячої смертності та поліпшення здоров'я матерів. Реалізація цих цілей в Україні передбачає зниження за період 1990–2015 рр. рівня смертності дітей віком до 5 років на 2/3, а материнської смертності – на 3/4 [6].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, одним з чинників, які негативно впливають на результативність перинатальної допомоги, є розпорошеність кадрових і техніко-технологічних ресурсів: «Акушерські стаціонари з кількістю пологів до 400 на рік є небезпечними для матері та дитини». Такі структури не гарантують безпеки медичної допомоги та не забезпечують постійної підтримки кваліфікаційного рівня лікарів.

Доведено, що поряд із впровадженням сучасних медичних технологій для підвищення ефективності перинатальної допомоги і досягнення Цілей тисячоліття необхідно концентрувати висококваліфіковані кадри та високотехнологічне обладнання в одному місці, щоб забезпечити доступність для вагітних кваліфікованої якісної медичної допомоги. Така концентрація отримала назву «регіоналізація перинатальної допомоги» [1;4].

**Мета роботи** – дослідити вплив регіоналізації перинатальної допомоги в Дніпропетровській області на ефективність такої допомоги в регіоні.

## Матеріали та методи

Дослідження проведено за 2000–2010 рр. на основі державних і галузевих статистичних даних та даних регіонального моніторингу стану здоров'я матері і дитини.

Матеріали дослідження статистично опрацьовані з використанням методів біометричного аналізу, реалізованих у пакетах програм Excel-2003®, Statistica 6.0 (StatSoft Inc.).

## Результати дослідження та їх обговорення

На початку тисячоліття рівні малюкової (11,9 на 1000 новонароджених) та материнської смертності (26,2 на 100 тис. новонароджених) в Україні істотно перевищували показники, що склалися в Європейському регіоні, (на 17,9% і 27,1%), та ще більше (відповідно на 24,2% і 38,6%) – показники в країнах Євросоюзу (ЄС). У Дніпропетровській області обидва показники були гіршими, ніж у цілому по Україні, – малюкової (12,9‰) вище на 7,8%, а материнської (31,1 на 100 тис.) – на 15,8% (рис. 1).

Поглиблений аналіз родопомічної допомоги в Дніпропетровській області показав, що на кінець

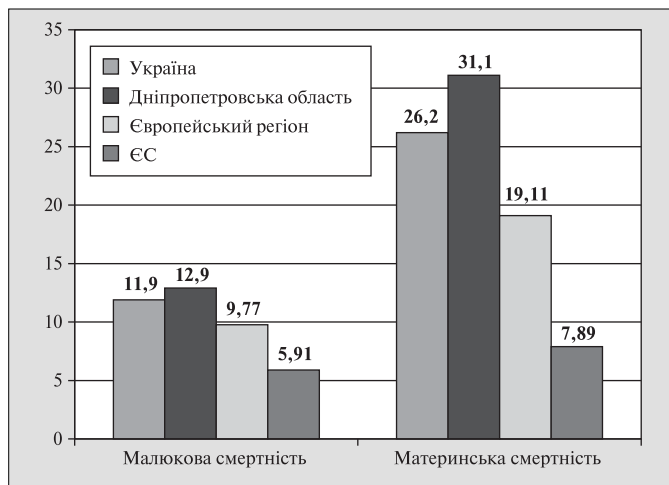


Рис. 1. Рівні малюкової та материнської смертності в Україні та Дніпропетровській області порівняно з Європейським регіоном та країнами Євросоюзу в 2000 р.

2000 р. в регіоні функціонувало 39 закладів/підрозділів, які надавали відповідну допомогу. З них більшість (54%) були малої потужності (до 400 пологів на рік), що не давало змоги підтримувати необхідний професійний рівень медичного персоналу; 28% – середньої потужності (400–1000 пологів на рік) і 18% – потужними (понад 1000 пологів на рік). Загальні показники забезпеченості акушерами-гінекологами, неонатологами та анестезіологами були нижчими, ніж по країні в цілому. Кадрова забезпеченість родопомічних закладів була недостатньою, а обмежені кадрові ресурси – розпорешеними: можливість надання анестезіологічної допомоги в цілодобовому режимі забезпечена лише в 25,6%, спеціалізованої допомоги новонародженим – у 10% родопомічних закладів/підрозділів. З 22 сільських районів лише в 7 працювало по одному неонатологу, в інших не вистачало 15 неонатологів.

Така ситуація негативно відображалася на результативних показниках: висока питома вага ускладнених родів – 70% (Україна – 68%); високий рівень захворюваності новонароджених – 297,2 на 1000 народжених живими (Україна – 272,1); високий рівень перинатальної смертності в пологових стаціонарах – 10,36 на 1000 народжених живими і мертвими з коливаннями по районах у межах 4,2–19,5 (Україна – 9,6); високий рівень ранньої неонатальної смертності – 4,7 на 1000 народжених живими (Україна – 4,5); високий рівень мертвонароджуваності – 5,7 на 1000 народжених живими і мертвими (Україна – 5,1).

Протягом 2001–2010 рр. в Дніпропетровській області в плановому порядку проводилася оптимізація мережі акушерських закладів, суть якої полягала в її регіоналізації насамперед шляхом створення потужних міжрайонних пологових центрів, укомплектованих підготовленим медичним персоналом, забезпечених необхідним медичним обладнанням і здатних за необ-

хідності цілодобово надавати інтенсивну медичну допомогу новонародженим і породіллям. Важливою характеристикою діяльності центрів стало стрімке збільшення їх продуктивності (числа прийнятих пологів за рік), що, за даними доказового менеджменту, позитивно впливає як на якість акушерської допомоги, оскільки дає змогу підтримувати у постійній готовності необхідні професійні навички медичного персоналу, так і на ефективність медичного обслуговування через скорочення малопотужних пологових відділень. Центри створювалися з урахуванням стану транспортних комунікацій для забезпечення оптимальної доступності допомоги, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, на базі яких вони розміщувалися. Паралельно з цими процесами малопотужні і не забезпечені кадрами родопомічні заклади/підрозділи закривалися.

У результаті структура мережі родопомічних закладів за їх потужністю, яка визначалася чисельністю прийнятих пологів на рік, радикально змінилася (рис. 2). На кінець 2010 р. в області функціонувало 29 родопомічних закладів/підрозділів, з яких 45% належали до категорії потужних (понад 1000 пологів на рік) і лише 34% – до категорії малопотужних (до 400 пологів на рік). Мешканки 13 сільських районів, в яких щорічно реєструвалося до 400 новонароджених, забезпечувалися акушерською допомогою у 9 міжрайонних пологових центрах прилеглих міст.

З метою забезпечення надання безоплатної медичної допомоги мешканцям сільських районів у міжрайонних пологових центрах при існуючій до 2012 р. фрагментації бюджетів відпрацьовано механізм міжбюджетних розрахунків за пологи між районними та міськими радами у формі щорічних трансфертів або відшкодування витрат породіллям шляхом адресної допомоги.

За період організаційних перетворень з регіоналізації структура стаціонарної акушерської допомоги за

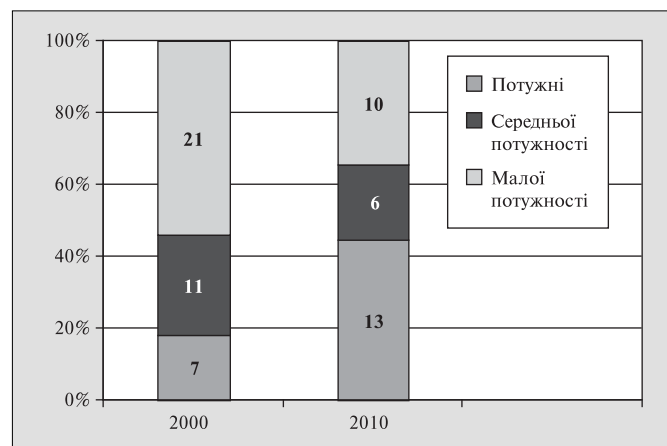


Рис. 2. Динаміка чисельності пологових стаціонарів різної потужності в Дніпропетровській області у 2000 та 2010 рр.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика деяких показників діяльності родопомічних закладів до- та після регіоналізації в Дніпропетровській області (%)

Показник	До експерименту (2000 р.)			Після експерименту (2010 р.)		
	потужні	середньої потужності	малопотужні	потужні	середньої потужності	малопотужні
Усього пологів	17,9	28,3	53,8	81,2	10,5	8,3
Пологи в роділь з екстрагенітальною патологією	н/д	н/д	н/д	94,4	1,3	4,3
Кесареві розтини	51,5	39,3	9,2	86,2	8,7	5,1
Новонароджені з вагою до 2500 г	72,6	9,5	17,9	88,5	6,1	5,4
Новонароджені з вагою до 1500 г	н/д	н/д	н/д	87,2	9,7	7,6

місцем її надання радикально змінилася (табл. 1): у потужних пологових стаціонарах в 2010 р. фіксувалася переважна більшість загального числа пологів (81,2% проти 17,9% у 2000 р.), пологів у породіль з ек-

трагенітальною патологією (94,2%); кесаревих розтинів (86,2% проти 51,5% у 2000 р.); народження дітей мало-вагової категорії – до 2500 г (88,5% проти 72,6% у 2000 р.) та дуже маловагової категорії – до 1500 г (83,7%).

Таблиця 2

Ресурсна забезпеченість родопомічних закладів до- та після проведення регіоналізації в Дніпропетровській області (% від потреби)

Показник	До експерименту (2000 р.)			Після експерименту (2010 р.)		
	потужні	середньої потужності	малопотужні	потужні	середньої потужності	малопотужні
Можливість цілодобового надання анестезіологічної допомоги в закладі (забезпеченість анестезіологами)	42,9	61,5	4,6	100,0	100,0	55,6 (у чотирьох закладах – цілодобове чергування лікарями забезпечується шляхом ургентації)
Можливість надання спеціалізованої допомоги новонародженим (забезпеченість неонатологами)	42,9	7,6	0	79,0 (в трьох закладах цілодобове чергування лікарями забезпечується за рахунок ургентації)	80,0 (в одному закладі цілодобове чергування лікарями забезпечується за рахунок ургентації)	55,6 (цілодобове чергування лікарями забезпечується за рахунок ургентації; в 4 закладах лікарі відсутні)
Оснащення обладнанням для діагностики екстремальних станів і надання невідкладної допомоги	н/д	н/д	н/д	41,5	38,3	35,6

Усвідомлюючи, що міжрайонні центри, міські пологові будинки та акушерські відділення міських лікарень, що обслуговують як жителів відповідної адміністративно-територіальної одиниці, так і жителів прилеглих районів, концентрують у себе контингент складних хворих (а це потребує додаткового фінансування), область постійно надавала підтримку таким закладам шляхом: пріоритетного перерозподілу централізованих поставок високовартісного обладнання (коштом державного бюджету 2007 р. – 7,7 млн грн; 2008 р. – 0,7 млн грн; 2009 р. – 2,0 млн грн); передачі субвенцій з обласного бюджету для придбання необхідного обладнання та для медикаментозного забезпечення пологів сільським мешканкам (2007 р. – 1,7 млн грн; 2010 р. – 0,45 млн грн); надання медикаментів для боротьби з акушерськими кровотечами та дихальними розладами у новонароджених, закупленими у рамках обласної програми (з 2008 р. щорічно – 1,2 млн грн).

Вжиті заходи дали змогу істотно зміцнити ресурсний потенціал родопомічних структур (табл. 2). Заклади високої та середньої потужності стовідсотково забезпечені кадровими можливостями для цілодобового надання анестезіологічної допомоги, а 80% цих закладів – кадровими можливостями для надання спеціалізованої допомоги новонародженим. Однак оснащення обладнанням для діагностики екстремальних і надання невідкладної допомоги все ще недостатнє і потребує додаткових інвестицій.

У цілому регіоналізація перинатальної допомоги в області, насамперед закриття малопотужних відділень, реорганізація та скорочення зайвого ліжкового фонду, сприяла скороченню необґрунтованих витрат на утримання неефективно діючих стаціонарних ліжок. А організація перинатальної допомоги на принципах науково-доказової медицини, своєю чергою, позитивно вплинула на більшість індикаторних показників репродуктивного здоров'я.

Аналіз результативності регіоналізації у поєднанні із застосуванням сучасних акушерських технологій показав, що за 10 років рівень перинатальної смертності (з урахуванням дітей від 500,0 г) зменшився у 3,6 разу, питома вага нормальних пологів зросла в 2,3 разу (з 31,0% до 71,4%), захворюваність новонароджених знизилася в 2,1 разу (з 297,2 до 144,1 на 1000). При цьому в 1,4 разу зменшилася середня тривалість перебування родиль і породіть на пологовому ліжку, що істотно зменшило ризик зараження новонароджених внутрішньолікарняними інфекціями [1–3;5].

## Висновки

Регіоналізація перинатальної допомоги є ефективною організаційною технологією. Результати її застосування свідчать про поліпшення більшості індикаторних показників репродуктивного здоров'я та підвищення ефективності використання обмежених ресурсів галузі.

## Список літератури

1. Гінзбург В. Г. Регіоналізація акушерської допомоги – шлях до підвищення її якості / В. Г. Гінзбург // Мед. перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 127–128.
2. Гінзбург В. Г. Якість медичної допомоги в акушерських стаціонарах очима пацієнтів / В. Г. Гінзбург // Мед. перспективи. – 2010. – № 4. – С. 103–112.
3. Гінзбург В. Г. Якість медичної допомоги породіллям та новонародженим в акушерських стаціонарах та після проведення організаційного експерименту / В. Г. Гінзбург // Здоров'я жінки. – 2011. – № 9 (65). – С. 16–27.
4. Моїсеєнко Р. О. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні: практичні настанови / за ред. Р. О. Моїсеєнко. – К. : МОЗ України, 2012. – 111 с.
5. Порівняльна оцінка якості медичної допомоги породіллям/новонародженим до- та після проведення організаційного експерименту з комплексної реорганізації акушерської служби / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, В. В. Михайлова, К. Каїра // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 4 (20). – С. 117–123.
6. ЦРТ для України: Представництво Організації Об'єднаних Націй в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ukraine2015.org.ua/about>. – Титул з екрану.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.03.2012 р.

## Результаты регионализации перинатальной помощи в Днепропетровской области

*В.Г. Гинзбург* (Днепропетровск)

Исследование проведено в течение 2000–2010 гг. на основе государственных и отраслевых статистических данных и данных регионального мониторинга состояния здоровья матери и ребенка. Установлено, что регионализация перинатальной помощи в сочетании с применением современных акушерских технологий позволила существенно улучшить показатели репродуктивного здоровья: уменьшить уровень перинатальной смертности в 3,6 раза, увеличить удельный вес нормальных родов в 2,3 раза; уменьшить заболеваемость новорожденных в 2,1 раза. При этом в 1,4 раза сократилась средняя продолжительность пребывания рожениц и родильниц на акушерской койке, что существенно снизило риск заражения новорожденных внутрибольничными инфекциями. В то же время, реорганизация и сокращение избыточного коечного фонда способствовали уменьшению необоснованных расходов на содержание неэффективно функционирующих стационарных коек.

**Ключевые слова:** перинатальная помощь, регионализация, эффективность.

## Results of regionalization of perinatal care in Dnipropetrovsk region

*V.G. Ginzburg* (Dnipropetrovsk)

The research conducted during 2000–2010 based on the state and sectoral statistics data and data from regional monitoring of the mother and child's health. It is established, that regionalization of the perinatal care in addition to application of the modern obstetric technologies allowed to improve the reproductive health index substantially: to decrease the level of perinatal death rate in 3.6 times, increase specific weight of normal childbirth in 2.1 times. In addition to that, duration of stay of parturient women in maternity home was reduced in 1.4 times, which in turn rapidly decreased the level of hospital acquired infections among newborns. Simultaneously, reorganization and decrease of hospital beds allowed to shorten unreasonable expenses for the maintenance of the operating hospital beds.

**Key words:** perinatal care, regionalization, effectiveness.