

В.Г. Гінзбург (Дніпропетровськ)

# ВПЛИВ РЕГІОНАЛІЗАЦІЇ СТАЦІОНАРНОЇ АКУШЕРСЬКОЇ ДОПОМОГИ НА ЯКІСТЬ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ПОРОДІЛЬ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ

Головне управління охорони здоров'я  
Дніпропетровської обласної державної адміністрації

*Дослідження проведено в Дніпропетровській області протягом 2000–2010 рр. на основі державних і галузевих статистичних даних, а також матеріалів експертної оцінки 859 випадків надання медичної допомоги породіллям і новонародженим (154 випадки пологів до та 705 випадків пологів після проведення регіоналізації акушерської допомоги). Складовими регіоналізації були: формування оптимальної мережі та потужності родопомічних закладів; зміцнення ресурсного потенціалу родопомічних структур; формування маршрутів родиль, виходячи зі ступеня їх перинатального ризику; запровадження механізмів для ліквідації міжбюджетних бар'єрів щодо надання безоплатної родопомічної допомоги. Встановлено, що регіоналізація поряд із застосуванням сучасних акушерських технологій дала змогу істотно підвищити якість медичної допомоги: збільшити питому вагу нормальних пологів; зменшити частоту непоказаних втручань і частоту ускладнень при пологах; збільшити адекватність складу профілактичних заходів новонародженим; скоротити середні терміни перебування породіль і новонароджених у стаціонарах. У результаті захворюваність новонароджених зменшилася в 2,1 разу, рівень перинатальної смертності – в 3,6 разу.*

**Ключові слова:** акушерська допомога, регіоналізація, якість медичної допомоги.

Охорона материнства і дитинства є основною складовою державної політики, враховуючи значущість питання народження здорових дітей – майбутнього потенціалу будь-якої держави [3].

Забезпечення породіллям та новонародженим якісної медичної допомоги в пологових закладах і підрозділах охорони здоров'я відіграє важливу роль у зниженні рівнів материнської, малюкової захворюваності та смертності [6].

Одним з важливих сучасних напрямків підвищення ефективності перинатальної допомоги поряд із впровадженням сучасних медичних технологій [7–9] є концентрація висококваліфікованих кадрів та високотехнологічного обладнання в одному місці з тим, щоб забезпечити доступність кваліфікованої якісної медичної допомоги для вагітних. Така концентрація отримала назву регіоналізації перинатальної допомоги [1;5]. У 2011 р. Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України затвердило Порядок регіоналізації перинатальної допомоги [2].

**Мета роботи** – дослідити на прикладі Дніпропетровської області вплив регіоналізації акушерської допомоги на якість медичного обслуговування породіль та новонароджених.

## Матеріали та методи

Дослідження проведено за 2000–2010 рр. на основі державних і галузевих статистичних даних, а також матеріалів експертної оцінки якості медичного обслуговування.

Експертиза якості медичного обслуговування проведена на базі 11 стаціонарів Дніпропетровської області. Із застосуванням спеціально розробленого документу «Карти експертної оцінки якості та адекватності медичної допомоги вагітним, породіллям та новонародженим» проведено експертизу 859 випадків надання медичної допомоги породіллям та новонародженим, у т.ч. 154 випадки пологів, що відбулися за 2000–2001 рр. в малопотужних (менше 300 пологів) пологових стаціонарах, які в процесі структурної реорганізації були закриті, а потоки пацієнтів переорієнтовані в потужні міжрайонні пологові стаціонари, та 705 випадків пологів, що відбулися за 2011 р. у стаціонарах різної потужності.

Оцінка проведена 12 досвідченими спеціалістами з використанням затверджених МОЗ України клінічних протоколів (накази МОЗ України від 03.11.2008 р. №624, від 31.12.2004 р. №676, від 28.01.2011 р. №42, від 27.12.2006 р. №906, від 29.12.2005 р. №782,

від 08.06.2007 р. №312, від 29.08.2006 р. №584, від 27.04.2006 р. №255).

Статистична обробка матеріалів дослідження проведена з використанням методів біометричного аналізу, реалізованих у пакетах програм EXCEL-2003®, STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc.)

### Результати дослідження та їх обговорення

Протягом 2001–2010 рр. в Дніпропетровській області в плановому порядку здійснювалася регіоналізація мережі акушерських закладів, яка включала:

- 1) створення (з урахуванням стану транспортних комунікацій для забезпечення оптимальної доступності допомоги, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, на базі яких вони розміщувалися) потужних міжрайонних пологових центрів, укомплектованих підготовленим медичним персоналом, забезпечених необхідним медичним обладнанням і здатних при необхідності надавати інтенсивну медичну допомогу новонародженим та породіллям у цілодобовому режимі;
- 2) зміцнення ресурсного потенціалу родопомічних структур;
- 3) визначення, нормативне і матеріальне забезпечення оптимальних маршрутів родиль, виходячи зі ступеня їх перинатального ризику, до закладів, спроможних надати якісну, адекватну стану пацієнтки медичну допомогу;
- 4) запровадження механізмів для ліквідації міжбюджетних бар'єрів щодо надання безоплатної родопомічної допомоги пацієнткам у медичних закладах різної територіальної підпорядкованості: на I етапі – через міжбюджетні розрахунки у формі щорічних трансфертів або відшкодування витрат породіллям шляхом адресної допомоги, на II етапі після прийняття Закону України від 07.07.2011 р. №3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я У Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [4] – об'єднання коштів для надання вторинної медичної допомоги у формі єдиного потужного фінансового пулу на обласному рівні;
- 5) паралельне закриття малопотужних і незабезпечених кадрами родопомічних закладів / підрозділів.

У результаті проведених заходів за період перетворень радикально змінилися структура мережі родопомічних закладів / підрозділів та їх ресурсний потенціал. За період 2001–2010 рр. загальна чисельність таких закладів / підрозділів зменшилася з 39 до 29; питома вага потужних (понад 1000 пологів на рік) закладів / підрозділів зросла з 18% до 45% відповідно, а малопотужних (до

400 пологів на рік), не здатних підтримувати необхідний професійний рівень медичного персоналу, зменшилася з 54% до 34%. У 2010 р. заклади високої та середньої потужності у 100% мали необхідні кадрові можливості для цілодобового надання анестезіологічної допомоги (в 2001 р. – 42,9÷61,5%); у 80% – кадрові можливості надання спеціалізованої допомоги новонародженим (у 2001 р. – 42,9÷7,6%). Однак оснащення обладнанням для діагностики екстремальних станів та надання невідкладної допомоги все ще залишається далеким від потреби і вимагає додаткових інвестицій у цей сектор.

Структурно-функціональні перетворення призвели до суттєвих змін у структурі стаціонарної акушерської допомоги за місцем її надання. В потужних пологових стаціонарах в 2010 р. відбувалася переважна більшість загального числа пологів (81,2% проти 17,9% в 2000 р.), пологів у породіль з екстрагенітальною патологією (94,2%); кесаревих розтинів (86,2% проти 51,5% в 2000 р.); народження дітей маловагової категорії менше ніж 2500 г (88,5% проти 72,6% в 2000 р.) та ультраловагової категорії менше ніж 1500 г (83,7%).

Однак провідним критерієм проведених організаційних змін є їхній вплив на якість медичного обслуговування породіль та новонароджених в акушерських стаціонарах.

За даними експертизи, за період організаційного експерименту частота своєчасних пологів збільшилася на 7,0% (з  $89,0 \pm 3,1\%$  до  $95,2 \pm 0,8\%$ ,  $p < 0,05$ ) і відповідно частота передчасних пологів зменшилася на 62,2% (з  $11,0 \pm 3,1\%$  до  $4,4 \pm 0,8\%$ ;  $p < 0,001$ ), (табл. 1). Зростає частота фізіологічного перебігу пологів на 14,0% (з 71,9% до 82,0%;  $p < 0,05$ ). Слід зазначити, що такі зміни характерні не лише для потужних, але й для стаціонарів малої потужності, що можна пов'язати з тим, що, в разі високого ризику негативного перебігу пологів або передчасного розродження, вагітних своєчасно направляють до потужних стаціонарів відповідно оснащених та укомплектованих персоналом. Таку точку зору підтверджує і показник середньої тривалості пологів, який є достовірно вищим у пологових стаціонарах потужних та середньої потужності (7,0 та 7,3 години проти 6,1 години;  $p < 0,001$ ) і не відрізняється у малопотужних стаціонарах до та після реорганізації.

Практично вдвічі нижчою (на 47,9%) після проведених структурно-функціональних перетворень стала загальна частота втручань (з 53,9% до 28,2%;  $p < 0,001$ ) і частота непоказаних втручань на 58,3% при розродженні (з 54,2% до 22,6%;  $p < 0,001$ ). Безсумнівно, така динаміка є комплексним результатом курсу, прийнятого в країні, на впровадження сучасних перинатальних технологій та принципів безпечного материнства в родопомічних закладах (партнерські пологи, спільне перебування, демедикалізація пологів тощо)<sup>1</sup>. Однак

<sup>1</sup> Розпорядження Кабінету Міністрів України від 29.03.2002 р. №161-р «Про затвердження Концепції безпечного материнства» – Режим доступу : <http://uazakon.com/document/spart15/inx15235.htm>.

Таблиця 1

**Порівняльна характеристика перебігу пологів та якості медичного обслуговування породіль до та після регіоналізації акушерської служби**

Показники	До реорганізації	Після реорганізації
Своєчасність пологів (на 100 пологів) своєчасні	89,0±3,1	95,2±0,8*
передчасні	11,0±3,1	4,4±0,8*
Перебіг пологів фізіологічний (на 100 пологів)	71,9±3,6	82,0±1,5*
Тривалість пологів (M±m)	6,1±0,2	7,0±0,1***
Частота втручань при розродженні (на 100 пологів)	53,9±4,0	28,2±1,7***
Частота непоказаних втручань (% до загальної частоти втручань)	54,2±5,0	22,6±3,0***
Частота ускладнень при пологах (на 100 пологів)	22,7±3,4	8,7±1,1***
Середній термін перебування породіллі в стаціонарі (M±m)	6,2±0,2	4,4±0,1***

Примітки: \* – p&lt;0,5; \*\* – p&lt;0,01; \*\*\* – p&lt;0,001.

важливу роль при цьому відіграє і якість родопомічної інфраструктури. Проведене нами дослідження свідчить, що і після реорганізації існує тенденція до меншої частоти непоказаних втручань у потужних стаціонарах порівняно з малопотужними (19,0% та 34,5% відповідно, p=0,1). Тобто концентрація кадрового потенціалу в потужних стаціонарах і великі потоки породіль, що проходять через нього, дають змогу підвищити кваліфікаційний рівень медичного персоналу шляхом постійного тренінгу в процесі інтенсивної професійної діяльності і, таким чином, поліпшити доступність медичної допомоги належної якості.

Тривалість перебування породіллі у стаціонарі після організаційного експерименту зменшилася незалежно від їх потужності на 1,7÷2,2 дня, або на 27,4÷33,8% (з 6,2 до 4,1÷4,5 днів; p<0,001). Основними чинниками, що приводять до скорочення термінів перебування породіллі в стаціонарі, є запровадження сучасних перинатальних та організаційних технологій. Про вплив організаційної складової свідчить відчутна тенденція до зменшення середньої тривалості перебування в стаціонарах потужних порівняно з малопотужними вже після реорганізації (на 0,4 дні; p=0,07), незважаючи на концентрацію більш складних випадків у перших.

Позитивні зрушення в результаті організаційно-функціональних перетворень стаціонарної акушерської служби виявлено при аналізі якості медичного обслуговування новонароджених (табл. 2).

Серед новонароджених після організаційного експерименту частка здорових в 1,9 разу була вищою, а хворих – в 5,4 разу нижчою за вихідний рівень (90,1% та 9,9% проти 46,6% та 53,4% відповідно; p<0,001). Частота відповідності клінічним протоколам медичної допомоги, наданої новонародженому в пологовому залі, профілактичних медичних заходів у ранньому неонатальному періоді після експерименту була в 2,3 та

в 1,4 разу вищою, ніж перед його початком (98,6% та 77,3% проти 53,4% та 43,8% відповідно; p<0,001).

Адекватність діагностичних і лікувальних заходів хворим новонародженим у ранньому неонатальному періоді також була більш високою після організаційного експерименту (64,7% та 17,1% відповідно; p<0,001). Слід зазначити, що до початку системних організаційно-функціональних змін неадекватність медичної допомоги хворим новонародженим характеризувалася сполученням недостатності (44,3%) та надмірності (65,7%) проведених заходів. На кінець експериментального періоду частота неадекватних дій, насамперед надлишкових, істотно в 1,5÷11,1 разу зменшилася: недостатніх – в 1,5 разу, надлишкових – в 11,1 разу (до 29,4% та 5,9% відповідно p<0,001). Збільшення частки пологів, які приймалися в потужних акушерських стаціонарах, що супроводжувалося поліпшенням укомплектованості кваліфікованими спеціалістами-неонатологами, підвищення їх професійної майстерності насамперед в результаті надання допомоги великій кількості новонароджених з різноманітними патологічними станами стали передумовою прийняття зважених, не переобтяжених перестраховальними діями рішень щодо призначення спектру лікувально-профілактичних заходів відповідно до стану хворого. Аналогічна картина спостерігалася при аналізі динаміки середньої тривалості перебування новонародженого в пологовому стаціонарі, яка за період експерименту зменшилася в середньому на 1,8 дні (з 6,2 до 4,4 дні; p<0,001). Примітно, що лише за одним показником – недостатність обсягу медичної допомоги хворим новонародженим – потужні пологові стаціонари поступилися малопотужним. Витоки такої ситуації криються в загальній проблемі недостатнього матеріально-технічного устаткування стаціонарних закладів, і в потужних пологових стаціонарах, де концентрується більше

Таблиця 2

**Порівняльна характеристика якості медичного обслуговування новонароджених у пологових стаціонарах до та після регіоналізації акушерської служби**

Показники	До реорганізації	Після реорганізації
Стан здоров'я новонародженого (на 100 новонароджених) здоровий	46,6±4,4	90,1±1,1***
хворий	53,4±4,4	9,9±1,1***
Адекватність складу та своєчасності медичної допомоги, наданої новонародженому під час пологів (на 100 пологів)	43,8±4,7	98,6±0,4***
Адекватність складу профілактичних медичних заходів новонародженому в ранньому неонатальному періоді (на 100 пологів)	54,7±5,1	77,3±1,6***
Адекватність складу діагностичних і лікувальних заходів хворим новонародженим у ранньому неонатальному періоді (на 100 пологів) адекватний	17,1±4,5	64,7±7,5***
недостатній	44,3±5,9	29,4±5,5
надлишковий	65,7±5,7	5,9±2,9
Середній термін перебування новонародженого в стаціонарі (M±m)	6,3±0,2	4,3±0,1***
Частота виписки новонародженого зі стаціонару здоровим (на 100 пологів)	77,9±3,8	88,8±1,4*

Примітки: \* – p<0,5; \*\* – p<0,01; \*\*\* – p<0,001.

хворих новонароджених з більш тяжкими станами, ця проблема проявляється більш гостро.

Результативний показник якості медичного обслуговування новонароджених у пологовому стаціонарі – частота виписки новонародженого здоровим – після експерименту збільшився на 14,0% (з 77,9% до 88,4%; p<0,05) і не суттєво відрізнявся залежно від потужності пологового стаціонару.

В цілому регіоналізація перинатальної допомоги в області, насамперед закриття малопотужних відділень, реорганізація та скорочення зайвого ліжкового фонду дали змогу скоротити необґрунтовані витрати на утримання неефективно діючих стаціонарних ліжок. А організація перинатальної допомоги на принципах науково-доказової медицини, своєю чергою, також позитивно вплинула на більшість індикаторних показників репродуктивного здоров'я.

Аналіз результативності регіоналізації поряд 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%

до 71,4%), захворюваність новонароджених знизилася в 2,1 разу (з 297,2 до 144,1 на 1000). При цьому в 1,4 разу скоротилася середня тривалість перебування роділь та породіль на пологовому ліжку, що істотно зменшило ризик зараження новонароджених внутрішньолікарняними інфекціями.

### Висновки

Проведення регіоналізації акушерської служби з концентрацією ресурсів переважно в більш потужних пологових стаціонарах поряд із запровадженням сучасних перинатальних технологій сприяє істотному поліпшенню якості медичного обслуговування як породіль, так і новонароджених, а також скороченню необґрунтованих витрат на утримання неефективно діючих стаціонарних ліжок.

**Перспективи подальших досліджень** спрямовані на вивчення регіоналізації акушерської служби з концентрацією ресурсів переважно в більш потужних пологових стаціонарах.

### Список літератури

1. *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.
2. *Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах* : наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 726 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.

3. Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції : наказ МОЗ України від 02.02.2011 р. № 52 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
4. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
5. Устінов О. В. Регіоналізація перинатальної допомоги: міжнародний досвід / О. В. Устінов // Укр. мед. часопис: актуальні питання клінічної практики. – 2012. – № 4 (90). – С. 7–8.
6. Шарапова О. В. О деятельности учреждения родовспоможения в современных условиях / О. В. Шарапова, Н. Г. Баклаенко, Д. Р. Байбиков // Здравоохранение. – 2010. – № 10. – С. 25–36.
7. Lomas J. Variations in operative delivery rates, in Effective Care in Pregnancy and Childbirth / J. Lomas, M. Enkin / Eds. I. Chalmers, M. Enkin, M. Keirse. – Oxford University Press, 1989.
8. Wagner M. Fish can't see water: The need to humanize birth / M. Wagner [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.acegraphics.com.au/articles/wagner03.html>. – Title from screen.
9. Wagner M. Technology in Birth: First Do No Harm Labour / M. Wagner [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.midwiferytoday.com/articles/technologyinbirth.asp>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.11.2012 р.

### Влияние регионализации стационарной акушерской помощи на качество медицинского обслуживания рожениц и новорожденных

*В.Г. Гинзбург* (Днепропетровск)

Исследование проведено в Днепропетровской области в течение 2000–2010 гг. на основе государственных и отраслевых статистических данных, а также материалов экспертной оценки 859 случаев оказания медицинской помощи роженицам и новорожденным (154 случая родов до и 705 случаев родов после регионализации акушерской помощи). Составляющими регионализации были: формирование оптимальной сети и мощностей родовспомогательных учреждений; укрепление ресурсного потенциала родовспомогательных структур; формирование маршрутов рожениц, исходя из степени их перинатального риска; внедрение механизмов для ликвидации межбюджетных барьеров по предоставлению бесплатной родовспомогательной помощи. Установлено, что регионализация наряду с применением современных акушерских технологий позволила существенно повысить качество медицинской помощи: увеличить удельный вес нормальных родов; уменьшить частоту не показанных вмешательств и частоту осложнений при родах; увеличить адекватность состава профилактических мероприятий новорожденным; сократить средние сроки нахождения рожениц и новорожденных в стационарах. В результате заболеваемость новорожденных уменьшилась – в 2,1 раза, уровень перинатальной смертности – в 3,6 раза.

**Ключевые слова:** акушерская помощь, регионализация, качество медицинской помощи.

### Influence of regionalization of hospital obstetrics care on the quality of medical health care of women in childbirth and newborns

*V.G. Ginzburg* (Dnipropetrovsk)

Research was made in Dnipropetrovsk region during 2000–2010 years on the basis of state and sectoral statistical data and materials of expert opinion of 859 cases of medical health care provision to women in childbirth and newborns (154 labours before and 705 labours held

after regionalization of the obstetric care). Components of the regionalization included: formation of the optimum network and capacity of obstetrical institutions, strengthening of resources of obstetrical institutions; routing of women in childbirth depending on the level of perinatal risks and introduction of the mechanisms of liquidation of interbudget barriers

for providing of free obstetric care. It is established that regionalization combined with implementation of up-to-date obstetric technologies had allowed to substantially increase the quality of medical care: increase proportion of normal labours, decrease frequency of non-assigned interference and frequency of complications during labours, increase adequacy of the composition of preventive measures intended for the newborns, decrease the average term of stay of women in labours and newborns in hospitals. As a result sickness rate of newborns has decreased in 2,1 times, level of perinatal mortality – in 3,6 times.

**Key words:** obstetric care, regionalization, quality of health care.

Рецензент: д. мед. н., проф. О.З. Децик.