

Технологія моніторингу й оцінювання регіоналізації перинатальної допомоги

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

¹Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ

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

³Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У рамках науково-дослідної роботи (НДР) за участю спеціалістів робочої групи МОЗ України розроблено технологію національної системи моніторингу і оцінювання регіоналізації перинатальної допомоги (МіО). Запропоновано проект форми звіту регіону щодо регіоналізації перинатальної допомоги, який включає перелік показників для розрахунку запланованих індикаторів якості, за допомогою розробленої в ході виконання НДР програми на базі компонента програми Microsoft Excel з використанням арифметичних операторів. На основі вхідних даних формуються вихідні дані індикаторів якості оброблення МіО регіоналізації перинатальної допомоги

Була проведена апробація розроблених індикаторів якості у 11 пілотних регіонах Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства».

Ключові слова: моніторинг і оцінювання, перинатальна допомога, індикатори якості медичної допомоги, проект форми звіту регіону, вхідні і вихідні дані.

Запропонована технологія системи моніторингу і оцінювання регіоналізації перинатальної допомоги (далі – МіО) базується на наукових даних з аналізу МіО у різних країнах світу. МіО розроблено з метою здійснення функцій управління і забезпечення зворотного зв'язку відносно стану виконання запланованих заходів та досягнення поставлених цілей. Отриману інформацію МіО призначають для осіб, уповноважених приймати рішення, з метою оперативного коригування процесів, адаптації заходів відповідно до наявних умов та планування подальших дій щодо регіоналізації перинатальної допомоги.

Розроблення технології національної системи МіО здійснювали виконавці НДР ДУ «Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України» за участю спеціалістів робочої групи МОЗ України за загальною схемою: визначення ключових характеристик, теорії змін за даними очікуваних результатів та впровадження.

Ключові характеристики регіоналізації перинатальної допомоги включають:

- *проблему* – високий рівень материнської смертності, перинатальної та неонатальної смертності серед дітей, народжених жінками з патологією високого ризику, зокрема новонароджених з малою і дуже малою масою тіла при народженні;

- *причину* – жінки та новонароджені з перинатальним ризиком, зокрема народжені з дуже малою масою тіла (<1500), не отримують необхідної високоспеціалізованої медичної допомоги вчасно та в повному обсязі;

- *ціль* – підвищення якості, доступності перинатальної допомоги з урахуванням: раціонального використання можливостей системи надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим; шляхом наступності та етапності у наданні медичної допомоги на основі чіткого розподілу закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) за рівнями надання медичної допомоги;

зaproвадження порядку госпіталізації вагітних до родопомічних закладів відповідно до визначених обсягів надання допомоги вагітним та новонародженим та функціональних можливостей ЗОЗ різних рівнів; створення можливості виходжування дітей з малою та дуже малою масою тіла при народженні, що сприятиме зниженню материнської, малякової смертності та попередженню дитячої інвалідності;

- *метод* – регіоналізація перинатальної допомоги, система організації етапності надання перинатальної допомоги роділлям, породіллям, новонародженим за трьома рівнями з урахуванням регіональних особливостей, що максимально забезпечує своєчасність, доступність, адекватність, ефективність, безпечність перинатальної допомоги при раціональних витратах ресурсів системи охорони здоров'я.

Теорія змін передбачає створення системи етапності надання перинатальної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим та організацію мережі високоспеціалізованих ЗОЗ III рівня (перинатальних центрів III рівня) одночасно з організацією перенаправлення жінок та новонароджених з патологією високого ризику до цих центрів, що дозволить максимально забезпечити своєчасність, доступність, адекватність, ефективність, безпечність перинатальної допомоги при раціональних витратах ресурсів системи охорони здоров'я і сприятиме зменшенню рівня материнської та перинатальної смертності за рахунок концентрації в перинатальних центрах III рівня матеріальних та кадрових ресурсів, а також досвіду надання відповідної високоспеціалізованої медичної допомоги.

Аналіз і оцінювання теорії змін за даними очікуваних результатів здійснюють за:

- *впливом* – зниження перинатальної і неонатальної смертності за даними рівнів перинатальної, ранньої неонатальної смертності та неонатальної смертності; зниження материнських втрат за даними рівня материнської смертності;

- *наслідками* – жінки та новонароджені з перинатальним ризиком повинні отримувати необхідний обсяг кваліфікованої медичної допомоги на відповідному рівні надання перинатальної допомоги – оцінюють за показниками частоти, у закладах відповідного рівня перинатальної допомоги, виживаності новонароджених з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г; 1000,0–1499,0 г; 1500,0–2499,0 г; 2500,0 г і більше.

Аналіз і оцінювання теорії змін за даними впровадження здійснюють за:

- *продуктами* – розподіл жінок та новонароджених за рівнями надання перинатальної допомоги (у відсотках на кожному рівні від загальної кількості в регіоні) залежно від переліку медичних показань – оцінюють за частотою розроджень вагітних з уродженими вадами серця, хворобами системи кровообігу, цукровим діабетом, важкими формами прееклампсії та еклампсії, шляхом кесарева розтину; народжень живими новонароджених з масою тіла при народженні 500,0–999,0 г, 1000,0–1499,0 г,

Форма даних щодо регіоналізації перинатальної допомоги

Показник	№ рядка	Усього в регіоні	ЗОЗ I рівня перинатальної допомоги	ЗОЗ II рівня перинатальної допомоги	ЗОЗ III рівня перинатальної допомоги
Кількість пологів	1				
Розроджено вагітних з уродженими вадами серця	2				
Розроджено вагітних із хворобами системи кровообігу	3				
Розроджено вагітних із цукровим діабетом	4				
Розроджено вагітних із важкими формами прееклампсії, еклампсії	5				
Розроджено вагітних шляхом кесарева розтину	6				
Народжено живими з масою тіла при народженні 500-999 г	7				
Народжено живими з масою тіла при народженні 1000-1499 г	8				
Народжено живими з масою тіла при народженні 1500-2499 г	9				
Народжено живими з масою тіла при народженні > 2500 г	10				
Кількість народження дітей з уродженими вадами розвитку	11				
Вижило новонароджених у перші 168 год з масою тіла при народженні 500-999 г	12				
Вижило новонароджених у перші 168 год з масою тіла при народженні 1000-1499 г	13				
Вижило новонароджених у перші 168 год з масою тіла при народженні 1500-2499 г	14				
Вижило новонароджених у перші 168 год з масою тіла при народженні > 2500 г	15				
Народжено померлих в антенатальний період	16				
Перинатальна смертність	17				
Неонатальна смертність	18				
Материнська смертність	19				
Кількість жінок (вагітних, роділей, породілей), що були переведені у ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомоги	20				
Кількість новонароджених, що були переведені у ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомоги	21				
Проведено консультацій пацієнткам (вагітним, роділлям і породіллям) спеціалістами перинатальних центрів III рівня екстрених дистанційних/візних	22				
Проведено консультацій новонародженим спеціалістами перинатальних центрів III рівня екстрених дистанційних/візних	23				

1500,0–2499,0 г, 2500,0 г і більше, народжень новонароджених з уродженими вадами розвитку, мертвонароджених в антенатальний період;

- рівень кваліфікації медичного персоналу – частка медичних працівників, підготовлених з питань медичної допомоги адекватно рівню перинатальної допомоги закладу;

- відповідність матеріально-технічної бази ЗОЗ надання адекватної медичної допомоги жінкам та новонародженим – за показниками оснащення закладів перинатальної допомоги відповідно до таблиця оснащення, наявності у перинатальному центрі III рівня консультативно-діагностичного центру з телемедичними технологіями;

- *процесами* – злагоджене функціонування системи направлення жінок та новонароджених з перинатальним ризиком на відповідний рівень надання перинатальної до-

помоги – за показниками частоти пологів за рівнями перинатальної допомоги (у відсотках на кожному рівні від загальної кількості в регіоні), переведень жінок і новонароджених у заклади вищого рівня перинатальної допомоги, кількості проведених спеціалістами перинатального центру III рівня дистанційних/(телемедичних)/візних консультацій;

- функціонування системи інформування та профілактичної роботи серед цільових груп населення за даними наявності і діяльності регіональних програм освіти населення з питань репродуктивного здоров'я;

- *внесками* за даними відповідності закладів I, II, III рівнів перинатальної допомоги стандартам акредитації (наявності ліцензії на провадження господарчої діяльності з медичної практики), наявності можливостей забезпечення кон-

сультацій вагітних, роділей, породілей анестезіологом, хірургом, генетиком, терапевтом, кардіологом, рентгенологом, забезпечення консультацій новонароджених хірургом дитячим, офтальмологом дитячим, кардіоревматологом дитячим, середніх витрат на медикаменти для лікування (в гривнях у середньому на 1 пацієнта, що вибув, – роділлю/породіллю, новонародженого) за рахунок коштів загального фонду, локальних протоколів з маршрутами пацієнтів, наявності та функціонування при закладах I, II, III рівнів перинатальної допомоги рівня незалежного колегіального органу – наглядової ради.

МіО засновані на розробленні, зборі і аналізі індикаторів (доступних спостереженню і вимірюванню показників об'єкту моніторингу), що дозволяють визначити і спостерігати в динаміці прогрес, досягнутий в процесі реалізації перинатальної допомоги та проведенні клінічних аудитів.

Індикатори якості (ІЯ) регіоналізації перинатальної допомоги розроблено нами відповідно до принципів ВООЗ щодо розроблення і аналізу ІЯ та схеми МіО.

Важливо, щоб індикатори використовували для оцінювання якості медичної допомоги на всіх рівнях перинатальної допомоги. Очевидно, що на національному та регіональному рівнях можна збирати й аналізувати тільки невеликий перелік найбільш значущих індикаторів. У той самий час у кожному закладі охорони здоров'я існують власні проблеми: в одному випадку слабким місцем є не своєчасність надання допомоги, в іншому – результативність або економічна ефективність. Відповідно для кожної служби на кожній території і кожного типу ЗОЗ повинні поряд із загально визначеним переліком існувати свої індикатори, що дозволяють оцінювати досягнення актуальних для них завдань.

Для отримання запланованих ІЯ нами розроблено проект форми звіту регіону щодо регіоналізації перинатальної допомоги, який включає перелік показників для розрахунку запланованих ІЯ (табл. 1).

Форму даних щодо регіоналізації перинатальної допомоги заповнюють на підставі відомостей, що містяться в первинній обліковій медичній документації. У звіт включають відомості про результати усіх закінчених вагітностей у ЗОЗ, що надають перинатальну допомогу системи МОЗ України. Усі дані надають в абсолютних числах.

Основним джерелом інформації при складанні «форми» є первинна облікова документація: № 066/о «Статистична карта вибулого із стаціонару», № 002/о «Журнал обліку прийому вагітних, роділей і породілей», № 096/о «Історія пологів», № 97/о «Історія розвитку новонародженого», № 010/о «Журнал запису пологів в стаціонарі».

Основною ідеєю «форми» є отримання диференційованих залежно від рівня ЗОЗ відомостей про число пологів, у тому числі у вагітних з відхиленнями в стані здоров'я, дітей, що народилися, материнських і перинатальних втрат, акушерських операцій, кількості переведених жінок і новонароджених у ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомоги, проведених пацієнтам (вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим) спеціалістами перинатальних центрів III рівня екстрених дистанційних (телемедичних)/візних консультацій.

Згідно з цим принципом, у графах 4–6 вказують відповідні відомості про ЗОЗ (відділення) родопомочі I, II, III рівнів перинатальної допомоги, в графі 3 – сумарні дані по регіону в цілому. При цьому сума чисел в графах 4–6 дорівнює числу в графі 3.

ЗОЗ (підрозділи), що надають перинатальну допомогу, подають дані до форми структурним підрозділам з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, які, у свою чергу, представляють зведені дані територіальним ус-

тановам управління охорони здоров'я (обласним, м. Києва). Територіальні установи управління охорони здоров'я подають зведений звіт до МОЗ України.

На основі базових даних «Форми даних щодо регіоналізації перинатальної допомоги» з використанням на всіх рівнях надання перинатальної допомоги слід розробляти рекомендовані ІЯ.

Розрахунки ІЯ регіоналізації перинатальної допомоги можна здійснювати за допомогою розробленої в ході виконання НДР програми на основі компонента програми Microsoft Excel з використанням арифметичних операторів. Вхідними даними програми є базові дані «форми» (табл. 1). Розрахунки вихідних даних – ІЯ регіоналізації перинатальної допомоги – розміщені в робочій книзі на 25 листах Microsoft Excel. Кожен лист містить дані окремих показників в розрізі регіонів і в цілому (додаток).

Лист 1 містить дані рядка 1 «форми», за якими розраховують ІЯ частки пологів у ЗОЗ кожного рівня перинатальної допомоги (у %) за формулами:

- ~ частка пологів у ЗОЗ I рівня = $\text{гр. 4} \times 100 / \text{гр. 3}$;
- ~ частка пологів у ЗОЗ II рівня = $\text{гр. 5} \times 100 / \text{гр. 3}$;
- ~ частка пологів у ЗОЗ III рівня = $\text{гр. 6} \times 100 / \text{гр. 3}$.

Листи 2–5 містять розрахунки доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги вагітним, роділлям і породіллям залежно від медичного стандарту супроводу та надання стаціонарної допомоги вагітним з різною патологією. У листі 2 розміщуються дані рядка 2 «форми» щодо кількості розроджених вагітних з уродженими вадами серця. Вихідні дані – ІЯ концентрації пологів у вагітних з уродженими вадами серця у ЗОЗ різних рівнів дозволяють оцінити реалізацію потреби в госпіталізації цих пацієнток залежно від функціональних можливостей закладів і розраховуються за формулами:

- % розроджень вагітних з уродженими вадами серця у ЗОЗ I рівня = $\text{гр. 4} \times 100 / \text{гр. 3}$;
- % розроджень вагітних з уродженими вадами серця у ЗОЗ II рівня = $\text{гр. 5} \times 100 / \text{гр. 3}$;
- % розроджень вагітних з уродженими вадами серця у ЗОЗ III рівня = $\text{гр. 6} \times 100 / \text{гр. 3}$.

Аналогічно (лист 3) розраховують ІЯ концентрації пологів у вагітних із хворобами системи кровообігу за даними рядка 2 «форми», ІЯ концентрації пологів у вагітних з цукровим діабетом (лист 4 за даними рядка 4 «форми»), ІЯ концентрації пологів у вагітних з важкими формами пре-еклампсії, еклампсії (лист 5 за даними рядка 5 «форми»).

Лист 6 містить дані про кількість пологів та кількість пологів шляхом кесарева розтину за даними рядків 1, 6 «форми». Вихідні дані – ІЯ частоти кесарева розтину розраховують за формулами:

- ~ частота пологів шляхом кесарева розтину у ЗОЗ I рівня = $\text{гр. 4 рядка 1} \times 100 / \text{гр. 4 рядка 1}$;
- ~ частота пологів шляхом кесарева розтину у ЗОЗ II рівня = $\text{гр. 5 рядка 1} \times 100 / \text{гр. 5 рядка 1}$;
- ~ частота пологів шляхом кесарева розтину у ЗОЗ I рівня = $\text{гр. 6 рядка 1} \times 100 / \text{гр. 6 рядка 1}$;
- ~ частота пологів шляхом кесарева розтину у регіоні = $\text{гр. 34 рядка 1} \times 100 / \text{гр. 3 рядка 1}$.

Листи 7–10 містять дані про народжених живими залежно від маси тіла при народженні за даними рядків 7–10 «форми». Лист 7 містить дані рядка 7 «форми». Вихідні дані – ІЯ концентрації народжених живими з масою тіла 500–999 г при народженні у ЗОЗ I, II, III рівнів перинатальної допомоги розраховують за формулами:

- концентрація народжених живими з масою тіла 500–999 г при народженні у ЗОЗ I рівня = $\text{гр. 4} \times 100 / \text{гр. 3}$;
- концентрація народжених живими з масою тіла 500–999 г при народженні у ЗОЗ II рівня = $\text{гр. 4} \times 100 / \text{гр. 3}$;

Вхідні і вихідні дані ІЯ програми оброблення даних МіО регіоналізації перинатальної допомоги

Вхідні дані (абсолютні числа)	Вихідні дані (ІЯ)	Примітки
Кількість пологів	Індекс концентрації пологів у ЗОЗ I, II, III рівнів, %	
Розроджено вагітних з уродженими вадами серця	Індекс концентрації розроджень вагітних з вродженими вадами серця у ЗОЗ I, II, III рівнів, %	
Розроджено вагітних з хворобами системи кровообігу	Індекс концентрації розроджень вагітних з хворобами системи кровообігу у ЗОЗ I, II, III рівнів, %	
Розроджено вагітних з цукровим діабетом	Індекс концентрації розроджень вагітних з цукровим діабетом у ЗОЗ I, II, III рівнів, %	
Розроджено вагітних з важкими формами прееклампсії, еклампсії	Індекс концентрації розроджень вагітних з важкими формами прееклампсії, еклампсії у ЗОЗ I, II, III рівнів, %	
Розроджено вагітних шляхом кесарева розтину	Частота розроджень вагітних шляхом кесарева розтину у ЗОЗ I, II, III рівнів, %	
Народжено живими з масою тіла при народженні 500-999 г	Індекс концентрації народжень живими з масою тіла при народженні 500-999 г у ЗОЗ I, II, III рівнів, %	
Народжено живими з масою тіла при народженні 1000-1499 г	Індекс концентрації народжень живими з масою тіла при народженні 1000-1499 г у ЗОЗ I, II, III рівнів, %	
Народжено живими з масою тіла при народженні 1500-2499 г	Індекс концентрації народжень живими з масою тіла при народженні 1500-2499 г у ЗОЗ I, II, III рівнів, %	
Народжено живими з масою тіла при народженні > 2500 г	Індекс концентрації народжень живими з масою тіла при народженні > 2500 г у ЗОЗ I, II, III рівнів, %	
Кількість народження дітей з уродженими вадами розвитку	Індекс концентрації народжень дітей з вродженими вадами розвитку у ЗОЗ I, II, III рівнів, %	
Вижило новонароджених у перші 168 год з масою тіла при народженні 500-999 г	Вживаність новонароджених у перші 168 год з масою тіла при народженні 500-999 г у ЗОЗ I, II, III рівнів і в цілому по регіону, %	
Вижило новонароджених у перші 168 год з масою тіла при народженні 1000-1499 г	Вживаність новонароджених у перші 168 год з масою тіла при народженні 1000-1499 г у ЗОЗ I, II, III рівнів і в цілому по регіону, %	
Вижило новонароджених у перші 168 год з масою тіла при народженні 1500-2499 г	Вживаність новонароджених у перші 168 год з масою тіла при народженні 1500-2499 г у ЗОЗ I, II, III рівнів і в цілому по регіону, %	
Вижило новонароджених у перші 168 год з масою тіла при народженні > 2500 г	Вживаність новонароджених у перші 168 год з масою тіла при народженні > 2500 г у ЗОЗ I, II, III рівнів і в цілому по регіону, %	
Народжено померлих в антенатальний період	Індекс концентрації народжень померлих в антенатальний період у ЗОЗ I, II, III рівнів	
Перинатальна смертність	Індекс концентрації померлих в перинатальний період у ЗОЗ I, II, III рівнів, %	
Неонатальна смертність	Індекс концентрації померлих в неонатальний період у ЗОЗ I, II, III рівнів, %; Рівень неонатальної смертності у ЗОЗ I, II, III рівнів і в цілому в регіоні на 1000 народжених живими	
Материнська смертність	Індекс концентрації материнських втрат у ЗОЗ I, II, III рівнів і в цілому в регіоні на 100 000 народжених живими	
Кількість жінок (вагітних, роділей, породілей), що були переведені у ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомоги	Частота переведень жінок (вагітних, роділей, породілей) із ЗОЗ I, II, III рівнів і в цілому в регіоні у ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомоги, у % до загальної кількості вибулих жінок	Жінки ЗОЗ III рівня можуть бути переведені у міські, обласні лікарні, спеціалізовані центри
Кількість новонароджених, що були переведені у ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомоги	Частота переведень новонароджених із ЗОЗ I, II, III рівнів і в цілому в регіоні у ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомоги, у % до загальної кількості вибулих новонароджених	Новонароджені ЗОЗ III рівня можуть бути переведені у дитячі міські, обласні лікарні
Проведено консультацій пацієнткам (вагітним, роділлям і породіллям) спеціалістами перинатальних центрів III рівня екстрених дистанційних/візних	Частота консультацій жінок (вагітних, роділей, породілей) спеціалістами перинатальних центрів III рівня у ЗОЗ I, II рівнів і в цілому в регіоні, у % до загальної кількості пологів	
Проведено консультацій новонародженим спеціалістами перинатальних центрів III рівня екстрених дистанційних (телемедичних)/ візних	Частота консультацій новонароджених спеціалістами ПЦ III рівня у ЗОЗ I, II рівнів і в цілому в регіоні у % до загальної кількості новонароджених	

– концентрація народжених живими з масою тіла 500–999 г при народженні у ЗОЗ III рівня = гр. 4 x 100 / гр. 3.

Аналогічно (лист 8) розраховують ІЯ концентрації народжених живими з масою тіла 1000–1499 г при народженні за даними рядка 8 «форми», ІЯ концентрації народжених жи-

вими з масою тіла 1500–2499 г при народженні (лист 9 за даними рядка 9 «форми»), ІЯ концентрації народжених живими з масою тіла при народженні 2500 г і більше (лист 10 за даними рядка 10 «форми»), ІЯ концентрації живонароджених з уродженими вадами розвитку (лист 11 за даними рядка 11 «форми»).

ІЯ виживаності новонароджених у перші 168 год після народження залежно від маси тіла при народженні і рівня закладу перинатальної допомоги розраховують із застосуванням листів 7–10 та 12–15. ІЯ виживаності новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г у перші 168 год після народження розраховують (лист 12 за даними рядка 12) за формулами:

– виживаність новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г у перші 168 год після народження у ЗОЗ І рівня = гр. 4 рядка 12 x 100 / гр. 4 рядка 7;

– виживаність новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г у перші 168 год після народження у ЗОЗ ІІ рівня = гр. 5 рядка 12 x 100 / гр. 5 рядка 7;

– виживаність новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г у перші 168 год після народження у ЗОЗ ІІІ рівня = гр. 6 рядка 12 x 100 / гр. 6 рядка 7.

Аналогічно (лист 13) розраховують ІЯ виживаності новонароджених з масою тіла при народженні 1000–1499 г у перші 168 год після народження (лист 13 за даними гр. 5 рядків 13 та 8 «форми»), ІЯ концентрації народжених живими з масою тіла 1500–2499 г при народженні (лист 14 за даними гр. 6 рядків 14 та 9 «форми»), ІЯ концентрації народжених живими з масою тіла при народженні 2500 г і більше (лист 15 за даними рядків 15 та 10 «форми»).

ІЯ плодово-малюкових і материнських втрат (листи 16–19) розраховують за показниками концентрації їх у ЗОЗ І, ІІ, і ІІІ рівнів перинатальної допомоги та за рівнями неонатальної і материнської смертності.

ІЯ концентрації померлих в антенатальний період у закладах І, ІІ, ІІІ рівнів перинатальної допомоги розраховують із застосуванням листа 16 за формулами:

– % померлих в антенатальний період у ЗОЗ І рівня = гр. 4 рядка 16 x 100 / гр. 1 рядка 16;

– % померлих в антенатальний період у ЗОЗ ІІ рівня = гр. 5 рядка 16 x 100 / гр. 1 рядка 16;

– % померлих в антенатальний період у ЗОЗ ІІІ рівня = гр. 6 рядка 16 x 100 / гр. 1 рядка 16.

Аналогічно (лист 17) розраховують ІЯ концентрації перинатальних втрат за даними граф 4, 5 та 6 рядка 17 «форми», ІЯ концентрації неонатальних втрат (лист 18 за даними гр. 1, 4, 5 та 6 рядка 18 «форми»), ІЯ концентрації материнських втрат (лист 19 за даними гр. 1, 4, 5 та 6 рядка 10 «форми»).

ІЯ рівня неонатальної смертності (лист 18-а) розраховують за даними гр. 4–6 рядків 7–10 та 18, а ІЯ рівня материнської смертності (листа) за даними гр. 4–6 рядків 7–10 та 20 за формулами:

– рівень неонатальної смертності у ЗОЗ І рівня = гр. 4 рядка 18 x 1000 / (гр. 4 рядка 7 + гр. 4 рядка 8 + гр. 4 рядка 9 + гр. 4 рядка 10);

– рівень неонатальної смертності у ЗОЗ ІІ рівня = гр. 5 рядка 18 x 1000 / (гр. 5 рядка 7 + гр. 5 рядка 8 + гр. 5 рядка 9 + гр. 5 рядка 10);

– рівень неонатальної смертності у ЗОЗ ІІІ рівня = гр. 6 рядка 18 x 1000 / (гр. 6 рядка 7 + гр. 6 рядка 8 + гр. 6 рядка 9 + гр. 6 рядка 10);

– рівень материнської смертності у ЗОЗ І рівня = гр. 4 рядка 19 x 100000 / (гр. 4 рядка 7 + гр. 4 рядка 8 + гр. 4 рядка 9 + гр. 4 рядка 10);

– рівень материнської смертності у ЗОЗ ІІ рівня = гр. 5 рядка 19 x 100000 / (гр. 5 рядка 7 + гр. 5 рядка 8 + гр. 5 рядка 9 + гр. 5 рядка 10);

– рівень материнської смертності у ЗОЗ ІІІ рівня = гр. 6 рядка 19 x 100000 / (гр. 6 рядка 7 + гр. 6 рядка 8 + гр. 6 рядка 9 + гр. 6 рядка 10).

Індикатори координації та інтеграції перинатальної допомоги розраховують із застосуванням листів 20–23 за формулами:

– % переведених жінок (вагітних, роділей, породілей) із ЗОЗ І рівня у ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомоги (лист 20) = гр. 4 рядка 20 x 100 / гр. 4 рядка 1;

– % переведених жінок (вагітних, роділей, породілей) із ЗОЗ ІІ рівня у ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомоги (лист 20) = гр. 5 рядка 20 x 100 / гр. 5 рядка 1;

– % переведених жінок (вагітних, роділей, породілей) із ЗОЗ ІІІ рівня у ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомоги (лист 20) = гр. 6 рядка 20 x 100 / гр. 6 рядка 1;

– % переведених новонароджених із ЗОЗ І рівня у ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомоги (лист 21) = гр. 4 рядка 21 x 100 / (гр. 4 рядка 7 + гр. 4 рядка 8 + гр. 4 рядка 9 + гр. 4 рядка 10);

– % переведених новонароджених із ЗОЗ ІІ рівня у ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомоги (лист 20) = гр. 5 рядка 22 x 100 / (гр. 5 рядка 7 + гр. 5 рядка 8 + гр. 5 рядка 9 + гр. 5 рядка 10);

– % переведених новонароджених із ЗОЗ ІІІ рівня у ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомоги (лист 20) = гр. 6 рядка 21 x 100 / (гр. 6 рядка 7 + гр. 6 рядка 8 + гр. 6 рядка 9 + гр. 6 рядка 10);

– проведено консультацій жінкам (вагітним, роділлям, породіллям) ЗОЗ І рівня спеціалістами ІІІ рівня (лист 22), % = гр. 4 рядка 22 x 100 / гр. 4 рядка 1;

– проведено консультацій жінкам (вагітним, роділлям, породіллям) ЗОЗ ІІ рівня спеціалістами ІІІ рівня (лист 22), % = гр. 4 рядка 22 x 100 / гр. 5 рядка 1;

– проведено консультацій новонародженим ЗОЗ І рівня спеціалістами ІІІ рівня (лист 23), % = гр. 4 рядка 23 x 100 / (гр. 4 рядка 7 + гр. 4 рядка 8 + гр. 4 рядка 9 + гр. 4 рядка 10);

– проведено новонародженим ЗОЗ ІІ рівня спеціалістами ІІІ рівня (лист 23), % = гр. 5 рядка 23 x 100 / (гр. 5 рядка 7 + гр. 5 рядка 8 + гр. 5 рядка 9 + гр. 5 рядка 10).

Таким чином, на основі вхідних даних формуються вихідні дані (ІЯ) оброблення МіО регіоналізації перинатальної допомоги (табл. 2).

МіО із застосуванням ІЯ слід використовувати на всіх рівнях перинатальної допомоги. Очевидно, що на регіональному рівні можна збирати та аналізувати невелику кількість найбільш значущих індикаторів. Водночас, у кожному ЗОЗ існують свої проблеми: в одному випадку – це несвоєчасність надання допомоги, в іншому – низька результативність або економічна ефективність. Відповідно для кожної служби на кожній території та кожного типу ЗОЗ слід розробити (поряд із загальновизначеним переліком) свої індикатори, які дадуть змогу оцінити досягнення актуальних завдань.

У перші два роки проведення регіоналізації перинатальної допомоги збір, аналіз і оцінювання ІЯ доцільно проводити 2 рази на рік, а надалі – щорічно. Усі розроблені ІЯ вважаються попередніми, поки вони не пройдуть 6–12-місячну перевірку з метою підтвердження відповідності та практичності застосування.

Аналіз і оцінювання розрахованих ІЯ перинатальної допомоги здійснюють із застосуванням для порівняння даних надійних досліджень, а за їх відсутності – даних розвинених країн або консенсусу спеціалістів.

Система МіО регіоналізації перинатальної допомоги передбачає і проведення клінічних аудитів за виявленими під час оцінювання ІЯ проблемними питаннями, коли результати виходять за діапазон нормативів.

У ході виконання НДР була проведена апробація розроблених ІЯ у 11 пілотних регіонах Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства», де створені і функціонують перинатальні центри ІІІ рівня.

Технология мониторинга и оценки регионализации перинатальной помощи
А.В. Терещенко, А.А. Дудина, Р.А. Моисеенко

В рамках научно-исследовательской работы (НИР) с участием специалистов рабочей группы МЗ Украины разработана технология национальной системы мониторинга и оценки регионализации перинатальной помощи (МиО). Предложен проект формы отчета региона по регионализации перинатальной помощи, который включает перечень показателей для расчета запланированных индикаторов качества, с помощью разработанной в ходе выполнения НИР программы на базе компонента Microsoft Excel с использованием арифметических операторов. На основе входных данных формируются исходящие данные индикаторов качества обработки МиО регионализации перинатальной помощи.

Была проведена апробация разработанных индикаторов качества в 11 пилотных регионах Национального проекта «Новая жизнь – новое качество охраны материнства и детства».

Ключевые слова: мониторинг и оценка, перинатальная помощь, индикаторы качества медицинской помощи, проект формы отчета региона, входные и выходные данные.

Technology monitoring and evaluation of perinatal regionalization assistance
A.V. Tereshchenko, A.A. Dudina, R.A. Moiseenko

As part of the research with the participation of specialists working group of Health of Ukraine has developed a technology of national monitoring and evaluation system of regionalization of perinatal care (M&E). Proposed a draft report form the region regionalization of perinatal care. The report includes a list of indicators to calculate the planned indicators of quality. Indicators are calculated using Microsoft Excel using arithmetic operators.

On the basis of the input data generated raw data processing M&E indicators of the quality of regionalization of perinatal care.

Was conducted testing of quality indicators developed in 11 pilot areas of the National Project «New Life – a new quality of maternal and child health».

Key words: monitoring and evaluation, perinatal care, the indicators of quality of care, the project report form region, input and output data.

Сведения об авторах

Терещенко Алена Васильевна – Министерство здравоохранения Украины, 01024, 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

Статья поступила в редакцию 17.11.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

АМЕРИКАНСКИЕ УЧЕНЫЕ РАЗРАБОТАЛИ ВАКЦИНУ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Американские исследователи из Вашингтонского университета разработали новую вакцину от рака груди. Она показала свою эффективность и безопасность даже на пациентках с метастазами.

Ученые сообщили, что вакцина заставляет иммунные белые кровяные клетки атаковать клетки рака. Это тормозит прогрессирование заболевания. Принцип работы вакцины заключается в воздействии на белок маммаглоби-

на-А. При раке груди ткани, пораженные заболеванием, выделяют белок в огромных количествах. Благодаря вакцине, иммунные клетки атакуют только клетки, имеющие высокую концентрацию маммаглобина-А. Получается локальное воздействие с меньшим числом побочных эффектов.

Однако специалисты отметили, что данная вакцина не поможет пациенткам, чьи опухоли не производят маммаглобин-А. Вакцину пока опробовали только на 14 па-

циентках с метастатической формой рака груди. И среди побочных эффектов наблюдались симптомы, напоминающие грипп, сыпь, раздражение в месте инъекции. Почти в 50% случаев рак переставал прогрессировать в течение года после прививки. Ученые планируют в ближайшее время протестировать вакцину на большой группе добровольцев с недавно выявленным раком.

www.medicinform.net