

Аналіз системи моніторингу і оцінювання регіоналізації перинатальної допомоги у різних країнах світу (огляд літератури)

А.В. Терещенко¹, О.О. Дудіна², Р.О. Моїсеєнко³

¹МОЗ України, м. Київ,

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

³Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупька МОЗ України, м. Київ

Проведено аналіз рекомендацій ВООЗ та досвіду різних країн світу щодо моніторингу і оцінювання регіоналізації перинатальної допомоги. Різні країни здійснюють отримання диференційованих відомостей про перинатальну допомогу по закладах родопомочі трьох функціональних рівнів перинатальної допомоги за різною кількістю показників від 43 в Канаді до 10 у Данії.

Моніторинг і оцінювання (МіО) необхідне для визначення ефективності і якості діяльності служб, програм, закладів, установ та їх вплив на чинники, що сприяють досягненню кінцевої мети заходів або втручань, що впроваджуються. МіО забезпечує працівників, які ухвалюють рішення, засобами оцінювання на стадіях планування та реалізації заходів та їх коригування у ході реалізації програми.

Висвітлено данні щодо важливості здійснення МіО на рівні держави із залученням фахівців та громадського сектору. Зазначено необхідність стандартизації перинатальної допомоги в Україні та важливість відбору обмеженої кількості показників, які будуть реально використовуватися спеціалістами.

Ключові слова: моніторинг і оцінювання, перинатальна допомога, індикатори якості медичної допомоги, показники репродуктивного здоров'я.

Моніторинг і оцінювання (МіО) регіоналізації перинатальної допомоги є невід'ємним компонентом загальної системи МіО, яка здійснюється на різних рівнях і за допомогою різних засобів. Завданням МіО є максимально повне та об'єктивне оцінювання прогресу і результатів діяльності окремих служб, програм та/або діяльності закладу, установи. Оцінювання необхідне для того, щоб виділити результати діяльності цих служб, програм, закладів, установ серед інших чинників, що сприяють досягненню кінцевої мети заходів або втручань, що впроваджуються. МіО забезпечує працівників закладів, установ та осіб, які ухвалюють рішення, засобами операційної оцінювання, які використовують на стадіях планування та реалізації, особливо при відборі організацій, що надають послуги, при порівнянні досягнутих результатів із встановленими цілями, а також при коригуванні заходів у ході процесу реалізації програми.

Існує багато підстав для створення ефективної системи моніторингу. Ось лише кілька з них:

- для систематичного відстеження результатів діяльності окремих служб, програм закладу, установи;
- для аналізу даних на рівні процесу та результатів; програмування діяльності з метою досягнення визначених цілей; для підготовки звітів на регіональному і національному рівнях. Якщо система МіО функціонує належним чином, вона допоможе спеціалістам виявляти проблеми в реалізації заходів і своєчасно вирішувати їх;

- для встановлення конкретних цілей і завдань на національному рівні; для узагальнення результатів, досягнутих різними учасниками; для визначення реального досягнення цілей;

- для аналізу даних та використання інформації з метою вдосконалення політики;

- для визначення прогалин, коли йдеться про доступ до послуг і охоплення на національному рівні, а також для залучення додаткового фінансування з метою вирішення питання оптимального охоплення;

- для аналізу економічної ефективності того чи іншого проекту або втручання;

- для створення бази, для ухвалення рішень і стратегічного планування на основі реальних та обґрунтованих фактів;

- для підготовки точних і надійних звітів для працівників закладів, установ та осіб, які ухвалюють рішення, тощо.

Моніторинг – це процес систематичного збору інформації, регулярне відстеження ключових елементів діяльності окремих служб, програм (внесків, процесу та результатів) шляхом ведення документації та обліку, регулярної звітності та систем нагляду, а також спостереження за медичними закладами та їх дослідження. Моніторинг допомагає спеціалістам визначати, які напрямки потребують більшої уваги, а які сфери можуть допомогти покращити результат. У належним чином організованій системі моніторинг має велике значення для проведення оцінювання. Показники, відібрані для моніторингу, відрізнятимуться залежно від рівнів звітування в рамках системи охорони здоров'я.

Дуже важливо відбирати обмежену кількість показників, які будуть реально використовуватися спеціалістами. Існує тенденція щодо збору даних за великою кількістю показників, причому ця інформація передається на рівні, де її не будуть і не зможуть використовувати для ефективного ухвалення рішень.

Крім того, моніторинг використовують для вимірювання тенденцій у часі, тому методи моніторингу повинні бути послідовними для забезпечення належного порівняння. На рівні керівництва закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) необхідно більше інформації, ніж на національному або міжнародному рівні. Кількість показників, за якими здійснюють звітування, повинна зменшуватися від рівня ЗОЗ до регіонального, національного рівня.

Моніторинг може бути періодичним або безперервним. Він також може застосовуватися щодо конкретних проблемних питань або для перевірки ключових частин роботи [1].

Оцінка наслідків – це один з результатів оцінювання, що показує, чи призвела діяльність програми (закладу, регіону) або послуги до запланованих наслідків, і якщо так, то якою мірою. Моніторинг наслідків є корисним та потрібним засобом визначення рівня досягнення очікуваних наслідків, їх оцінки, зіставлення змін, що відбуваються, з втручанням, що

вивчається. Цей моніторинг дозволяє оцінити обсяги наслідків програми, а також є засобом представлення, що могло б статися за відсутності такої програми. За своєю методологією це надзвичайно точний процес, що вимагає включення порівняльного елемента ще при його розробленні (наприклад, контрольна група чи група порівняння) [2]. Таким чином, МіО результатів – це інструмент управління, який дає змогу представити, яким чином досягаються наслідки протягом часу.

Загальновізвано, що системи МіО повинні бути максимально простими і містити стандартизований набір інструментів для збору та аналізу даних.

Існують різноманітні підходи та методи, які застосовують до МіО у будь-якій сфері. На різних рівнях використовують показники, що вимірюють, які ресурси вкладають в програму, і що з'являється в результаті таких внесків. Протягом кількох останніх років використовують таку загальновізану схему: **внесок – процес – результат – наслідок – вплив**. Для того щоб програма змогла досягти поставлених цілей, **внески** у вигляді грошей чи витраченого часу персоналу повинні призвести до **результатів**, наприклад, до створення нових чи покращання наявних видів послуг, збільшення чисельності підготовленого персоналу або кількості осіб, охоплених послугами, тощо. Ці результати є продуктом певних **процесів**, наприклад, навчання персоналу, які слід включати як ключові заходи, спрямовані на отримання необхідних результатів. Якщо такі результати були спроектовані належним чином і, відтак, охоплюють населення, для якого вони були призначені, програма чи проект, очевидно, матиме позитивний короткостроковий **ефект** чи **наслідки**. Наприклад, це може бути зростання концентрації пацієнтів з перинатальною патологією у перинатальних центрах тощо. Такі позитивні, короткострокові наслідки повинні призвести до змін в довгостроковому **впливі** програм, який проявляється, наприклад, у вигляді зростання виживаності новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні, зниження неонатальної смертності тощо [3–5].

З метою підтримки і пропаганди систематичного і скоординованого підходу до перинатальної допомоги Європейське регіональне бюро (ЄРБ) ВООЗ розпочало нову ініціативу під загальною назвою «Сприяння підвищенню ефективності перинатальної допомоги» (СПЕП) [6]. Ініціатива СПЕП включає МіО компонентів, які необхідно адаптувати на національному і місцевому рівнях у кожному окремому випадку для того, щоб оцінити успіх здійснення ініціативи як в окремій країні, так і в регіоні в цілому. Це дуже важливо для коригування стратегії і заходів у рамках програм для визначення подальших потреб і виділення ресурсів на пріоритетні потреби, для порівняння результатів для того, щоб збільшувати успіхи і усувати недоліки в здійсненні регіоналізації перинатальної допомоги.

З цієї метою індикатор визначають як параметр, вимірюваний в регулярних проміжках часу, для відстежування прогресу в досягненні цілей. Індикатори використовують як частину процесу МіО, який робить акцент на здійсненні ініціативи регіоналізації перинатальної допомоги на районному, субрегіональному, регіональному і національному рівнях. Моніторинг – це безперервний процес аналізу регіоналізації перинатальної допомоги з метою визначення і рішення проблем. Відповідно до особливостей України треба визначити пріоритетні індикатори і вирішити, як краще збирати інформацію у світлі наявних ресурсів. Регіоналізований підхід СПЕП дуже важливий в даному випадку, оскільки відповідальність за планування, складання бюджету і надання послуг з охорони материнського і перинатального здоров'я (серед інших послуг охорони здоров'я) має бути перенесена на районний рівень. Моніторинг за виконанням СПЕП здійснюватиметься також і на Європейському рівні.

Оцінювання можна визначити як періодичний аналіз ходу виконання поставлених завдань. Вона може включати детальне вивчення інформації моніторингу, а також результатів досліджень. З метою здійснення планування і складання бюджету адміністративні території повинні будуть оцінювати повноту інформації моніторингу для того, щоб вирішувати більш широкий спектр питань оцінювання, таких, як стійкість і координація.

Нині в Європі існує широка різноманітність не лише визначень (включаючи визначення самого перинатального догляду), але також і різноманітність ведення документації або записів, частоти збору даних, використовуваних параметрів і точок зору на етичні проблеми. Основні проблеми, що існують нині в Європі, це розроблення набору стандартних індикаторів для всіх видів моніторингу з метою отримання порівнянної інформації з різних країн з тим, щоб використовувати її в процесі наступного планування і реалізації.

Важливо усвідомлювати те, що набір глобальних індикаторів може бути корисним, але їх слід розглядати в специфічному для країни контексті. Кінцева мета МіО полягає в просуванні позитивних змін, для чого потрібен процес відбору адекватних індикаторів на національному і субнаціональному рівнях з тим, щоб забезпечити їхню ефективність, доступність і, передусім, користь. У рамках ініціативи СПЕП стандартні індикатори слід розробляти в тісній співпраці з усіма спеціалістами на усіх рівнях. ЄРБ ВООЗ підтримуватиме місцеві урядові агентства при розробленні таких індикаторів, при проведенні регулярного, незалежного оцінювання здійснення СПЕП, при зборі специфічних даних і оцінюванні діяльності з тим, щоб забезпечити документальну реєстрацію даних і створення стійкого потенціалу.

Відповідно до ініціативи СПЕП, МіО повинен ґрунтуватися на трьох типах показників:

- класичні індикатори результатів або наслідків для здоров'я (материнська і перинатальна смертність, плюс деякі показники захворюваності і здоров'я, як, наприклад, еклампсія і грудне або виключно грудне вигодовування);
- деякі індикатори процесу або діяльності (охоплення видами медичної допомоги, типи пологів);
- деякі індикатори якості догляду, включаючи задоволеність пацієнта.

Індикатори процесу мають деякі переваги над індикаторами результатів в області материнського і перинатального догляду: вони дають інформацію про дії, які необхідно зробити, щоб поліпшити ситуацію або програми. Їхне вимірювання дешевше, тому їх можна вимірювати або оцінювати частіше, вони відразу відбивають усі зміни, що дозволяє здійснювати зворотний зв'язок відносно діяльності по програмі і їх можна використовувати для початкового аналізу ситуації і для моніторингу ходу виконання. Таким чином, вони пропонують важливе доповнення або альтернативу стандартним індикаторам, таким, як рівень материнської і дитячої смертності.

Загальні індикатори материнського/перинатального догляду, рекомендовані різними організаціями, в тому числі Всесвітній Банк, ВООЗ і Всесвітній Саміт у захисті дітей (1993), включають:

- відсоток вагітних, які відвідували жіночі консультації;
- кількість ЗОЗ, що надають основну акушерську допомогу (на 500,0 тис. населення);
- географічний розподіл основної акушерської допомоги;
- відсоток жінок з ускладненнями при наданні основної акушерської допомоги;
- час з початку прояву ускладнень (чи поступлення в ЗОЗ) до початку лікування в стаціонарі;
- відсоток пологів за участю досвідченого медперсоналу;

Ознаки ефективної системи МіО

Відділ МіО	Створено відділ МіО в рамках Міністерства охорони здоров'я, що має необхідний технічний персонал та персонал, відповідальний за оброблення даних. Цей відділ повинен, окрім іншого, координувати заходи з МіО по всій країні і має бути інтегрований у більш широкую систему забезпечення потреб країни у якісних даних. Відділ розробляє нормативні документи та інструкції в сфері МіО для районів, регіонів. Офіційний зв'язок МіО з відповідними міністерствами і громадськими організаціями, а також національними дослідницькими установами, що сприяє поліпшенню роботи з проведення операційних досліджень. Наявність багатосекторної робочої групи, яка робить внесок у спільну роботу та забезпечує консенсус відносно вибору показників і різних аспектів розроблення структури та реалізації МіО. Наявність кваліфікованих працівників у центрі МіО або в пов'язаному з ним підрозділі для роботи в таких галузях: епідеміологія, поведінкова наука/соціологія, оброблення інформації та статистика, поширення інформації, відстеження ресурсів (як фінансових, так і матеріальних).
Чіткі цілі	Чітко визначена національна програма з конкретним визначенням цілей, планових показників та операційних планів. Національні плани МіО слід переглядати кожні 3-5 років, а операційні плани щорічно. Регулярні огляди/оцінювання ходу робіт щодо впровадження національної програми у порівнянні із цілями. Координація національних, регіональних потреб щодо МіО.
Показники	Набір пріоритетних і додаткових показників на різних рівнях МіО. Погоджені показники, які піддаються зіставленню в часі та мають чіткі цілі. Відбір низки ключових показників, які піддаються зіставленню з даними з інших країн.
Збір та аналіз даних	План збору даних і періодичного аналізу показників та пов'язаних з ними наборів даних на різних рівнях МіО (включаючи географічні). Загальний національний план збору та аналізу даних, включно із забезпеченням їхньої якості. План збору даних і періодичного аналізу показників та пов'язаних з ними наборів даних на різних рівнях МіО (включаючи географічні).
Поширення даних	Загальний план поширення даних на національному рівні з наявністю доступних, прозорих та своєчасних даних. Щорічні наради для поширення та обговорення результатів МіО та наукових досліджень з особами, які визначають політику, працюють над питаннями планування та практичною реалізацією. Центр аналізу інформації для підготовки та поширення даних. Прозора та доступна для громадськості централізована база даних або бібліотека всіх даних, що оцінюються, включаючи поточні дослідження. Координація національних і регіональних потреб відносно поширення даних МіО.
Спеціальні дослідження	Обрані пріоритетні дослідження наслідків /оцінювання. За необхідності включають якісні дослідження. Включають операційні дослідження

- відсоток кесаревих розтинів від загальної кількості пологів;
- відсоток навчених і компетентних людей, що надають медичну допомогу;
- присутність близької людини під час пологів;
- використання партограмм ВООЗ;
- використання положення на спині під час пологів;
- практика контакту «шкіра до шкіри» щонайменше протягом 30 хв в першу годину після народження дитини;
- відсоток лікарень з протоколами по грудному вигодовуванню;
- відсоток жінок, що отримали консультації по грудному вигодовуванню в період вагітності і перед випискою з пологового будинку [7, 8].

У результаті консенсусу, досягнутого експертами в ході обговорення в робочих групах на другій нараді Цільової групи по перинатальному догляду (Болонья, 26–29 січня 2000 р.), ЕРБ ВООЗ нині розглядає можливість здійснення пілотних проектів для апробації рекомендованих індикаторів у трьох областях перинатального догляду:

- вагітність: ведення передпологових кровотеч;
- ведення нормальних пологів
- новонароджені: пропаганда грудного вигодовування.

Було визнано, що для всього регіону неможливо рекомендувати набір простих індикаторів, досить гнучких у застосуванні до всіх ситуацій. Окремі компоненти будуть відкриті для безлічі різних інтерпретацій, але акцент необхідно зробити на їх важливості як механізму управління для тих, хто здійснює планування. Зрозуміло, що деякі індикатори можна

порівняно легко збирати і вимірювати (грудне вигодовування), тоді як інші індикатори (включаючи допологову кровотечу і ведення пологів) представляють певні труднощі.

Робочими групами був розроблений список індикаторів процесу і результатів для ведення усіх жінок:

а) З кровотечами до або після 24 тиж вагітності. Ці індикатори включають охоплення і діяльність, що дозволить керівникам охорони здоров'я приймати ефективніші рішення.

Наступні два індикатори були вибрані робочою групою як глобальна рекомендація:

- відсоток жінок, що знають про важливість такого симптому, як кровотеча;
- відсоток навчених, компетентних в установленні діагнозу і веденні консультування людей, що надають допомогу жінкам.

Але відзначена наявність труднощів (відсутність знань, бажання і навичок тощо) для того, щоб рекомендувати використання цих двох індикаторів для постійного моніторингу на усій території регіону.

б) Ведення нормальних пологів.

Індикатори повинні дати тим, хто приймає рішення, загальну картину нормальних пологів, тому вони мають включати відсоток жінок, охоплених послугами з родопомочі, а також тих, у яких пологи не починаються як «нормальні».

Був запропонований бальний механізм для оцінювання ведення нормальних пологів, який включає такі індикатори:

- присутність близької людини: це припускає професійного ставлення, використання науково обґрунтованих даних, залучення жінок до вибору послуг;

Дані про регіоналізацію акушерської і перинатальної допомоги у пологових будинках (відділеннях) і перинатальних центрах

Показники	№ рядка	Коди за МКХ–10	Усього в закладах родопомочі	З них у закладах родопомочі		
				I рівня	II рівня	III рівня
Число закладів (відділень) родопомочі, що надають стаціонарну акушерську допомогу						
Кількість ліжок для вагітних і роділей	1.1					
Кількість ліжок патології вагітності	1.2					
Кількість пологів	2	x				
<i>у тому числі в термін 22–27 тиж вагітності</i>	2.1	O60				
<i>у термін 28–36 тиж</i>	2.2	O60				
<i>у термін 42 тиж і більше</i>	2.3	O48				
<i>із рядка 2: пологи у жінок після ЕКЗ</i>	2.4	x				
<i>Індуковані пологи</i>	2.5	x				
<i>із рядка 2.1: при штучному перериванні вагітності за медичними показаннями у зв'язку з вадами розвитку плода</i>	2.6	x				
Народилися живими всього	3	x				
<i>з них: масою тіла 500–999 г</i>	3.1	x				
<i>1000–1499 г</i>	3.2	x				
<i>1500–2499 г</i>	3.3	x				
Померли всього	4	x				
<i>з них: масою тіла 500–999 г</i>	4.1	x				
<i>1000–1499 г</i>	4.2	x				
<i>1500–2499 г</i>	4.3	x				
у перші 168 год з них (рядка 4): померли	5	x				
<i>з них: масою тіла 500–999 г</i>	5.1	x				
<i>1000–1499 г</i>	5.2	x				
<i>1500–2499 г</i>	5.3	x				
Народились мертвими всього	6	x				
<i>з них: масою тіла 500–999 г</i>	6.1	x				
<i>1000–1499 г</i>	6.2	x				
<i>1500–2499 г</i>	6.3	x				
<i>із числа народжених мертвими (рядок 6): смерть настала до початку пологової діяльності,</i>	6.4	x				
<i>з них: в акушерському стаціонарі</i>	6.4.1	x				
Критичні акушерські стани	7	x				
<i>Розрив матки</i>	7.1	O71.0, 1				
<i>з них в акушерському стаціонарі</i>	7.1.1	O71.0, 1				
<i>Еклампсія, прееклампсія тяжка форма</i>	7.2	O14–O15				
<i>з них в акушерському стаціонарі</i>	7.2.1	O14–O15				
<i>Післяпологовий сепсис, генералізована післяпологова інфекція</i>	7.3	O85				
<i>Кровотеча при вагітності, у пологах і в післяпологовий період</i>	7.4	O44.1, O45, O46, O67, O72				
Кількість акушерських операцій	8	x				
<i>Кесарів розтин</i>	8.1	x				
<i>у тому числі в терміні 22–27 тиж вагітності.</i>	8.1.1	x				
<i>Акушерські щипці</i>	8.2	x				
<i>Вакуум-екстракція плода</i>	8.3	x				
<i>Плодоруйнівні операції</i>	8.4	x				
<i>Екстирпація і надпівхова ампутація матки</i>	8.5	x				
<i>у тому числі в терміні 22–27 тиж вагітності.</i>	8.5.1	x				
Кількість випадків материнської смертності в акушерських стаціонарах усього	9	x				
<i>Кількість жінок, померлих після переривання вагітності в терміні до 22 тиж</i>	9.1	x				
<i>Кількість померлих вагітних, роділей, породілей при терміні вагітності 22 тиж і більше</i>	9.2	x				
<i>у тому числі при терміні вагітності 22–28 тиж</i>	9.2.1	x				
Кількість жінок, переведених в інші стаціонари	10	x				
<i>у тому числі за екстремими показаннями</i>	10.1	x				
Кількість викликів виїзних бригад реанімаційної допомоги	11	x				
<i>у тому числі акушерсько-гінекологічної</i>	11.1	x				
<i>анестезіолого-реанімаційної</i>	11.2	x				
<i>неонатологічної.</i>	11.3	x				

- використання партограми: це припускає професійних навичок і знань;
- застосування стимулювання (включаючи зовнішній механічний тиск)/кесарів розтин: це припускає збереження можливості нормальних пологів, на думку медпрацівників;
- положення лежачи на спині в пологах: це припускає

(побічно) рівень спонтанних вагінальних пологів, застосування науково обґрунтованих даних і стосунків;

- контакт «шкіра до шкіри» принаймні протягом 30 хв в першу годину після пологів: це припускає благополуччя матері та новонародженого при пологах, а також використання науково обґрунтованих даних.

в) Пропаганда винятково грудного вигодовування.

Були визначені три основні області – навчання медпрацівників, зміна рутинної практики і надання постійної підтримки жінкам, що здійснюють грудне вигодовування.

Була досягнута угода про те, що більшість важливих показників залежатимуть від:

1) числа медпрацівників, що пройшли ефективний курс навчання;

2) числа медичних навчальних закладів з адекватним навчальним планом;

3) числа лікарень з адекватними протоколами по грудному вигодовуванню;

4) числа новонароджених, що одержують додаткове харчування;

5) числа жінок, що отримали адекватні рекомендації по грудному вигодовуванню в період вагітності;

6) числа матерів, що отримали адекватну практичну підтримку перед випискою з пологових будинків [9].

Наразі в різних країнах існують різні потреби у сфері МіО, однак, усі успішні системи МіО містять низку спільних компонентів [2] (табл. 1).

Якісні дослідження – це дослідження, спрямовані на визначення того, «що існує» і «чому існує», а не «скільки цього». Якісні методи спрямовані на таке розуміння реальності, яке було сформоване досліджуваною групою, без нав'язування задлягедь розроблених опитувальників чи структур, що їх завжди розробляють дослідники (Maier B., Gorgen R., 1995) [10].

Операційні дослідження, які також називають цільовим оцінюванням, доповнюють системи МіО. Головне завдання операційних досліджень полягає в тому, щоб надати спеціалістам програм інформацію, необхідну для корекції, вдосконалення чи розширення програми. Якщо оцінювання спрямоване на визначення зв'язку між результатом та діяльністю ЗОЗ, то операційні дослідження визначають, чи є програма правильною, або найкращою для досягнення бажаних результатів. Такі дослідження можна сприймати як практичний, систематичний процес, спрямований на визначення та вирішення проблем, пов'язаних з реалізацією заходів.

Завдання щодо розроблення і впровадження в усіх країнах національних механізмів для забезпечення безперервного моніторингу діяльності окремих закладів охорони здоров'я, видів діяльності, програм, спрямованих на вдосконалення якості медичної допомоги сформульовано у глобальній стратегії ЄРБ ВООЗ «Здоров'я 21 – здоров'я для всіх у XXI столітті». За висновками Люблінської хартії з реформування системи охорони здоров'я (1996), яка схвалена міністрами охорони здоров'я або їх представниками усіх європейських країн, у розділі основних принципів зазначено, що будь-яка реформа охорони здоров'я повинна спрямовуватись на безперервне покращання якості медичної допомоги, а також на підвищення її ефективності, включаючи чітко розроблену стратегію досягнення цієї мети [11].

Основними інструментами моніторингу слугують індикатори якості та клінічний аудит. З розвитком доказової медицини стає очевидним, що багато клінічних і організаційних аспектів надання медичної допомоги вимагають перегляду законодавчих і регулюючих механізмів, у тому числі в нашій країні. У першу чергу потрібна багаторівнева система управління, МіО діяльності служб, окремих ЗОЗ з системою моніторингу ресурсів, що витрачаються, якою може виступати система національних рахунків. Важливе значення мають МіО сучасних медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю.

Використання наукових знань в охороні здоров'я і профілактиці здійснюється шляхом впровадження медичних технологій. Health Technology Assessment (надалі – Технологія оцінювання охорони здоров'я) – це мультидис-

циплінарний процес, що підсумовує інформацію щодо медичних, соціальних, економічних та етичних питань, які стосуються використання медичних технологій у систематичній, прозорій, неупередженій, розвиненій манері. Метою Технології оцінювання охорони здоров'я є сприяння формуванню безпечної, ефективної політики охорони здоров'я, що зосереджена на пацієнті та націлена на досягнення найкращої цінності [12]. Незважаючи на свої політичні цілі, оцінку медичних технологій слід застосовувати при проведенні моніторингу і оцінювання діяльності окремих служб і програм стосовно охорони здоров'я.

Так, у Шотландії моніторинг впровадження медичних технологій здійснює Рада за клінічними стандартами Шотландії (Clinical Standards Board for Scotland, CSBS). Рада була заснована в 1999 р. для створення та забезпечення роботи національної системи гарантії якості і акредитації медичних служб з метою сприяння суспільній довірі національній системі охорони здоров'я Шотландії. Стандарти припускають, що всі хворі повинні одержувати безпечно й ефективно медичне обслуговування, засноване на доказах [13].

Розвиток стратегій впровадження медичних технологій, що ґрунтуються на доказах, передбачає розроблення багато-профільних підходів до ведення хворих. Рецензії, виконані CSBS, визначають, чи були медичні технології з деяких керівництв впроваджені в усіх установах Національної системи охорони здоров'я Шотландії, де надають конкретні медичні послуги.

У Російській Федерації з метою реалізації Адміністративного регламенту з виконання державної функції по здійсненню контролю за дотриманням стандартів якості медичної допомоги Федеральною службою з нагляду у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку був введений моніторинг даних, представлених закладами і установами охорони здоров'я суб'єктів Російської Федерації.

У здійсненні моніторингу дотримання стандартів медичної допомоги на конкретній території беруть участь і відповідні органи державної влади суб'єктів Російської Федерації, і органи місцевого самоврядування [14].

Метою МіО регіоналізації перинатальної допомоги є отримання диференційованих відомостей про число і характер пологів (передчасних, запізнених, своєчасних), дітей, що народилися, перинатальні втрати, акушерські операції, число переведених з акушерського стаціонару і число померлих вагітних, роділеїв і породілеїв по закладах родопомочі трьох функціональних рівнів перинатальної допомоги (табл. 2).

Автоматизована програма моніторингу регіоналізації перинатальної допомоги «Моніторинг здоров'я і якості медичного спостереження вагітних жінок, що завершили вагітність», розроблена у Івановському НДІ материнства і дитинства ім. В.Н. Городкова Мінздравсоцразвитку Росії. Відповідно до програми моніторингу регіоналізації перинатальної допомоги оперативна інформація для лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації формується в автоматизованому режимі у вигляді «Індивідуального плану ведення вагітної». У цьому документі зазначають загрози акушерську і перинатальну патологію, а також патологію, яка може розвинути у дитини на першому році життя у зв'язку з перинатальними причинами, ступінь ризику материнської і перинатальної смертності, акушерський стаціонар необхідної групи [15].

У республіці Казахстан МіО якості медичної допомоги ґрунтуються на правилах і стандартах надання медичної допомоги, затверджених нормативними актами. При цьому робиться наголос на контролі якості і об'єму надання гарантованої медичної допомоги.

Основними напрямками МіО є:

– оцінювання об'ємів і якості надання медичної допомоги

ги у рамках державних обсягів медичної допомоги і послуг на платній основі;

- оцінювання якості профілактичних медичних оглядів;
- оцінювання ефективності безкоштовного і пільгового лікарського забезпечення окремих категорій населення;
- оцінювання реклами медичних послуг;
- оцінювання ефективності використання медичного устаткування і медичних виробів, що були придбані за кошти республіканського бюджету;
- оцінювання дотримання кваліфікаційних вимог і правил ліцензування суб'єктами охорони здоров'я;
- контроль за проведенням експертизи в області охорони здоров'я – судово-медичної, судово-наркологічної, судово-психіатричної, військово-медичної [16].

Для оцінювання діяльності окремого ЗОЗ, порівняння її з кращими зразками медичної практики інших країн та максимального використання передового міжнародного досвіду слід розробляти індикатори з їхніми пороговими значеннями в максимально сумісному з міжнародними системами індикаторів вигляді. Наразі, в розвинених країнах МіО діяльності окремих ЗОЗ та якості медичної допомоги здійснюють із застосуванням індикаторів якості та клінічного аудиту. Якщо стандарт – це сукупність норм, правил і нормативів [17, 18], то індикатори якості – вимірювані параметри для оцінювання якості медичної допомоги, яка буде виконуватися. Ретроспективне підтвердження фактичного виконання чи невиконання вимог стандартів під час разового надання медичної допомоги пацієнту або групі пацієнтів здійснюють за допомогою критеріїв якості [19, 20].

Розроблення індикаторів якості медичної допомоги як складової МіО регламентоване Наказом Міністерства охорони здоров'я Республіки Молдова від 21 листопада 2008 р. № 429 «Про порядок розроблення, затвердження і впровадження клінічних протоколів установи, клінічних протоколів робочих місць». Згідно з цим Наказом індикатори якості формуються через адаптацію індикаторів якості, запропонованих Національними клінічними протоколами [21].

Розроблення індикаторів якості як компонента МіО ефективності впровадження клінічних рекомендацій/клінічних протоколів передбачена розробленою і затвердженою стратегією розвитку доказової медицини в Киргизькій Республіці (Наказ МОЗ Киргизької Республіки від 04.09.06 № 410) [22, 23].

Крім того, «Програмою по поліпшенню перинатальної допомоги в Киргизькій Республіці на 2008–2017 роки», затвердженою Наказом МОЗ КР від 20 червня 2008 року № 315 передбачено проведення МіО регіоналізації перинатальної допомоги [24]. Відповідно до Програми МіО засновані на зборі і аналізі індикаторів, що дозволяють визначити і спостерігати в динаміці прогрес, досягнутий в процесі реалізації Перинатальної програми. Виконання заходів у рамках Перинатальної програми відстежуватиметься за допомогою постійних звітів Міністерством охорони здоров'я і Перинатальним комітетом МОЗ КР. Усі партнери і зацікавлені сторони повинні погоджувати плани МіО своїх програм/проектів з планом заходів, МіО Перинатальної програми. Окремо виділені індикатори моніторингу, що дозволяють на рівні ухвалення рішень оцінити в цілому ситуацію в області перинатальної служби і надалі формувати державну політику в цій сфері. Індикатори ґрунтуватимуться на медико-статистичних даних, реєстрах материнської, дитячої смертності тощо.

Аналіз і оцінювання індикаторів проводитимуться Перинатальним комітетом МОЗ Киргизької Республіки, узагальнені дані представлятимуть за підсумками попереднього року Перинатальному комітету МОЗ Киргизької Республіки.

Для вивчення проблем в реалізації Перинатальної програми і оцінки ефективності заходів з її виконання кількісні мето-

ди супроводжуватимуться якісними дослідженнями, розробленням рекомендацій і пропозицій з коригування практичних кроків реалізації. Для цієї роботи широко залучатимуться неурядові організації, приватний сектор охорони здоров'я.

За результатами узагальнення даних наукових досліджень із зазначеної проблеми, а також рекомендацій ВООЗ, яка надає активне сприяння державам у створенні національних політик з питань якості медико-санітарної допомоги був складений перелік спеціальних показників і індикаторів якості [25].

У цілому для оцінювання репродуктивного здоров'я на національному і міжнародному рівнях експерти ВООЗ рекомендують 17 показників. Водночас різні країни і міжнародні організації пропонують різні рекомендації щодо того, які показники слід оцінювати. Кількість показників коливається від 10 у Данії до 43 у Канаді [26].

У Російській Федерації встановлено критерії якості медичної допомоги жінкам в період вагітності та пологів, що визначаються на основі комплексного оцінювання рівня та динаміки наступних показників: материнської та малюкової смертності, антенатальної гибелі плода; вроджених аномалій розвитку, що не встановлені протягом вагітності; розривом матки до госпіталізації; несвоечасності госпіталізації при гестозі середнього ступеня тяжкості; несвоечасності госпіталізації при перенесеній вагітності (при наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги жінкам у період вагітності); еклампсії в пологах та післяпологовий період; випадків пологового травматизму новонароджених; розривів промежнини III–IV ступеня, розривів шийки матки III ступеня, розходження лобкового зчленування; розривів матки; гнійно-септичних ускладнень післяпологового періоду; пізньої неонатальної смертності новонародженого (7–27-й день); ускладнень післяпологового періоду, зумовлених затримкою часток плаценти; екстирпації матки при ускладненнях [27].

Ціла низка показників репродуктивного здоров'я використовується для оцінювання ситуації в Україні: показник фертильності, рівень абортів, співвідношення абортів і пологів, відсоток використання контрацептивів, частоти патологій під час вагітності та пологів, показники материнської, перинатальної, малюкової смертності тощо. Сьогодні в Україні відпрацьовано та здійснюється щорічний моніторинг діяльності закладів і установ служби охорони здоров'я матері і дитини, у тому числі МіО регіоналізації перинатальної допомоги [28–30].

Анализ системы мониторинга и оценки регионализации перинатальной помощи в разных странах мира (обзор литературы) А.В. Терещенко, Е.А. Дудина, Р.А. Моисеенко

Проведен анализ рекомендаций ВООЗ и опыта различных стран мира по мониторингу и оценке регионализации перинатальной помощи. Различные страны осуществляют получение дифференцированных сведений о перинатальной помощи по учреждениям родовспоможения трех функциональных уровней перинатальной помощи по различным количествам показателей от 43 в Канаде до 10 в Дании. Мониторинг и оценка (МиО) необходимы для определения эффективности и качества деятельности служб, программ, учреждений и их влияние на факторы, способствующие достижению конечной цели мероприятий или вмешательств, которые внедряются. МиО обеспечивает работников, которые принимают решения, средствами оценки на стадиях планирования и реализации мероприятий и их корректировки в ходе реализации программы. Освещены данные о важности осуществления МиО на уровне государства с привлечением специалистов и общественного сектора. Указана необходимость стандартизации перинатальной помощи в Украине и важность отбора ограниченного количества показателей, которые будут реально использоваться специалистами.

Ключевые слова: мониторинг и оценка, перинатальная помощь, индикаторы качества медицинской помощи, показатели репродуктивного здоровья.

Analysis of the monitoring and evaluation system of regionalization perinatal care around the world (review)

A.V. Tereshchenko, E.A. Dudina, R.A. Moiseenko

The analysis of the recommendations of the WHO and the experiences of various countries on monitoring and evaluation of regionalization of perinatal care. Various countries are pursuing obtaining differentiated information about perinatal care at maternity hospitals of three functional levels of perinatal care for different number of indicators from 43 to 10 in Canada in Denmark.

Monitoring and evaluation (M & E) are needed to determine the effectiveness and quality of services activities, programs, agencies and

their impact on the factors contributing to the ultimate objective of the activities or interventions that are being implemented. M & E provides workers who decide, by means of evaluation in the planning and implementation of activities and their adjustments during the implementation of the program.

Data on the importance of implementing M & E at the state level with the involvement of experts and the public sector covered. The need for standardization of perinatal care in Ukraine was available. The importance of selecting a limited number of indicators that will actually be used by specialists was available.

Key words: *monitoring and evaluation, perinatal care, the indicators of quality of care, reproductive health indicators.*

Сведения об авторах

Терещенко Алена Васильевна – Министерство здравоохранения Украины, 01021, г. Киев, ул. Грушевского, 7. E-mail: tav@ukr.net

Дудина Елена Александровна – ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», 02099, г. Киев, пер. Волго-Донский, 3; тел.: (044) 576-41-19. E-mail: e_dudina@ukr.net

Моисеенко Раиса Александровна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: v-moiseenko@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Національні стандарти. Клінічне керівництво та управління ризиками: досягнення безпечної, ефективної, пацієнт-центричної допомоги та послуг / НСОЗ ВЯШ. – 2005 р. – ISBN 1–84404–340–1.
2. Методологічне керівництво з моніторингу та оцінки: ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія, 2006 р. Друге видання. – Ст. 11.
3. ПРООН: http://www.undp.org/gef/undp/gef_monitoring_evaluation
4. EASURE: <http://www.cpc.unc.edu/measure>
5. ЮНЕЙДС: <http://www.unaids.org/en/default.asp>
6. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. – Копенгаген, 2008. – 86 с.
7. Parkhurst J.O. International maternal health indicators and middle-income countries: Russia / J.O. Parkhurst, K. Danishevski, D. Balabanova / BMJ 2005; 331: 510–513.
8. Моисеенко Р.О. Збірник нормативних документів з питань реформування перинатальної допомоги в Україні К. / Р.О. Моисеенко, С.І. Осташко, І.В. Чибісова [ред.]; упоряд. Ю.В. Давидова / ПП «Золоті ворота». – Київ, 2012. – 456 с.
9. Содействие повышению эффективности перинатальной помощи в Европейском регионе (СПЕМ): www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/239435/E76101r.pdf
10. Maier V. Cost effective and easy to handle methods for program design and evaluation in sexual and reproductive health programs for youths Regina Goergen / Maier B., Gorgen R. //MPH, PHD GTZ Reproductive Health Project Dar es Salaam // 1995.26: 4-6. Available: www.afronets.org/files/youth-study.doc
11. Стратегія ВООЗ Здоров'я 21 – здоров'я для всіх в 21-му столітті // Люблінська хартія з реформування системи охорони здоров'я (1996) [Primary health care now more than ever : the world health report, 2008 // WHO. – 152 с. [Electronic resource]. – Access mode : http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. – Title from screen
12. Kristensen F.B. Health Technology Assessment Handbook / Kristensen F.B & Sigmund H and others // Copenhagen: Danish Centre for Health Technology Assessment, National Board of Health. – 2007. – 188 с.
13. Campbell S.M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care / S.M. Campbell, J. Braspenning, A. Hutchinson, M. Marshall // Quality and Safety in Health Care / 2002. – № 11. – P. 358–364.
14. Об организации контроля качества медицинской помощи населению / <http://www.zdrav.ru/articles/practice/detail.php>.
15. Малышкина А.И. Регионализация перинатальной помощи: методическое, информационное, организационное обеспечение, опыт применения / А.И. Малышкина, Т.П. Васильева, О.Н. Песикин / Детская медицина Северо-Запада. – 2012. – Т. 3. – № 1. – С. 10–15.
16. Мусин Е.М. Совершенствование системы контроля качества медицинских услуг: <http://www.mz.gov.kz/index.php>
17. Belsey J. What is evidence-based medicine? Hayward Medical Communications / J. Belsey, T. Snell / 2009. – 5: 1–10 (www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/wbatis/bm.pdf)
18. Panella M. Is there still need for confusion about pathways? / M. Panella, K. Vanhaecht // International Journal of Care Pathways // 2010. – 14 (1): 1–3 (ijcp.rsmjournals.com/cgi/reprint/14/1/1; National Standards, Local Action. Health and Social Care Standards and Planning Framework (2005/06–2007/08). – London, 2004. – 47 с.
19. Campbell S.M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care / S.M. Campbell, J. Braspenning, A. Hutchinson, M. Marshall // Quality and Safety in Health Care // – 2002. – № 11. – P. 358–364.
20. Національний Інститут здоров'я та якості медичної допомоги Шотландія, 2007 р. – ISBN 1–84404–477–7.
21. Приказ Министерства здравоохранения Республики Молдова от 21 ноября 2008 г. № 429 «О порядке разработки, утверждения и внедрения Учрежденческих клинических протоколов» и Клинических протоколов рабочих мест» / Режим доступа: <http://www.ms.ma/fells/3805-%25DO>
22. Полубенцева Е.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: / Е.И. Полубенцева и др. // Метод. рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
23. Стратегия развития доказательной медицины в Киргизской республике на 2006–2010 годы // Бюллетень доказательной медицины // – 2008: <http://chsd.med.kg> – [Заголовок з екрану].
24. Наказ МОЗ Киргизської Республіки від 20 червня 2008 р. № 315 «Програма по поліпшенню перинатальної допомоги в Киргизській Республіці на 2008–2017 роки» / www.akipress.org/zdorovie/news:2841
25. Основные документы Всемирной Организации Здравоохранения / Женева, 2003. – 261 с. // The European health report 2002. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen // – 2002. – 156 p.
26. Дудіна О.О. Деякі характеристики репродуктивного здоров'я жінок України / О.О. Дудіна, Г.Я. Пархоменко, Ю.Ю. Габорець // Здоров'я жінки, 2011. – № 7 (146–151). – С. 212.
27. Трепель В.Г. О контроле качества медицинской помощи, оказываемой женщинам в период беременности и родов / В.Г. Трепель [и др.] // Акушерство и гинекология. – М., 2011. – № 7/1. – С. 50–53.
28. Терещенко А.В. До проблеми моніторингу і оцінки регіоналізації перинатальної допомоги/ Терещенко А.В., Дудіна О.О.// Матеріали III Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України». – 14–16.10.2014 р. – С. 8.
29. Терещенко А.В. Результати діяльності перинатальних центрів в Україні /А.В. Терещенко, Н.Г. Гойда, Р.О. Моисеенко, О.О. Дудіна // Здоров'я жінки. – 2014. – № 2. – С. 21–25.
30. Дудіна О.О., Терещенко А.В. Перші результати впровадження заходів національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства/ О.О. Дудіна, А.В. Терещенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України, 2014. – № 1. – С. 5–12.

Статья поступила в редакцию 12.12.2014