

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет

ГІНЗБУРГ ВАЛЕНТИНА ГРИГОРІВНА

УДК 614.2.001:618.5:616-053.31

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ІНТЕГРОВАНОЇ СИСТЕМИ
ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ МОДЕРНІЗАЦІЇ
СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

14.02.03 – соціальна медицина

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Харків – 2015

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Державному закладі «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Науковий консультант: доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України **Лехан Валерія Микитівна**, Державний заклад "Дніпропетровська медична академія МОЗ України", завідувач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор **Ковальова Олена Михайлівна**, Харківський національний медичний університет МОЗ України, професор кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я

доктор медичних наук, професор **Любінець Олег Володимирович**, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, завідувач кафедри організації і управління охороною здоров'я ФПДО

доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України **Шатило Віктор Йосипович**, ректор КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» МОЗ України

Захист відбудеться " _____ " _____ 2015 р. о _____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.600.06 Харківського національного медичного університету МОЗ України за адресою: 61022, м. Харків, проспект Леніна, 4.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Харківського національного медичного університету МОЗ України за адресою: 61022, м. Харків, проспект Леніна, 4, корпус Б.

Автореферат розісланий " _____ " _____ 2015 р.

**Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
к. мед. н., доцент**

Л.І. Чумак

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Зміцнення репродуктивного здоров'я в умовах прогнозованого подальшого зниження чисельності населення, посилення негативної динаміки його вікової структури, зростання економічного навантаження на працездатне населення є необхідною складовою національної безпеки та найважливішою проблемою демографічної політики України [Т.С. Грузева, 2009; Р.О. Моїсеєнко зі співав., 2012; Н.О. Рингач, 2009; R. Menon, 2010].

Поліпшення здоров'я матерів і зменшення дитячої смертності включено до основних Цілей Розвитку Тисячоліття, визначених Організацією Об'єднаних Націй [United Nations Development Programme, 2010] та підтриманих в Україні [Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна – 2010. Національна доповідь, 2010].

Здоров'я матерів та новонароджених - складний взаємопов'язаний механізм. Для запобігання смертей та захворювань як перших, так і других в багатьох випадках необхідно приймати одні й ті ж заходи, орієнтовані на зміцнення систем охорони здоров'я [S. Beck, 2010; R. Black. et al., 2010; W. Doyle, 2010; M.H. Merson et al., 2012; WHO, 2007, 2008], що передбачає реалізацію стратегій, спрямованих на виявлення та усунення перешкод в наданні медичних послуг [WHO Europe, 2008; WHO 2009, 2013].

Однією з таких перешкод є фрагментація діяльності медичних служб, яка останнім часом обернулася серйозним викликом для систем управління охороною здоров'я, оскільки погана координація структур та недостатня взаємодія окремих медичних служб істотно підривають якість функціонування систем охорони здоров'я [WHO Europe, 2011]. Її подолання та формування інтегрованих систем стали розглядатися Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) та провідними міжнародними експертами як самостійний напрямок державної політики [В.И. Шевский, 2013; A.P. Contandriopoulos et al., 2007; A. Enthoven, 2009; M. M. Hofmarcher 2007; E. Suter et al., 2009; WHO Europe, 2008; 2014].

ВООЗ підкреслює потребу застосування в сучасних умовах цілісності, безперервності та наступності перинатальної допомоги на всіх рівнях - від місцевої громади до найвищих ланок системи з використанням ефективної регіоналізації і мультидисциплінарного підходу [WHO, 2009, 2011]. На необхідності надання всебічної інтегрованої перинатальної допомоги наголошується також в керівництві з перинатальної допомоги, створеному за участю Американської академії педіатрії та Американської колегії акушерів і гінекологів [T. Newton, 2008].

Для системи організації перинатальної допомоги в Україні характерна недостатня її координованість та дезінтегрованість [Ю.Г. Антипкін, 2014; М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш та ін., 2012, 2013; О.В. Жук, 2012; В.Ф. Москаленко, 2009; В. Rechel, E. Richardson, M. McKee, 2014], негативні наслідки якої підсилюються ускладненням здоров'я обслугованих контингентів, зокрема наявністю у значній частки жінок хвороб, що впливають на перебіг та завершення вагітності, високими рівнями захворюваності новонароджених [Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України, 2011; 2012].

Для подолання фрагментованості, підвищення комплексності та якості допомоги вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим в сучасних умовах інтеграція перинатальної допомоги є однією з найактуальніших проблем, вирішення

якої дозволяє поліпшити показники репродуктивного здоров'я [Т. Асатиани та ін., 2010; Integrating sexual and reproductive health-care services. WHO, 2006; Т. Newton, 2008; Universal access to reproductive health. WHO, 2011].

Але у вітчизняній науковій літературі наукові роботи, присвячені інтеграції перинатальної допомоги поодинокі [Н.Г. Гойда, 2012; В.Є. Донець, 2012; Н.Я. Жилка, 2007; О.М. Ковальова, 2012; Р.О. Моїсеєнко зі співавт., 2012] і стосуються окремих її аспектів, комплексно дане питання не вирішене. Національних досліджень, присвячених науковому обґрунтуванню інтегрованої системи перинатальної допомоги в Україні немає.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження проводилось на кафедрі соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» та є фрагментом науково-дослідних робіт «Наукове обґрунтування способів поліпшення ефективності системи охорони здоров'я на регіональному рівні» (№ держреєстрації 0111U008122) та «Наукове обґрунтування модернізації системи медичного обслуговування на регіональному рівні» (№ держреєстрації 0114U000928).

Дослідження проводилися відповідно до положень Концепції загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір».

Мета дослідження. Медико-соціальне обґрунтування, розробка та оцінка ефективності інтегрованої системи організації перинатальної допомоги в умовах модернізації системи охорони здоров'я України.

Завдання дослідження, обумовлені метою, передбачали:

- проведення аналізу тенденцій розвитку наукових досліджень щодо організаційно-технологічних підходів до підвищення ефективності перинатальної допомоги;
- дослідження медико-статистичних характеристик та закономірностей показників репродуктивного здоров'я населення в Україні в регіональному розрізі;
- теоретичне обґрунтування моделі інтегрованої медичної допомоги;
- обґрунтування, розробку та впровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги;
- розробку нових підходів до визначення нормативів навантаження на лікарів стаціонарних підрозділів закладів охорони здоров'я;
- обґрунтування нормативів навантаження на лікарів різних спеціальностей родопомічних структур закладів охорони здоров'я різних рівнів в залежності від продуктивності їх роботи;
- оцінку якості та адекватності медичного обслуговування вагітних, роділь, породіль та новонароджених в рамках інтегрованої системи перинатальної допомоги;
- комплексне дослідження ставлення пацієнтів, практикуючих лікарів та організаторів охорони здоров'я до інтегрованої системи надання перинатальної допомоги та перспектив щодо поліпшення її якості;
- оцінку ефективності впровадження інтегрованої системи перинатальної допомоги.

Науковою базою дослідження, яке проводилось протягом 2000 - 2014 років,

стали 27 адміністративно-територіальних одиниць України, 41 заклад охорони здоров'я Дніпропетровської області, які надавали родопомічну допомогу.

Об'єкт дослідження: система організації перинатальної допомоги.

Предмет дослідження: медико-статистичні особливості структури, організації, медичних технологій, якості та ефективності перинатальної допомоги, малюкової, перинатальної, материнської смертності, підходи до підвищення ефективності організації перинатальної допомоги на регіональному рівні.

Методи дослідження:

- *системний підхід і аналіз* – застосовувався на всіх етапах роботи для формування та розв'язання проблеми системного дослідження;
- *історичний та бібліосемантичний* – використовувалися для аналізу, порівняння і узагальнення даних щодо організаційно-технологічних підходів до підвищення ефективності перинатальної допомоги;
- *концептуального моделювання* – для обґрунтування загальної моделі інтегрованої медичної допомоги та інтегрованої системи організації перинатальної допомоги;
- *організаційного проектування* – для розробки інтегрованої системи організації перинатальної допомоги;
- *фотохронометражних досліджень* – для розробки методики визначення нормативів навантаження лікарів стаціонарних підрозділів та обґрунтування нормативів навантаження лікарів родопомічних структур закладів охорони здоров'я різного рівня та різної потужності;
- *лонгитудинального організаційного експерименту* – для розробки та апробації в натурних умовах інтегрованої системи організації перинатальної допомоги;
- *медико-статистичний* – для характеристики основних показників репродуктивного здоров'я: загальних та спеціальних показників малюкової, перинатальної, материнської смертності; аналізу показників, структурної, медичної та соціальної ефективності інтегрованої системи організації перинатальної допомоги;
- *експертних оцінок* – для оцінки якості, адекватності медичної допомоги в родопомічних закладах / підрозділах різної потужності та рівнів надання медичної допомоги;
- *соціологічний* – для вивчення ставлення пацієнтів, практикуючих лікарів та організаторів охорони здоров'я до інтегрованої системи організації перинатальної допомоги та перспектив щодо поліпшення її якості;
- *економічний* – для оцінки економічного ефекту від впровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги;
- *біостатистичний* – для статистичної обробки матеріалів дослідження (методи описової та аналітичної статистики, парний та множинний кореляційний аналіз).

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- обґрунтовано та розроблено інтегровану систему організації перинатальної допомоги, центральний структурно-процесний організаційний компонент якої (регіоналізація закладів та маршрутизація пацієнтів) підтримується комплексом фінансово-економічних, технологічних, освітніх, інформаційних механізмів та

допоміжних (сателітних) служб, які забезпечують комплексність, координованість, наступність та безперервність перинатальної допомоги;

- розроблено з використанням методу фотохронометражних досліджень та наступною експертною корекцією їх результатів методика обґрунтування нормативів навантаження лікарів стаціонарних відділень, засновану на визначенні обсягів виконуваної роботи;
- науково обґрунтовано нормативи навантаження, виражені в числі пролікованих пацієнтів, для лікарів акушерів-гінекологів пологових відділень та відділень патології вагітних, неонатологів, анестезіологів, в тому числі дитячих, акушерських стаціонарів різних рівнів надання медичної допомоги;
- доведена дієвість інтегрованої системи організації перинатальної допомоги, яка проявляється в підвищенні загальної структурної ефективності системи та залученні первинної ланки до охорони репродуктивного здоров'я;
- дана порівняльна комплексна характеристика якості та адекватності медичного обслуговування вагітних, породіль та новонароджених в рамках існуючої та інтегрованої систем організації перинатальної допомоги;
- встановлено залежність якості стаціонарної акушерської допомоги від способу її організації та потужності пологових стаціонарів;
- виявлено високий рівень задоволеності всіх учасників лікувально-діагностичного процесу (пацієнтів, медичного персоналу, організаторів охорони здоров'я) медичним обслуговуванням в інтегрованій системі організації перинатальної допомоги; з'ясовано, що керівники медичних закладів та медичний персонал родопомічних структур віддають перевагу потужним акушерським стаціонарам;
- доведено, що інтеграція організації перинатальної допомоги сприяє підвищенню медичної, соціальної та економічної ефективності системи перинатальної допомоги;

удосконалено визначення задоволеності респондентів за допомогою двохмірного аналізу «важливість-задоволеність» для виявлення найбільш важливих компонентів впливу та їх оцінки;

дістала подальшого розвитку методика комплексної оцінки стану репродуктивного здоров'я з поєднанням традиційних (малюкова, перинатальна, материнська смертність) і спеціальних пропорційних показників перинатальної смертності, обчислених з застосуванням методики ВООЗ «BABIES-MATRICA».

Теоретичне значення дослідження полягає у доповненні теорії соціальної медицини та організації охорони здоров'я в частині обґрунтування моделі інтегрованої медичної допомоги.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що його результати стали підставою для впровадження якісно нової дієвої та ефективної інтегрованої системи перинатальної допомоги, придатної для застосування на рівні регіональних систем охорони здоров'я, що дозволяє:

- визначити комплекс основних, підтримуючих та допоміжних механізмів для забезпечення координованості, наступності та безперервності перинатальної допомоги;
- створити реальну трирівневу систему надання перинатальної допомоги з залученням до охорони репродуктивного здоров'я первинної ланки медичної

допомоги;

- провести розподіл закладів та структур, що надають перинатальну допомогу, виходячи з їх готовності до обслуговування пацієнтів з різними ступенями перинатального та акушерського ризику;
- впорядкувати переміщення пацієнтів в рамках системи з врахуванням ступеню їх перинатального та акушерського ризику;
- раціоналізувати використання матеріально-технічного і кадрового потенціалу системи за рахунок оптимізації мережі родопомічних закладів;
- підвищити безперервність перинатальної допомоги через застосування загальних наскрізних клінічних протоколів;
- підтримувати у постійній готовності необхідні професійні навички медичного персоналу завдяки концентрації вагітних у потужних пологових стаціонарах та застосуванню комплексу сучасних освітніх технологій;
- створити підґрунтя для запровадження мотивуючої системи оплати праці медичного персоналу через формування нормативів навантаження лікарів пологових служб різних спеціальностей на основі обсягів та складності роботи, що виконується.

Впровадження результатів дослідження в практику проводилось на державному, галузевому та регіональному рівнях.

а) на державному рівні - при підготовці Постанови Кабінету Міністрів України від 24.10.2012 №1113 «Про затвердження порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» ;

б) на галузевому рівні:

- при підготовці наказів МОЗ України: від 05.10.2011 №646 "Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», від 31.10.2011 №726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах»; від 04.11.2011 №755 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»; від 30.12.2011 №1008 "Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я"; від 28.03.2013 №249 «Про затвердження "Методичних рекомендацій визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу»;

- шляхом викладення теоретичних і методичних питань дослідження в двох методичних рекомендаціях («Методика визначення норм навантаження лікарів стаціонарних відділень лікарень інтенсивного лікування (ЛІЛ)», «Методика профілактики ВІЛ-інфікування жінок в умовах реформування системи медичної допомоги населенню») та 8 галузевих нововведеннях (наведені в списку опублікованих праць за темою дисертації).

в) на регіональному рівні:

- при підготовці наказів по Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної адміністрації від 21.05.2008 №270 «Про порядок проведення навчальної

роботи в лікувально-профілактичних закладах області з впровадження клінічних протоколів надання медичної допомоги»; від 20.01.2012 №66 «Щодо подальшого удосконалення організації перинатальної допомоги в області»; від 06.03.2014 №253/0/197-14 «Щодо удосконалення організації перинатальної допомоги в області та відпрацювання маршруту пацієнта»; від 07.05.2009 №279 «Щодо удосконалення системи моніторингу впровадження перинатальних технологій в родопомічних закладах області»;

- впроваджуються в 6 регіонах України (Харківській, Житомирській, Херсонській, Кіровоградській, Запорізькій, Одеській областях та м. Одеса - 14 актів впровадження);

- використовуються у навчальному процесі профільних кафедр ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України», Запорізького державного та Івано-Франківського національного медичних університетів (3 акти впровадження).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є особисто виконаною науковою працею автора. Дисертантом визначено напрямок, мету, завдання і програму дослідження, проаналізовано стан проблеми інтеграції перинатальної допомоги; розроблено або адаптовано анкети, опитувальники, карти експертної оцінки; проведено збір матеріалу, виконано теоретичне обґрунтування моделі інтегрованої медичної допомоги, обґрунтовано та розроблено інтегровану систему організації перинатальної допомоги та здійснено її впровадження в масштабах регіону в рамках організаційного експерименту, розроблено методiku та обґрунтовано нормативи навантаження на лікарів стаціонарних родопомічних структур різної потужності; проаналізовано стан репродуктивного здоров'я в національному і регіональному розрізах, дієвість та ефективність інтегрованої системи організації перинатальної допомоги. Дисертантом систематизовано накопичений експериментальний матеріал, проведено його статистичну обробку, аналіз одержаних результатів та їх інтерпретацію, написано усі розділи дисертації, сформульовано висновки, що знайшли відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації, надано практичні рекомендації. Результати досліджень співавторів наукових публікацій у дисертаційній роботі не використані. Розроблені дисертантом наукові положення та одержані дані є самостійним внеском у вирішення проблеми інтеграції перинатальної допомоги.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційного дослідження оприлюднені та апробовані на з'їздах, конгресах, науково-практичних конференціях, зокрема: на IV з'їзді спеціалістів з соціальної медицини та організації охорони здоров'я України (Житомир, 2008); Українській науково-практичній конференції з сімейної медицини "Від науки до практики" (Дніпропетровськ, 2010); Українській науково-практичній конференції «Сучасна стратегія забезпечення якості та безпеки медичної допомоги» (Дніпропетровськ, 2010); III з'їзді сімейних лікарів України (Дніпропетровськ, 2011); XIV конгресі Світової федерації українських лікарських товариств (Донецьк – Київ - Чикаго, 2012); V з'їзді спеціалістів з соціальної медицини та організації охорони здоров'я України (Житомир, 2012); Міжнародній науково-практичній конференції «Наукові дослідження та їх практичне застосування. Сучасний стан та шляхи розвитку 2013»

(Іваново, 2013); Міжнародній науково-практичній конференції, присвяченій Всесвітньому дню здоров'я (Київ, 2013); Українській науково-практичній конференції з міжнародною участю з сімейної медицини "Від науки до практики" (Дніпропетровськ, 2013); IX międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji "Dynamika naukowych Badań – 2013» 07-15 lipca 2013 roku (Przemyśl, 2013); XV конгресі Світової федерації українських лікарських товариств (Чернівці – Київ – Чікаго, 2014).

Дисертація обговорена на міжкафедральному засіданні за участю кафедр соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, гігієни та екології і кафедри медико-соціальної експертизи і реабілітації факультету післядипломної освіти Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Публікації. За результатами досліджень опубліковано 45 наукових праць, з яких: 5 співавторство в монографіях; 23 статті (16 - у наукових фахових виданнях, рекомендованих МОН ДАК України, та 7 публікацій в іноземних наукових журналах та у виданнях України, включених до міжнародних наукометричних баз); 7 - у журналах, збірках матеріалів і тезах доповідей на з'їздах і конференціях; 8 нововведень, 2 методичних рекомендації МОЗ України.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота викладена на 474 сторінках друкарського тексту, в т.ч. власно тексту 307 сторінок, складається із вступу, огляду літератури, програми дослідження, 6 розділів власних досліджень, висновків, списку використаних джерел, 11 додатків. Список використаних джерел містить 478 найменувань (353 робіт вітчизняних авторів та авторів держав СНД і 125 іноземних джерел). Дисертація ілюстрована 60 таблицями і 73 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Програма, обсяги, матеріали та методи дослідження. Програма дослідження була розроблена на основі поставленої мети та завдань, з дотриманням вимог етапності й послідовності наукового пошуку, з використанням системного підходу та комплексу інших адекватних методів дослідження (рис. 1).

Робота проводилась у 8 етапів, структурованих відповідно до поставлених завдань, кожен із яких включав конкретні завдання другого порядку. Багаторівнева структуризація завдань забезпечувала системність, оскільки результати попередніх етапів ставали логічною основою не тільки для наступних етапів, а й для узагальнення та наукового обґрунтування висновків. Перший етап, відображений в *першому розділі* роботи, передбачав вивчення результатів наукових досліджень, даних світового та вітчизняного досвіду щодо визначення основних проблем та перспектив розвитку організаційно-технологічних підходів до підвищення ефективності перинатальної допомоги. З використанням історичного та бібліосемантичного методів опрацьовано більше 3500 інформаційних джерел, з яких відібрано 478 для поглибленого вивчення. Системний аналіз інформаційних джерел дозволив конкретизувати напрямок, об'єкт та предмет дослідження, розробити програму, сформулювати мету, завдання, обґрунтувати методи і обсяг досліджень, що лягло в основу другого етапу роботи та *другого розділу* дисертації.

На третьому етапі проведено аналіз динаміки основних показників репродуктивного здоров'я (малюкової, перинатальної, материнської смертності) в національному і регіональному розрізах; здійснено детальне вивчення показників перинатальної смертності та визначення її причин по кожній зі складових (антенатальна, інтранатальна та постнатальна) в різних вагових категоріях при народженні з використанням медико-статистичного, біостатистичного методів та спеціальної методики «BABIES-MATRICA» ВООЗ.

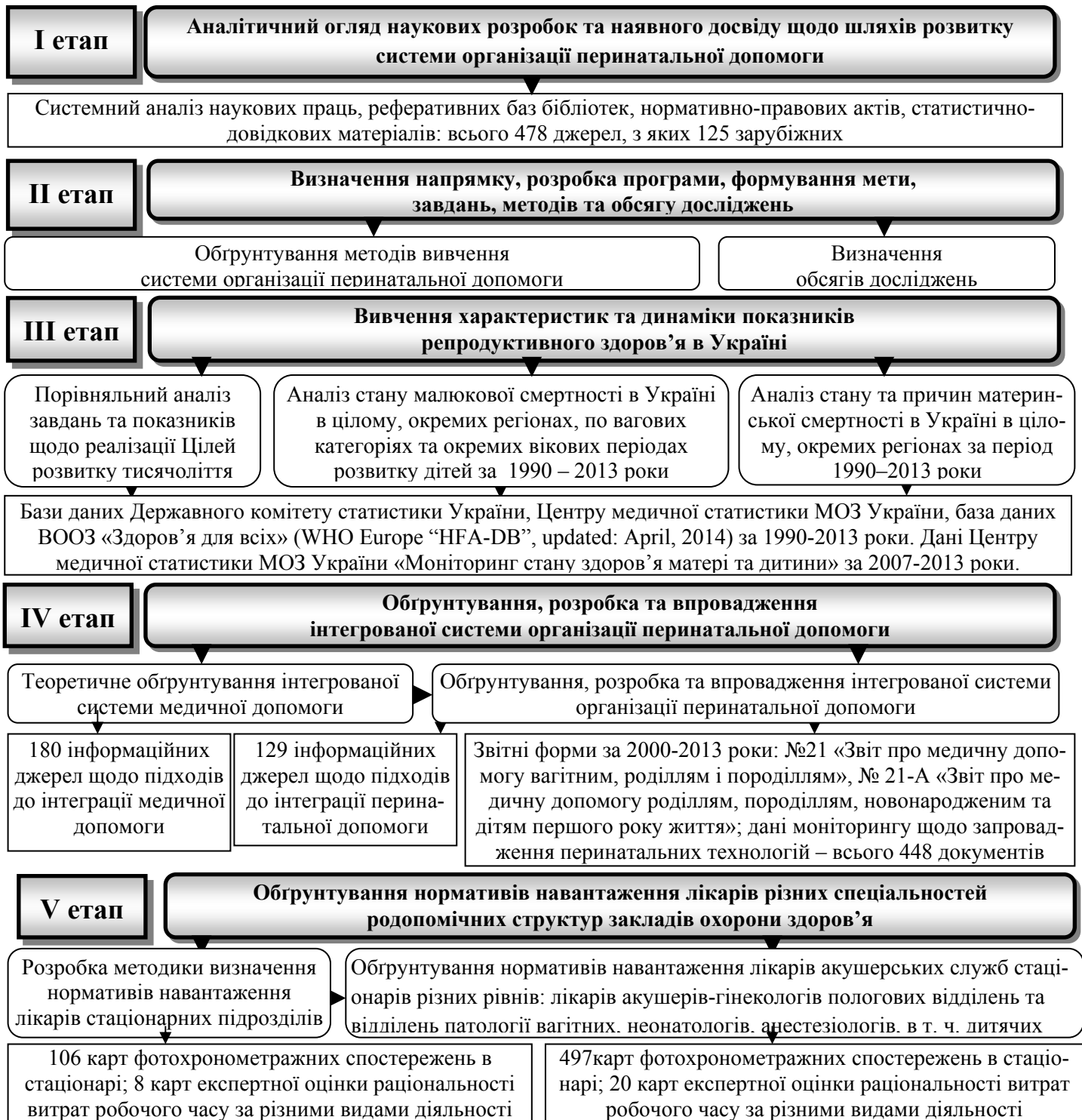


Рис. 1. Програма, матеріали, обсяг і методи досліджень

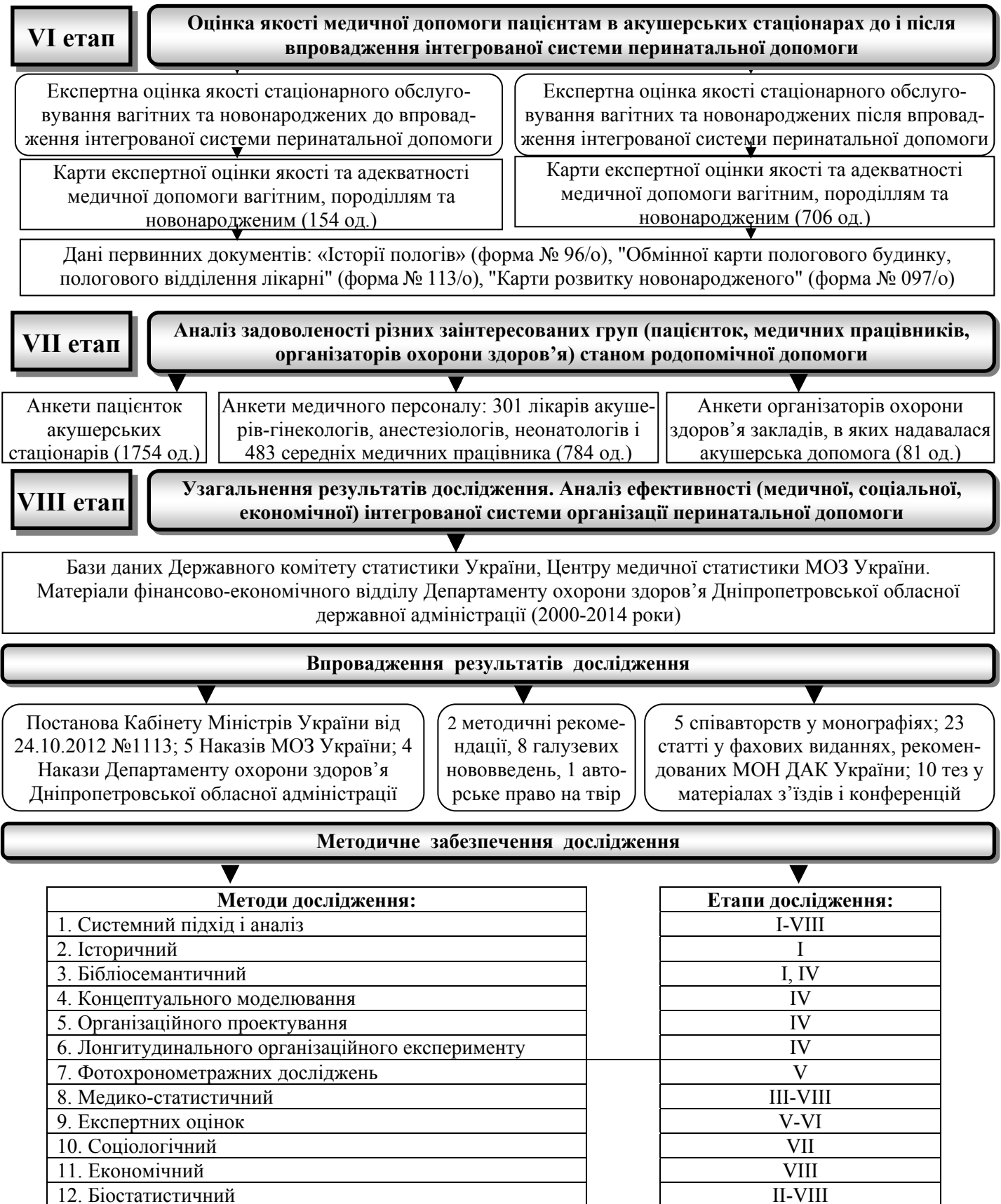


Рис. 1. Програма, матеріали, обсяг і методи досліджень (продовження)

На четвертому етапі дослідження проведено обґрунтування, розробку та впровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги, для чого на

основі всебічного аналізу доказових даних, результатів міжнародних досліджень обґрунтовано концептуальну модель інтегрованої медичної допомоги, на базі якої з врахуванням міжнародного та вітчизняного досвіду за допомогою методу організаційного проектування розроблено інтегровану систему організації перинатальної допомоги та поетапно впроваджено її в рамках лонгитудинального організаційного експерименту на регіональному рівні. П'ятий етап було присвячено обґрунтуванню нормативів навантаження на лікарів різних спеціальностей родопомічних структур закладів охорони здоров'я – заходу, необхідного для запровадження в рамках інтегрованої системи організації перинатальної допомоги мотивуючої системи оплати праці медичного персоналу, виходячи з обсягу та складності виконаної роботи.

Для визначення норм навантаження лікарів стаціонарних відділень лікарень була розроблена 5-ти етапна методика, яка базується на даних фотохронометражних досліджень з їх експертною корекцією. Апробація розробленої методики проводилася в рамках пілотного дослідження при обґрунтуванні нормативів навантаження на лікарів офтальмологів та оториноларингологів відповідних відділень стаціонарів вторинного рівня, що працюють з високою інтенсивністю та якістю (найбільш високі показники числа пролікованих хворих на одного лікаря та найвищі серед аналогічних закладів показники результативності). Про валідність методики свідчить те, що в обраних закладах та відділеннях нормативне та фактичне навантаження на лікарів зазначених спеціальностей, виражене в числі пролікованих пацієнтів / проведених операцій, практично не відрізняються. Експертна оцінка раціональності витрат робочого часу по кожній спеціальності проводилася двома висококваліфікованими спеціалістами, всього були задіяні 12 експертів.

На наступних етапах виконана апробація якості та ефективності інтегрованої системи організації перинатальної допомоги, для чого на шостому етапі було проведено експертну оцінку якості та адекватності медичного обслуговування, на сьомому - здійснено з застосуванням соціологічного методу (опитування) оцінку задоволеності медичним обслуговуванням всіх учасників лікувально-діагностичного процесу (пацієнтів, медичного персоналу, організаторів охорони здоров'я), на восьмому - проведено оцінку медичної, соціальної та економічної ефективності системи. Вищевказане дало можливість також на восьмому етапі узагальнити результати проведеного дослідження.

Експертиза якості та адекватності медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим проводилась 12 досвідченими спеціалістами за фахами: акушерство та гінекологія, неонатологія, анестезіологія з використанням затверджених МОЗ клінічних протоколів. Ступінь компетентності експертів з означених питань був високим: $0,92 \pm 0,11$ та $0,90 \pm 0,12$ ($M \pm SD$) відповідно за коефіцієнтами інформованості й аргументації [Бондаренко О.Л., 2005]. Вимірювання задоволеності респондентів якістю акушерської допомоги проводилося за методикою двохмірного аналізу «важливість-виконання» (importance-performance analysis), модифікованою Е.В. Новаторовим [Э.В. Новаторов, 2000].

Інформаційна база сформована з: матеріалів міжнародної, державної і галузевої статистичної звітності щодо показників репродуктивного здоров'я,

функціонування закладів та підрозділів, що надають перинатальну допомогу, зокрема матеріалів баз даних ВООЗ «Здоров'я для всіх» (WHO Europe “HFA-DB”, updated: April, 2014) та Державної служби статистики України за 1990-2013 роки, даних Центру медичної статистики МОЗ України за 1990-2013 роки; даних щорічного Моніторингу стану здоров'я матері та дитини, що проводиться Центром медичної статистики МОЗ України, за 2007-2013 роки; матеріалів фінансово-економічного відділу Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації (2000-2014 роки); даних моніторингу щодо запровадження перинатальних технологій в Дніпропетровській області за 2000-2013 роки; а також даних спеціальних вибірових досліджень: обґрунтування нормативів навантаження лікарів акушерських служб стаціонарів (603 карти фотохронометражних спостережень в стаціонарі; 28 карт експертної оцінки раціональності витрат робочого часу за різними видами діяльності та робочими операціями), експертної оцінки якості стаціонарної медичної допомоги (860 карт експертної оцінки якості та адекватності медичної допомоги вагітним, породіллям та новонародженим); задоволеності пацієнток медичним обслуговуванням (1754 осіб), медичного персоналу (784 осіб) і організаторів охорони здоров'я (81 особа).

Розрахунки необхідної кількості спостережень проведено за загально визнаними методами. Для статистичної обробки матеріалів дослідження використовувалися наступні методи математико-статистичного аналізу: перевірка нормальності розподілу кількісних показників з використанням критеріїв Колмогорова-Смірнова і Шапіро-Уїлка; обчислення відносних та середніх величин з їх стандартними відхиленнями (SD) та похибками репрезентативності (m_M , m_P); оцінка достовірності різниці середніх для кількісних ознак з нормальним розподілом за критерієм Стьюдента (t); вірогідність різниці відносних показників та перевірка значущості зв'язку між категоризованими (якісними) ознаками з використанням критерію Хі-квадрат (χ^2) Пірсона, в тому числі з поправкою Йейтса при значеннях показника, близьких до 0 або 100. Проводився кореляційний аналіз з розрахунком коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена (ρ), лінійної кореляції Пірсона (r), коефіцієнтів асоціації (ϕ); множинних (R) і парціальних (часткових) коефіцієнтів кореляції (r), коефіцієнтів детермінації (R^2) з використанням програм EXCEL-2003 і STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний №AGAR909E415822FA).

Всі проведені дослідження відповідали принципам біологічної етики та медичної деонтології, що підтверджено висновком Комітету з біологічної етики ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (протокол №8 від 08.12.2014 р.).

В цілому розроблена програма дослідження, обраний методичний інструментарій та обсяги дослідження забезпечили вирішення поставлених завдань, отримання достовірних результатів, які стали основою для наукового обґрунтування інтегрованої системи організації перинатальної допомоги.

У третьому розділі «Загальні та регіональні особливості малюкової та материнської смертності в Україні – проблеми досягнення цілей тисячоліття» визначено, що індикаторні показники репродуктивного здоров'я демонструють чітку тенденцію до зниження: за 2000-2013 роки рівень малюкової смертності в Україні зменшився на 37,5% (з 12,8‰ до 8,0‰), перинатальної смертності - в 2,6

рази (з 27,1 до 10,6 на 1000 новонароджених живими та мертвими), материнської смертності - на 50,8% (з 26,2 до 12,9 на 100000 живонароджених), хоча динаміка останньої характеризувалася значними коливаннями темпів змін в окремі роки і відсутністю чіткого їх вектору. Незважаючи на позитивну динаміку всіх показників репродуктивного здоров'я, що вивчалися, їх рівні в 2012 р. залишалися істотно вищими порівняно з середньоєвропейськими показниками та показниками для країн ЄС: малюкової – на 45,7% та в 2,3 рази; перинатальної – на 32,7% та 60%; материнської – на 21% та в 2,5 рази відповідно.

Встановлено, що показники малюкової та перинатальної смертності за 2000–2013 роки зменшилися у всіх регіонах країни, але темпи їх змін істотно відрізнялися, в результаті чого територіальні відмінності в 2013 р. сягали дворазової величини. Доведено, що менші регіональні рівні малюкової смертності досягалися значною мірою за рахунок зменшення неонатальних втрат, про що свідчить позитивний зв'язок між показником малюкової смертності та питомою вагою неонатальної смертності в структурі померлих дітей до року ($r=+0,39$; $p<0,05$).

Аналіз даних моніторингу стану здоров'я матері та дитини з використанням методики «BABIES-MATRICA» виявив низку протиріч національних даних зі встановленими закономірностями щодо показників смертності новонароджених по вагових категоріях: пропорційний показник перинатальної смертності у новонароджених з масою тіла при народженні більше 1500 г у 1,8 разів вищий, ніж у новонароджених з низькою масою тіла (5,8 та 3,3 на 1000 народжених живими та мертвими відповідно); пропорційний показник ранньої неонатальної смертності серед немовлят з масою тіла при народженні більше 1500 г в 1,7 разів вищий порівняно зі стандартами, рекомендованими ВООЗ (не вище 1,0 на 1000 народжених живими), що свідчить як про недоліки в наданні акушерської допомоги до та під час пологів, так і на дефекти в наданні неонатологічної допомоги. Встановлено, що реальний пропорційний показник ранньої неонатальної смертності (за умови, що частка новонароджених в ваговій категорії до 1500 г буде дорівнювати 1%) перевищує фактичний у всіх регіонах України (рис. 2), що потребує здійснення додаткових заходів, спрямованих на охорону здоров'я дітей в ранньому періоді їх життя.

Значні відмінності фактичних та реальних показників призводять до формування занижених даних про перинатальну та малюкову смертність і свідчать про низьку якість перинатальних послуг на всіх етапах їх надання та можуть бути причиною деформації пріоритетів у сфері охорони здоров'я.

В четвертому розділі «Обґрунтування інтегрованої системи організації перинатальної допомоги» теоретично обґрунтовано загальну модель інтеграції медичної допомоги в Україні, спираючись на яку розроблено, апробовано, скориговано та впроваджено в організаційному експерименті інтегровану систему організації перинатальної допомоги.

Обґрунтування загальної моделі інтеграції медичної допомоги в Україні базувалось на принципах інтеграції медичної допомоги, сформульованих на основі фактичних даних та результатів наукових досліджень, присвячених пошуку напрямів і механізмів інтеграції. Центральним компонентом запропонованої моделі

інтеграції медичної допомоги в Україні виступає тріада: 1) координація діяльності; 2) сумісна (командна) робота та 3) наступність (рис. 3).

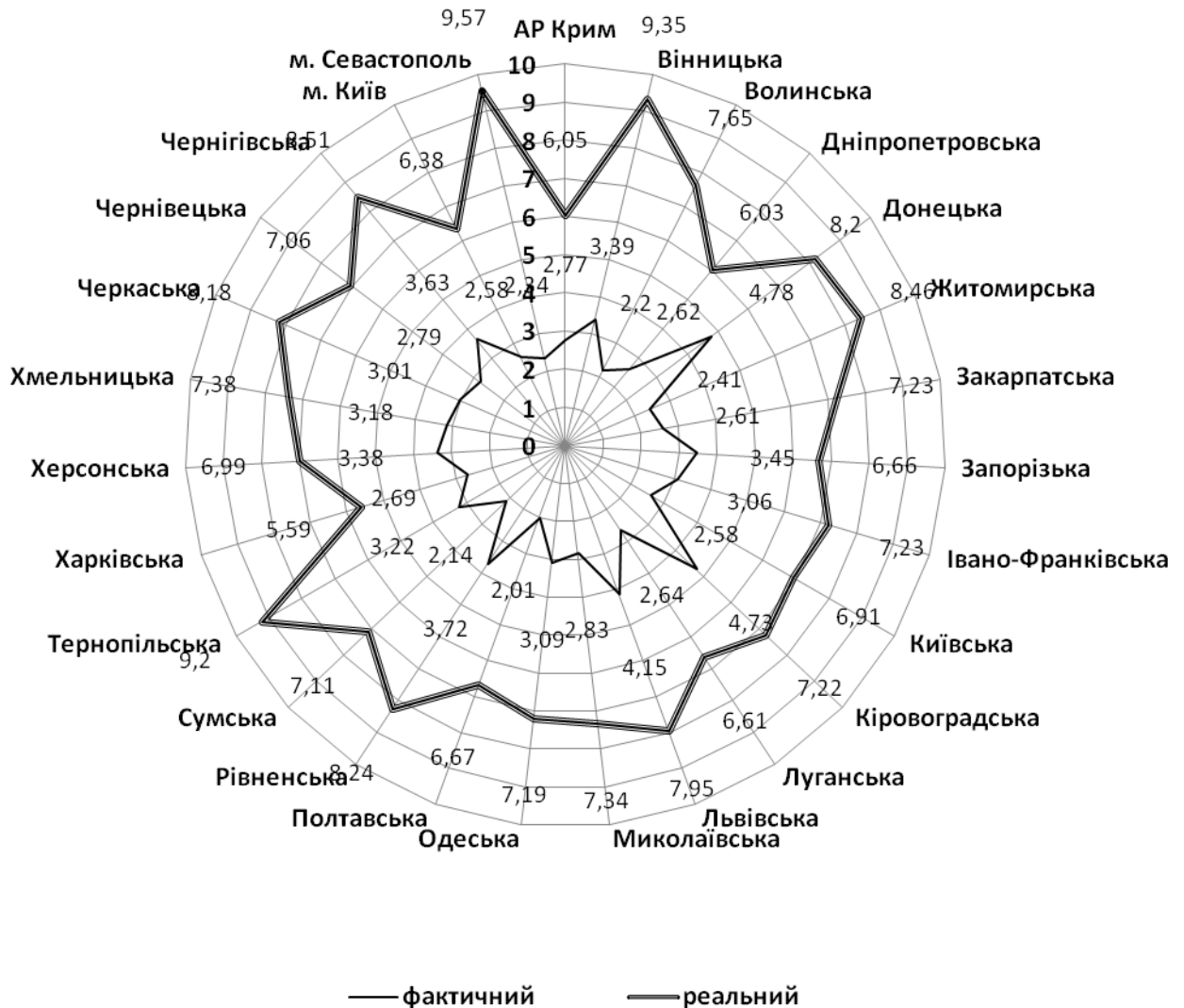


Рис. 2. Фактичний і реальний пропорційний показник ранньої неонатальної смертності (на 1000 народжених живими і мертвими, 2013 рік)

Координація діяльності здійснюється у вертикальному та горизонтальному розрізах: вертикальна координація – між рівнями медичної допомоги (первинним, вторинним, третинним) переважно шляхом формування обґрунтованих маршрутів пацієнтів; горизонтальна - між закладами та підрозділами, що знаходяться на одному рівні або мають однаковий статус. Командна робота різних спеціалістів (лікарів та середнього медичного персоналу) орієнтована на інтеграцію цілей, яка підкріплюється інтенсивними взаємовідносинами між різними учасниками, зближенням їх цінностей та методів роботи. Наступність медичного обслуговування передбачає координацію діяльності в ході надання пацієнтові медичної допомоги в

різний час, різними фахівцями і лікувальними установами, що створює гарантії для стабільності процесу лікування і його результату.

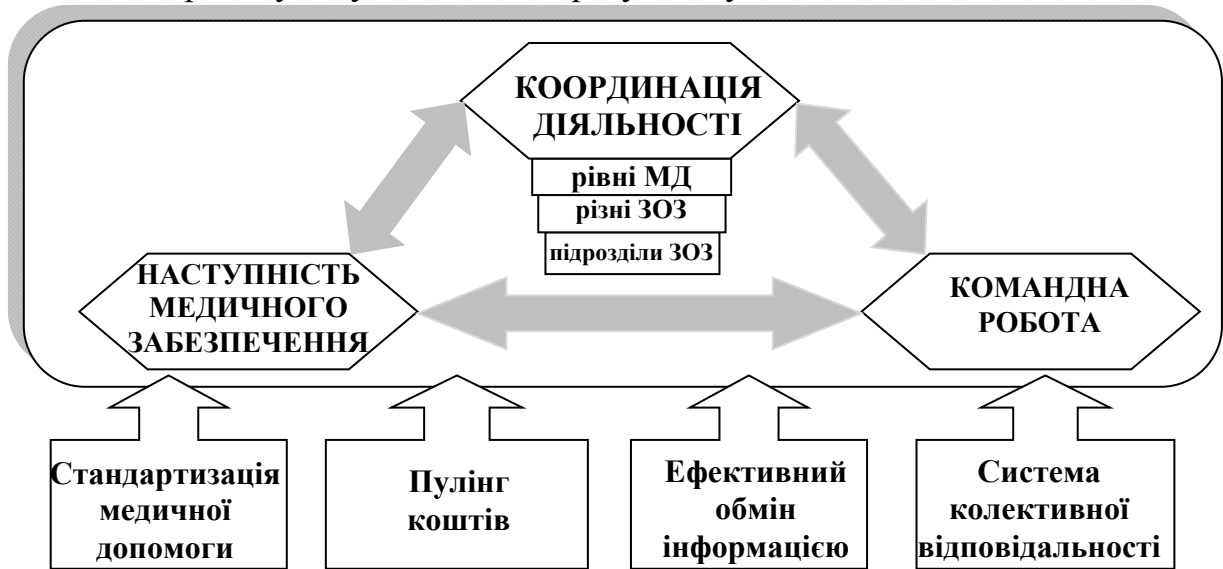


Рис. 3. Загальна модель інтеграції медичної допомоги в Україні

Основними компонентами, що забезпечують реалізацію інтегрованої моделі, визначені: а) стандартизація медичної допомоги, б) пулінг бюджетних коштів; в) налагодження ефективного обміну інформацією між учасниками процесу надання медичної допомоги та г) створення системи колективної відповідальності за результати діяльності. Для забезпечення цілісності лікувально-діагностичного процесу, наступності та взаємозв'язку в роботі різних медичних організацій та різних спеціалістів необхідна стандартизація медичної допомоги шляхом створення загальних або наскрізних клінічних рекомендацій / протоколів, які визначають правила медичної діяльності, критерії переходу пацієнта з одного рівня медичного обслуговування на інший в багатокомпонентній та багаторівневій системі надання медичної допомоги. Визначено, що однією з основних перешкод до інтеграції медичного обслуговування є фрагментованість фінансових потоків, тому модель інтегрованої допомоги передбачає створення або існування потужного фінансового пулу бюджетних коштів на регіональному рівні. Важливою умовою забезпечення належної безперервної послідовності надання допомоги та поліпшення координації послуг різних постачальників є більш тісна їх інформаційна взаємодія. Поліпшення обміну медичною інформацією у запропонованій моделі інтеграції системи медичної допомоги здійснюється в два етапи: 1) опрацювання оптимальної технології прямих та зворотних зв'язків між постачальниками медичних послуг; 2) інформатизація обміну інформацією на принципах універсальності та захищеності персональних даних пацієнтів. Для чіткої координації медичної допомоги необхідно мати відповідні фінансові стратегії та фінансові стимули, які формують колективну відповідальність, пов'язуючи результати діяльності з системою оплати медичних послуг та їх постачальників. Для цього напрацьовані різні механізми, серед яких найбільш простим та результативним визнаний механізм оплати за результатами діяльності з цільовими значеннями показників, які потребують координації.

Встановлено, що система організації перинатальної допомоги в Україні характеризується низкою ознак, які свідчать про її недостатню координованість та фрагментованість: недостатня залученість до охорони репродуктивного здоров'я первинної ланки, структурна неефективність стаціонарних родопомічних закладів, недостатність взаємодії між закладами різних рівнів, окремими підрозділами одного й того ж закладу, лікарями різних спеціальностей, формування маршрутів вагітних без достатнього врахування ступеня їх перинатального і акушерського ризику (ПіАР).

З метою підвищення комплексності та якості допомоги вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим, базуючись на моделі інтеграції медичної допомоги (див. рис. 3), була розроблена, апробована, скорегована та впроваджена в організаційному експерименті інтегрована система організації перинатальної допомоги на регіональному рівні. В основу системи покладено концепцію регіоналізації перинатальної допомоги, яка полягає в розмежуванні рівнів перинатальної допомоги та визначенні переліку стандартизованих базових послуг, що надаються на кожному рівні відповідно до ступеню ПіАР.

Система охоплює три рівні перинатальної допомоги, які відповідають традиційному поділу медичної допомоги: первинний, вторинний (спеціалізована) та третинний (високоспеціалізована допомога). Елементна база системи на кожному рівні включає:

- на первинному рівні: центри первинної медичної допомоги з їх підрозділами (амбулаторіями), на які покладаються функції ведення вагітності з фізіологічним перебігом, скерування вагітних на вторинний рівень для консультативної допомоги та/або для розродження, динамічний нагляд за породіллями та новонародженими тощо;

- на вторинному рівні: 1) догоспітальний етап - акушерсько-гінекологічні підрозділи клініко-діагностичних відділень центральних районних (ЦРЛ), центральних міських та міських лікарень (ЦМЛ та МЛ), пологових будинків, перинатальних центрів вторинного рівня, на які покладаються функції: консультування вагітних, скерованих з первинного рівня, ведення вагітних, які безпосередньо звернулися до цих структур або були направлені з первинного рівня в зв'язку з їх належністю до певних груп перинатального ризику; 2) госпітальний етап: а) пологові відділення з кількістю пологів не менше 400 на рік при ЦРЛ та МЛ для надання стаціонарної акушерської допомоги вагітним та новонародженим переважно з низьким ступенем ПіАР (пологові стаціонари вторинного рівня середньої потужності, умовно позначимо як рівень II а); б) міжрайонні пологові відділення, перинатальні центри вторинного рівня при МЛ, пологові будинки з кількістю пологів 1000 і більше на рік для надання стаціонарної допологової та пологової цілодобової допомоги вагітним і новонародженим переважно з середнім ступенем ПіАР (потужні пологові стаціонари вторинного рівня, умовно позначимо як рівень II б);

- на третинному рівні: 1) догоспітальний етап - акушерсько-гінекологічні підрозділи клініко-діагностичних відділень при перинатальних центрах обласних лікарень, на які покладаються функції консультування вагітних з високими рівнями ПіАР, скерованих з вторинного рівня; 2) госпітальний етап – перинатальні центри

третинного рівня при обласних лікарнях для надання допологової та пологової цілодобової допомоги вагітним переважно з високим ступенем ПіАР та новонародженим з низькою та наднизькою масою тіла при народженні.

Обов'язковим компонентом запропонованої системи перинатальної допомоги є чітке впорядкування маршрутизації вагітних, роділь, породіль та новонароджених з різними ступенями ПіАР як схеми цілеспрямованого переміщення їх до акушерського закладу / підрозділу, відповідно ризику у жінки або дитини, з використанням внутрішньо- і міжтериторіальної взаємодії.

Інтеграція клінічної діяльності в сфері перинатальної допомоги потребує забезпечення комплексу умов: застосування сучасних методів фінансування з об'єднанням бюджетних коштів на охорону здоров'я на регіональному рівні та застосування методів оплати, які враховують обсяги та складність наданих медичних послуг; централізацію лікарських ресурсів та високовартісного матеріально-технічного забезпечення в закладах, що надають допомогу пацієнтам з середнім та високим рівнями ПіАР; запровадження мотивуючої системи оплати праці на основі нормування навантаження медичного персоналу залежно від обсягу та складності з урахуванням якості роботи; організацію системи безперервного навчання персоналу; застосування та постійне оновлення на основі доказових даних перинатальних технологій та розробка наскрізних клінічних протоколів з організацією контролю за їх дотриманням.

В умовах, коли населення, що потребує допомоги з репродуктивного здоров'я, розсіяно географічно й економічно, ретельно побудована, добре організована система допоміжних (сателітних) стосовно безпосередньо перинатальної допомоги служб стає важливим чинником для забезпечення доступу до відповідних послуг всіх вагітних жінок та новонароджених. Провідну роль серед таких служб відіграє належним чином організована система екстреної медичної допомоги, яка в Україні реалізується у формі центру екстреної медичної допомоги з розгалуженою інфраструктурою пунктів постійного та тимчасового базування бригад і з централізованою диспетчеризацією викликів, що забезпечує транспортування вагітних та новонароджених відповідно до вимог щодо їх маршрутизації. До числа інших важливих сателітних служб належать: дитяча обласна лікарня (для забезпечення другого етапу виходжування новонароджених, катамнестичного спостереження за ними та хірургічної корекції пренатально діагностованих вад розвитку); обласний центр медичної генетики (для своєчасного виявлення спадкових хвороб у вагітних, їх профілактики і лікування у новонароджених); центри медико-соціальної реабілітації для дітей (для забезпечення ранньої медико-соціальної реабілітації дітей із вродженими вадами або із затримками розвитку).

Комплекс організаційно-технологічних, фінансово-економічних та інших форм та механізмів, що склали систему, перевірявся, доопрацьовувався та корегувався в організаційному перетворюючому експерименті, за результатами якого було сформовано цілісну інтегровану систему перинатальної допомоги (рис. 4).

РЕГІОНАЛІЗАЦІЯ та МАРШРУТИЗАЦІЯ

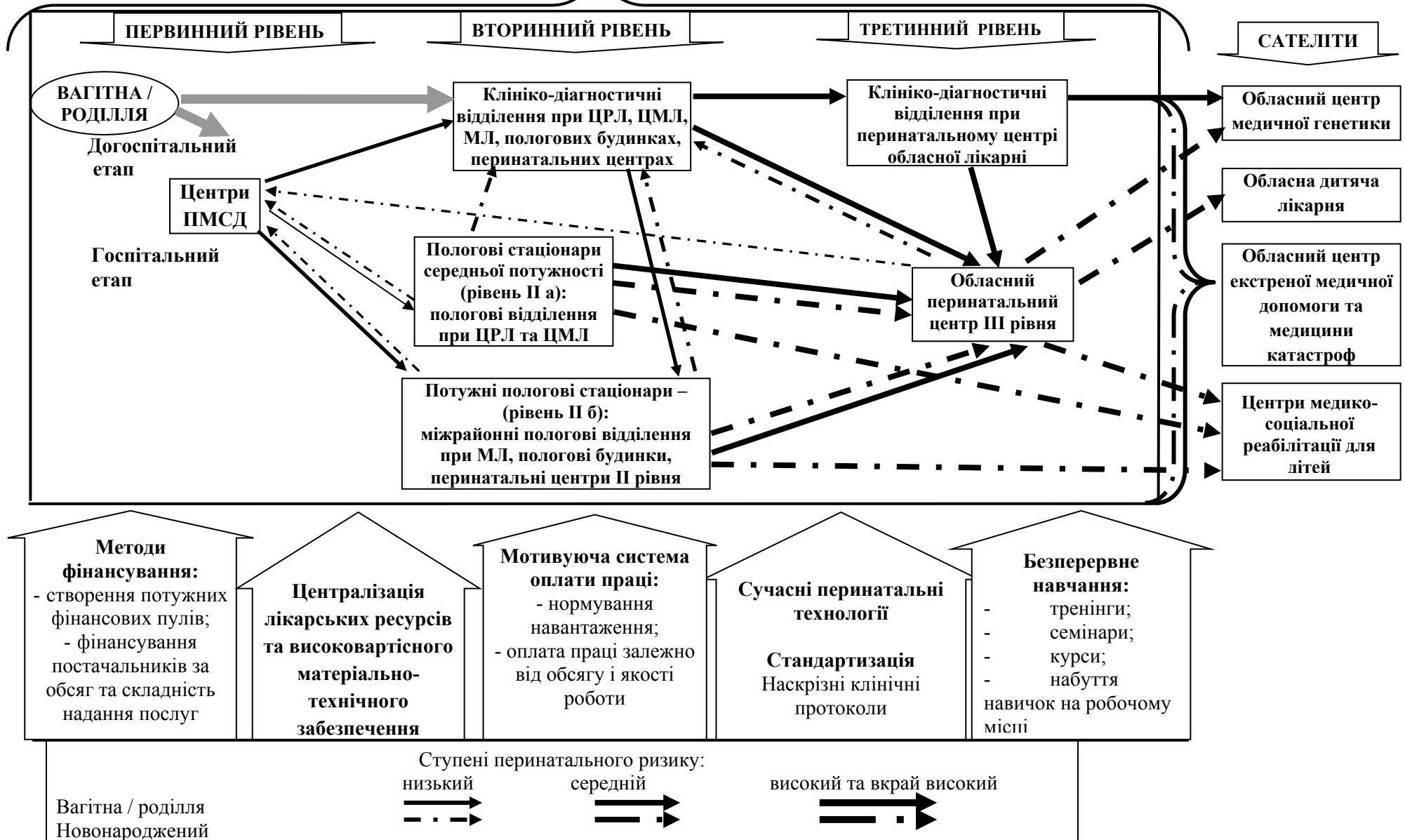


Рис. 4. Інтегрована система організації перинатальної допомоги

Лонгитудинальний організаційний експеримент запровадження інтегрованої системи організації перинатальної медичної допомоги на регіональному рівні проводився впродовж 2001-2013 років і включав 4 етапи: 1) підвищення рівня безпеки надання родопомічної допомоги та оптимізація її структурної ефективності (2001-2013 роки); 2) запровадження сучасних перинатальних технологій (2003-2013 роки); 3) зміцнення первинної ланки медичної допомоги з розширенням її компетенцій щодо поліпшення репродуктивного здоров'я (2005-2013 роки); 4) регіоналізація перинатальної допомоги та маршрутизація пацієнтів залежно від ступеню їх ПiAP, яка проводилася з початку експерименту по мірі оптимізації родопомічної інфраструктури, однак в повному обсязі стала можливою після ліквідації фінансових бар'єрів шляхом створення на регіональному рівні потужного пулу бюджетних коштів для надання вторинної та екстреної медичної допомоги (2012-2013 роки).

В рамках експерименту була доведена дієвість цілісної запропонованої інтегрованої системи організації перинатальної допомоги.

Впровадження системи сприяло створенню умов для залучення спеціалістів первинної ланки до охорони репродуктивного здоров'я завдяки їх підготовці в тренінговому режимі щодо здійснення заходів для підтримки грудного вигодовування (562 сімейних лікарів та 724 середніх медичних працівників, що складало 52,6% та 39,6% від їх загальної кількості в області), ведення фізіологічної вагітності (794 та 1014 лікарів та медичних сестер або 74,3% та 55,5% відповідно), планування сім'ї (337 та 675 або 31,6% та 37% відповідно), догляду за здоровою дитиною (294 та 655 або 27,5% та 35,9% відповідно).

Оптимізовано мережу родопомічних закладів шляхом концентрації стаціонарної акушерської допомоги в потужних (більше 1000 пологів на рік), в тому числі міжрайонних, пологових центрах з паралельним зміцненням їх кадрового та матеріально-технічного потенціалу, і виведення з експлуатації малопотужних акушерських стаціонарів, що призвело до покращення структурної ефективності: за 2001-2013 рр. при збільшенні числа пологів практично на 40% загальне число родопомічних закладів / підрозділів в області зменшилося на 44%, число малопотужних (менше 400 пологів на рік) закладів / підрозділів зменшилося на 86%, частка пологів, які приймаються в потужних пологових стаціонарах зросла з 66,6% в 2000 р. (включаючи третинний рівень надання акушерської допомоги) до 87,5% в 2013 р.; в стаціонарах малої потужності - зменшилася з 21,4% до 2,3% відповідно ($p < 0,001$) – табл. 1.

Радикально змінено характеристики застосовуваних перинатальних технологій: 76,4% пологів в 2013 р. відбулися як партнерські (проти поодиноких випадків у 2004 р.); зменшилася частота інвазивних та медикаментозних втручань при пологах: частота епізіотомій - в 2,5 рази (з 9% в 2003 р. до 3,6% в 2013 р.); індукованих пологів – у 7,3 рази (з 11% до 1,5% відповідно); стався перехід від вичікувальної тактики до активного ведення третього періоду пологів (88,1% пологів в 2013 р.). Широко застосовується технологія ранньої виписки породіллі та новонародженого із стаціонару, про що свідчить скорочення середньої тривалості перебування породіль в пологових стаціонарах в 1,5 рази (з 7,2 дня в 2004 р. до 4,9

дня в 2013 р.); активно реалізується політика підтримки грудного вигодовування, що сприяло збільшенню питомої ваги дітей, які продовжують грудне годування після 6-місячного віку в 1,5 рази (з 25,2% в 2003 р. до 37,9% в 2013 р.).

Таблиця 1

Динаміка структурних показників за період впровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги в Дніпропетровській області (2000-2013 роки)

Показники	2000 рік	2013 рік	Зміни	
			абс. приріст	темп приросту, %
Загальне число родопомічних закладів (абс. чис.), в тому числі:	41	23	-18	-43,9
- потужних, включаючи заклади третинного рівня;	8	12	+4	+50
- малопотужних	22	3	-19	-86,4
Питома вага пологів, що відбулися (%):	66,6	87,5	+20,9	+31,4
- в потужних стаціонарах;	21,4	2,3	-19,1	-89,3
- в малопотужних стаціонарах				
Забезпеченість цілодобової потреби в анестезіологах в потужних стаціонарах (%)	100	100	0	0
Забезпеченість цілодобової потреби в неонатологах в потужних стаціонарах (%)	42,9	75	+32,1	+74,8
Оснащення обладнанням для забезпечення діагностики екстремальних станів та надання невідкладної допомоги (в % від необхідного)	41,5*	80%	+38,5	+92,8
Питома вага вагітних з високим та вкрай високим рівнем ПІАР, що народжували в потужних стаціонарах (%), в тому числі в закладах третинного рівня (%)	76,6 6,8	98,8 34,8	+22,2 +28,0	+29,0 +5,1 рази

Примітка.* - 2010 рік.

Відбулося збільшення частки роділь з високим та вкрай високим рівнем ризику, що народжували в потужних стаціонарах вторинного та третинного рівнів з 76,6% в 2000 р. до 98,8% в 2013 р., в тому числі в закладах третинного рівня з 6,8% до 34,8% відповідно.

В п'ятому розділі «Обґрунтування нормативів навантаження лікарів акушерських стаціонарів різних рівнів» нами розроблена та наказом МОЗ затверджена методика обґрунтування нормативів навантаження на лікарів стаціонарних відділень, заснована на визначенні обсягів виконуваної роботи, яка використана для аналізу діяльності та обґрунтування нормативів навантаження лікарів акушерських стаціонарів та підрозділів. За даними фотохронометражних досліджень встановлено, що питома вага основної діяльності лікарів в малопотужних акушерських стаціонарах вторинного рівня істотно нижча, ніж в

потужних стаціонарах вторинного та третинного рівнів: акушерів-гінекологів - 38,9% порівняно з 62,9÷58,2% відповідно; неонатологів - 44,6% порівняно з 60,9÷70,6%.

При аналізі організації діяльності стаціонарів, відібраних для дослідження, експертами виявлено нераціональність структури госпіталізованих у зв'язку з недостатньо чітким дотриманням вимог маршрутизації роділь та вагітних з патологією відповідно до ступеню їх ПіАР та істотні відхилення від рекомендацій клінічних протоколів тривалості їх перебування в стаціонарах різних рівнів. Виходячи з рекомендацій експертів щодо зміни структури госпіталізованих, середня тривалість перебування породіль в акушерських стаціонарах рівня II а повинна зменшитися на 0,3 дня, рівня II б – на 0,8 дня, третинного рівня – збільшитися на 0,1 дня; середня тривалість перебування вагітних у відділеннях патології вагітних стаціонарів рівня II б - зменшитися на 2,2 дня, третинного рівня – на 0,8 дня.

Встановлено, що розраховане за розробленою методикою нормативне навантаження, виражене в числі пролікованих пацієнтів, для лікарів акушерів-гінекологів пологових відділень потужних пологових стаціонарів рівнів II б та III практично не відрізняється від фактичного, лікарі акушер-гінекологи стаціонарів рівня II а дещо недовантажені – фактичний рівень менший нижньої границі нормативного діапазону на 10% (табл. 2). Для лікарів неонатологів ідентичність нормативного та фактичного навантаження характерна лише для потужних стаціонарів третинного рівня, в стаціонарах середньої потужності ці спеціалісти істотно перевантажені (фактичний рівень перевищує верхню границю нормативного діапазону на 40%), а в стаціонарах рівня II б - дещо недовантажені (фактичний рівень менший нижньої границі нормативного діапазону на 7,3%). Для лікарів акушерів-гінекологів відділень патології вагітних потужних стаціонарів рівнів II б та III фактичний рівень менший нижньої границі нормативного діапазону на 17% та 6,7% відповідно, що є свідченням недовантаженості спеціалістів в цих відділеннях. Для лікарів анестезіологів підрозділів інтенсивної терапії рівнів II б та III нормативне та фактичне навантаження практично співпадають, а для лікарів анестезіологів дитячих відділень анестезіології та реанімації новонароджених характерна певна перевантаженість роботою – фактичний рівень перевищує верхню границю нормативного діапазону на 10%.

В шостому розділі «Оцінка якості медичної допомоги пацієнтам в акушерських стаціонарах (результати організаційного експерименту)» показано, що запровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги призвело до істотного поліпшення якості медичного обслуговування як породіль (зросла частота своєчасних і зменшився рівень передчасних пологів, збільшилася частота фізіологічного перебігу пологів, зменшилися частота медикалізації при пологах, частота непоказаних втручань, частота ускладнень при пологах, середні терміни перебування породілі в стаціонарі), так і новонароджених (зросла частка здорових новонароджених, збільшилася адекватність складу профілактичних заходів усім новонародженим та адекватність лікувально-профілактичних заходів стосовно дітей, що народилися з різними захворюваннями та патологічними станами; зменшилися терміни перебування новонароджених в пологовому стаціонарі і в результаті збільшилася частка новонароджених, виписаних здоровими) – таблиця 3.

Характеристика фактичного і нормативного навантаження на лікарів різних спеціальностей в акушерських стаціонарах різного рівня (кількість пацієнтів на рік)

Лікарська спеціальність	Рівні акушерських стаціонарів								
	вторинний						третинний		
	рівень II а (стаціонари середньої потужності)			рівень II б (потужні стаціонари)					
	навантаження		нормативний діапазон	навантаження		нормативний діапазон	навантаження		нормативний діапазон
	фактичне	нормативне		фактичне	нормативне		фактичне	нормативне	
Акушер-гінеколог пологового відділення	143	171	157÷185	265	258	240÷276	181	187	183÷201
Неонатолог	525	346	317÷375	301	348	323÷373	287	269	247÷289
Акушер-гінеколог відділення патології вагітних	-	-	-	412	520	484÷556	210	241	224÷258
Анестезіолог відділення анестезіології та інтенсивної терапії	-	-	-	170	162	151÷173	128	127	118÷136
Анестезіолог дитячий відділення анестезіології та реанімації новонароджених	-	-	-	-	-	-	37,5	32,1	28÷34

Доведено, що зі зростанням потужності пологових стаціонарів зменшується частота непоказаних втручань вагітним, роділлям та породіллям ($\phi=0,23$; $p<0,01$); частота ускладнень, пов'язаних з неправильними діями медичного персоналу ($\phi=0,31$; $p=0,06$); зростає адекватність втручань при ускладненнях ($\phi=0,48$; $p<0,001$); зменшується захворюваність новонароджених ($\phi=0,14$; $p=0,002$), зокрема наявна тенденція до зменшення частоти родових травм ($\chi^2=2,85$; $p=0,2$), зменшується число новонароджених, виписаних з запізненням ($\phi=0,32$; $p<0,001$). Водночас виявлена тенденція до концентрації в потужних стаціонарах незапобіжної патології (вроджених аномалій та хромосомних порушень) ($\chi^2=3,24$; $p=0,2$). Встановлені закономірності пов'язані з більш високою укомплектованістю потужних стаціонарів спеціалістами (акушерами-гінекологами і неонатологами та кращим матеріально-технічним оснащенням за рахунок концентрації ресурсів.

Детальний аналіз якості перинатальної медичної допомоги виявив також низку недоліків на всіх етапах її надання, що служить підставою для подальшого удосконалення складових інтегрованої системи організації перинатальної допомоги.

Таблиця 3

Порівняльна характеристика якості медичного обслуговування новонароджених в пологових стаціонарах до та після впровадження в організаційному експерименті інтегрованої системи організації перинатальної допомоги (P/M±m)

Показники	До реорганізації	Після реорганізації		
		всього	потужність стаціонарів	
			потужні	малопотужні
Питома вага доношених	99,1±0,9	96,7±0,7	95,6±0,9	99,1±0,9
Стан здоров'я новонародженого (на 100 новонароджених):				
- здоровий,	46,6±4,4	90,1±1,1***	91,5±1,3***	92,7±2,5***
- хворий	53,4±4,4	9,9±1,1***	8,5±1,3***	7,3±2,5***
Адекватність складу та своєчасності медичної допомоги під час пологів (на 100 пологів)	43,8±4,7	98,6±0,4***	98,8±0,5***	99,1±0,9***
Адекватність складу профілактичних медичних заходів в ранньому неонатальному періоді (на 100 пологів)	54,7±5,1	77,3±1,6***	78,4±1,8***	60,6±4,7
Адекватність складу діагностичних та лікувальних заходів хворим новонародженим в ранньому неонатальному періоді (на 100 пологів):				
- адекватний,	17,1±4,5	64,7±7,5***	43,9±11,4*	81,5±13,7***
- недостатній,	44,3±5,9	29,4±5,5	46,3±11,4	12,5±11,7
- надлишковий	65,7±5,7	5,9±2,9	9,8±4,6	0
Середній термін перебування в стаціонарі, днів	6,3±0,2	4,3±0,1***	4,1±0,1***	4,9±0,1***
Частота виписки із стаціонару здоровим (на 100 пологів)	77,9±3,8	88,8±1,4*	89,5±1,4*	92,9±2,4***

Примітки: * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001.

Сьомий розділ «Аналіз задоволеності станом перинатальної допомоги різних заінтересованих груп (пацієнтів, медичних працівників, організаторів охорони здоров'я) за даними соціологічного опитування» показав, що загальна оцінка якості медичної допомоги (ЯМД) пацієнтами та медичним персоналом в пологових стаціонарах формується під впливом комплексу чинників - від професіоналізму фахівців, організації медичного обслуговування, умов перебування в стаціонарі до

характеристик інформаційної підтримки, яку отримують пацієнти, до, під час і після пологів. Сумарний вплив всіх цих факторів на задоволеність ЯМД у вагітних, роділь, породіль складає 34,9% (коефіцієнт множинної кореляції $R=0,59$; $p<0,001$; $R^2=0,349$), у медичного персоналу - 48,6% ($R=0,70$; $p=0,001$; $R^2=0,486$).

На оцінку організаторами охорони здоров'я ЯМД в пологових стаціонарах перш за все впливають структурно-організаційні компоненти (забезпеченість фінансуванням, укомплектованість необхідними спеціалістами, наявність та потужність відділення інтенсивної терапії, а також потужність пологового стаціонару). Частка впливу цих факторів на ЯМД медичних адміністраторів дорівнює 48,2% ($R=0,70$; $p=0,015$; $R^2=0,486$).

Визначені складові всіма учасниками процесу надання стаціонарної акушерської допомоги оцінюються як важливі і дуже важливі компоненти незалежно від потужності пологового стаціонару. Такої думки дотримуються 99,7-99,9% пацієнтів, 99,5-100% практикуючих лікарів та 84,6-100% організаторів охорони здоров'я.

Ступінь загальної задоволеності пацієток медичною допомогою високий: 98,9% (в тому числі 86,4% задоволені повністю і 12,5% частково – рис. 5), середній бал за чотирьохбальною шкалою становить $3,86\pm 0,009$ ($M\pm m$). При цьому 4,5 \pm 1,2% оцінили рівень отриманої допомоги як нижчий за очікуваний, а 31,8 \pm 1,1% не готові рекомендувати стаціонар, в якому народжували, іншим особам. Високий, але істотно нижчий в порівнянні з пацієнтами ($p<0,001$) рівень задоволеності ЯМД демонструє медичний персонал: 97,6% (в тому числі задоволені повністю 68,1% і ще 29,5% задоволені частково), середній бал $3,65\pm 0,02$. Задоволеність організаторів охорони здоров'я також демонструє високий, але вірогідно нижчий порівняно з пацієнтами і медичними працівниками ($p<0,001$) рівень задоволеності - питома вага задоволених складає 88% (в тому числі задоволених повністю 42,0%, задоволених частково – 46,0%) з середнім балом $3,28\pm 0,1$.

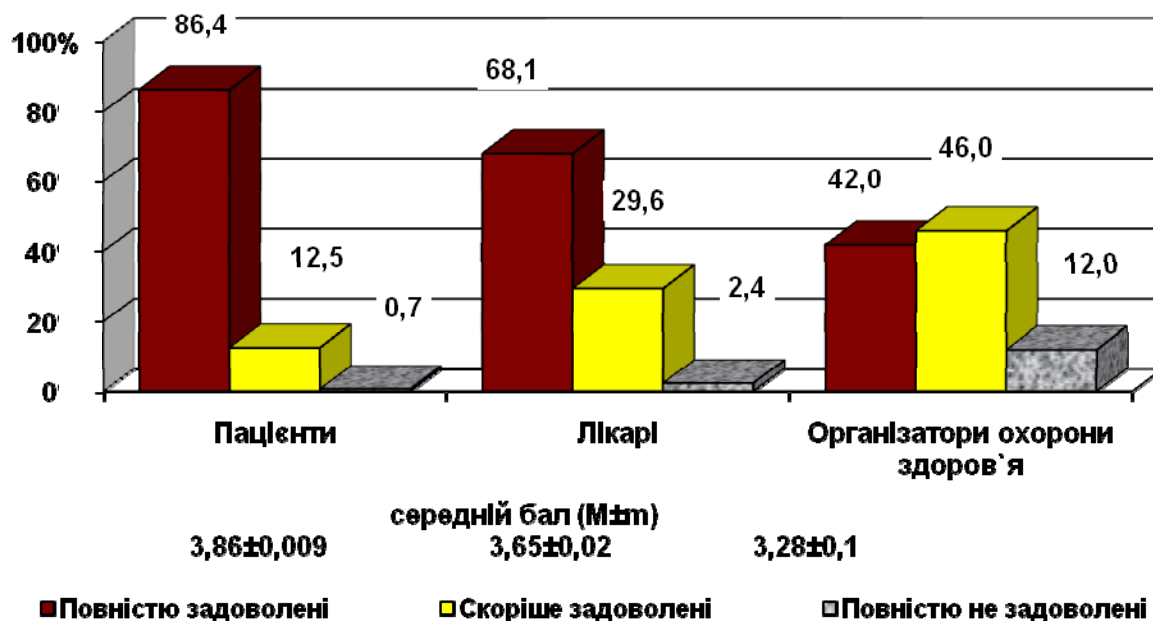


Рис. 5. Порівняння загальних оцінок задоволеності якістю стаціонарної акушерської допомоги, наданих різними учасниками процесу медичного обслуговування (%)

Задоволеність пацієнтів окремими компонентами стаціонарного обслуговування коливалася в межах 3,80÷3,89 балів. Зв'язку загальної задоволеності ЯМД з потужністю акушерських стаціонарів для вагітних / роділь / породіль не встановлено ($\chi^2=7,35$; $p=0,118$). Загальний показник задоволеності був однаковим для всіх типів стаціонарів і складав 3,86 балів. Водночас при оцінці задоволеності окремими компонентами медичного обслуговування встановлені певні, хоч і невеликі, але вірогідні переваги потужних стаціонарів, перш за все порівняно з малопотужними, стосовно: організації медичного обслуговування, комфортності умов перебування в стаціонарі, організації оперативних втручань та надання інформації про поведінку під час пологів. Рівень незадоволеності організацією медичного обслуговування в малопотужних стаціонарах майже в 5 разів перевищує такий в стаціонарах більшої потужності ($18,0\pm 2,6\%$ проти $3,7\pm 1,1\%$, $p<0,01$ в стаціонарах середньої потужності та $3,4\pm 0,5\%$, $p<0,01$ в потужних стаціонарах). Серед основних причин незадоволення - непередбачені витрати на медикаменти та інструментарій (48% від загального числа незадоволених) і часта відсутність персоналу на робочому місці (16,1% від числа незадоволених).

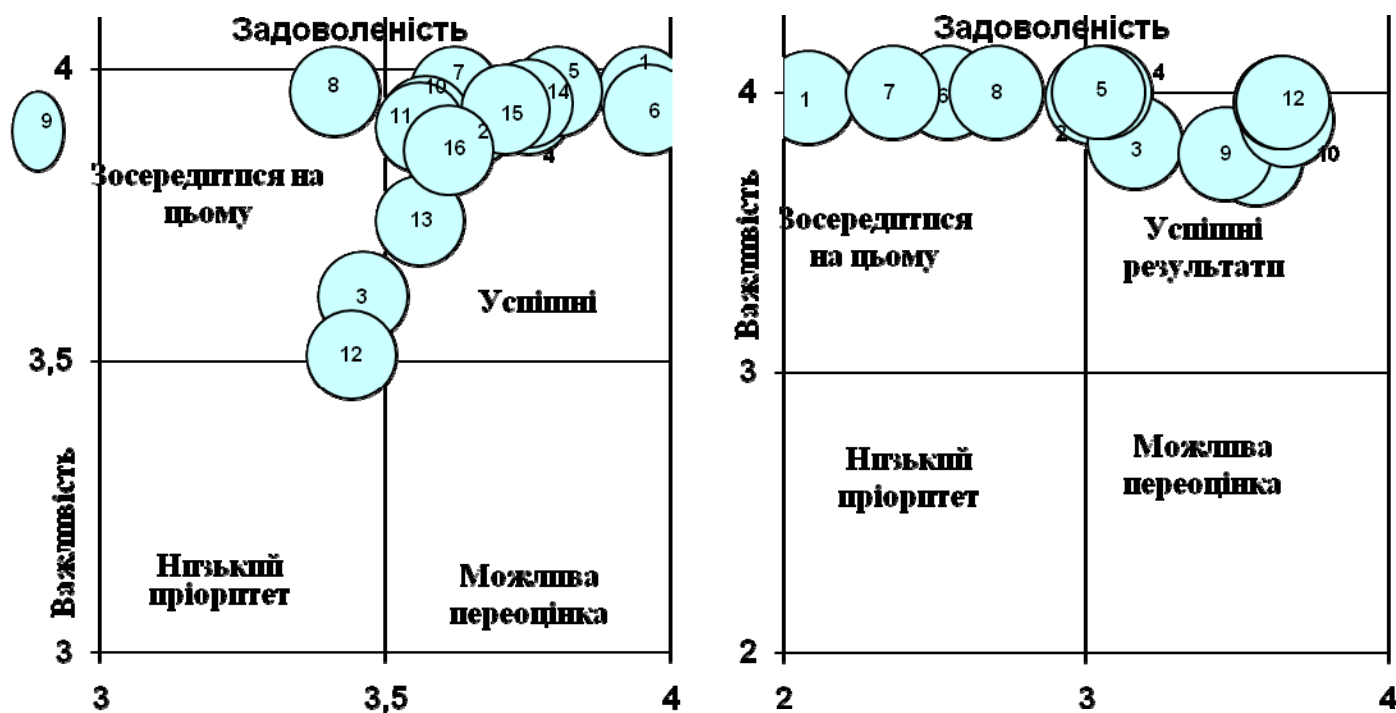
Задоволеність медичного персоналу різними аспектами якості стаціонарної акушерської допомоги, складовими професійної діяльності, компонентами організаційних умов досить висока: питома вага незадоволених коливається в межах 1,1÷11,8%, середній бал задоволеності – 3,41÷3,95. Виключенням є лише низький рівень задоволеності можливістю одержувати заробітну платню відповідно до обсягу і якості роботи – процент незадоволених цим параметром складає 43,3%, середній бал задоволеності – 2,72±0,05.

При порівнянні задоволеності медичного персоналу акушерських стаціонарів різної потужності виявлено достовірний зв'язок задоволеності персоналу ЯМД з потужністю акушерських стаціонарів ($\chi^2=34,95$; $p<0,001$).

Організатори охорони здоров'я демонструють досить високий рівень задоволеності технологічними компонентами родопомічної допомоги (від 4,0 в потужних стаціонарах до 3,11 в малопотужних), найменше їх задовольняє рівень забезпеченості закладів фінансовими ресурсами (середній бал 2,05÷2,17), обладнанням та інструментарієм (2,31÷2,39), необхідними ліками і витратними матеріалами (2,67÷2,74).

Встановлено наявність достовірного зв'язку загальної задоволеності керівників закладів охорони здоров'я ЯМД, яку отримують пацієнти в пологових стаціонарах, з потужністю акушерських стаціонарів ($\chi^2=13,5$; $p=0,009$). Задоволеність організаторів охорони здоров'я вище в більш потужних закладах порівняно з малопотужними (середній бал 3,44±0,21 – в потужних; 3,46±0,14 – в середньої потужності та 3,0±0,13 – в малопотужних стаціонарах).

Співставлення важливості-задоволеності з використанням методики двохмірного шкалювання компонентів стаціонарної акушерської допомоги для різних груп респондентів показало, що незалежно від потужності стаціонару всі (для пацієнток) або переважна більшість компонентів (для працівників стаціонарів), які впливають на ЯМД, розташувалися в сегменті «Успішні результати», що позитивно характеризує інтегровану систему перинатальної допомоги (рис. 6).



А – медичний персонал

- 1 - Виконувати інтересну роботу
- 2 - Самостійно приймати рішення в рамках своєї професійної компетенції
- 3 - Досягати особистих цілей під час роботи
- 4 - Підтримувати добрі відносини з безпосереднім керівником
- 5 - Підтримувати добрі відносини з колегами
- 6 - Мати можливість професійного росту
- 7 - Мати можливість одержувати нові знання і освоювати нові технології діагностики і лікування
- 8 - Мати комфортні умови праці
- 9 - Одержувати заробітну платню відповідно до обсягу і якості роботи
- 10 - Одержувати об'єктивну оцінку своєї діяльності безпосереднім керівником
- 11 - Брати участь і відчувати значущість своєї роботи в досягненні результатів діяльності закладу
- 12 - Бути лідером в колективі
- 13 - Мати можливість кар'єрного росту
- 14 - Почувати себе частиною колективу
- 15 - Бути інформованим про результати своєї роботи
- 16 - Брати участь в прийнятті рішень з проблем організації медичної допомоги

Б – керівники закладів

- 1 - Забезпеченість фінансуванням
- 2 - Наявність в лікарні відділення інтенсивної терапії
- 3 - Потужність відділення інтенсивної терапії
- 4 - Забезпеченість кваліфікованими фахівцями акушерами-гінекологами
- 5 - Забезпеченість кваліфікованими фахівцями анестезіологами
- 6 - Забезпеченість кваліфікованими фахівцями неонатологами
- 7 - Забезпеченість обладнанням та інструментарієм
- 8 - Забезпеченість необхідними ліками і витратними матеріалами
- 9 - Кількість пологів, прийнятих за рік
- 10 - Забезпеченість клінічними протоколами / медичними стандартами
- 11 - Забезпеченість цілодобового спільного перебування матерів з дітьми та участі членів родини у здійсненні догляду за дитиною
- 12 - Наявність в установи статусу "Лікарня, доброзичлива до дитини"

Рис. 6. Середні рівні оцінки важливості і задоволеності медичного персоналу (А) та керівників (Б) акушерських стаціонарів окремими складовими їх професійної діяльності

Наявність при оцінці зовнішніми споживачами (медичним персоналом та керівниками медичних закладів) певних компонентів, що розташувалися в сегменті «Зосередитися на цьому», пов'язана переважно з загальними ресурсними

проблемами діючої системи охорони здоров'я та виходить за межі впливу інтегрованої системи (рівень оплати праці та комфортності умов роботи, забезпечення фінансуванням, кваліфікованим персоналом, необхідним обладнанням тощо), причому гострота проблем більш виражена у малопотужних стаціонарах.

У восьмому розділі «Узагальнення результатів досліджень» представлено дані, які свідчать, що обґрунтована та розроблена інтегрована система організації перинатальної допомоги, дієвість та результативність якої доведена в масштабному організаційному експерименті, є комплексною адекватною відповіддю на нові виклики, пов'язані зі змінами в здоров'ї вагітних і новонароджених, та існуючі проблеми в організації перинатальної допомоги.

Інтеграція перинатальної допомоги призводить до суттєвого підвищення її медичної, соціальної та економічної ефективності: зменшення смертності новонароджених від синдрому дихальних розладів у 8 разів (з 1,58% до 0,2%); частоти масивних кровотеч і видалених через післяпологові кровотечі маток в 1,9-1,7 разів відповідно (з 6,8 до 3,6 на 1000 пологів та з 44% до 25,5%); перинатальної та малюкової смертності у 3,1 та 1,7 рази відповідно (з 31,0 до 10,0 та з 12,9 до 7,6 на 1000 новонароджених), материнської смертності – в 2 рази (з 31,1 до 13,8 на 100000 народжених живими) - рис. 7.

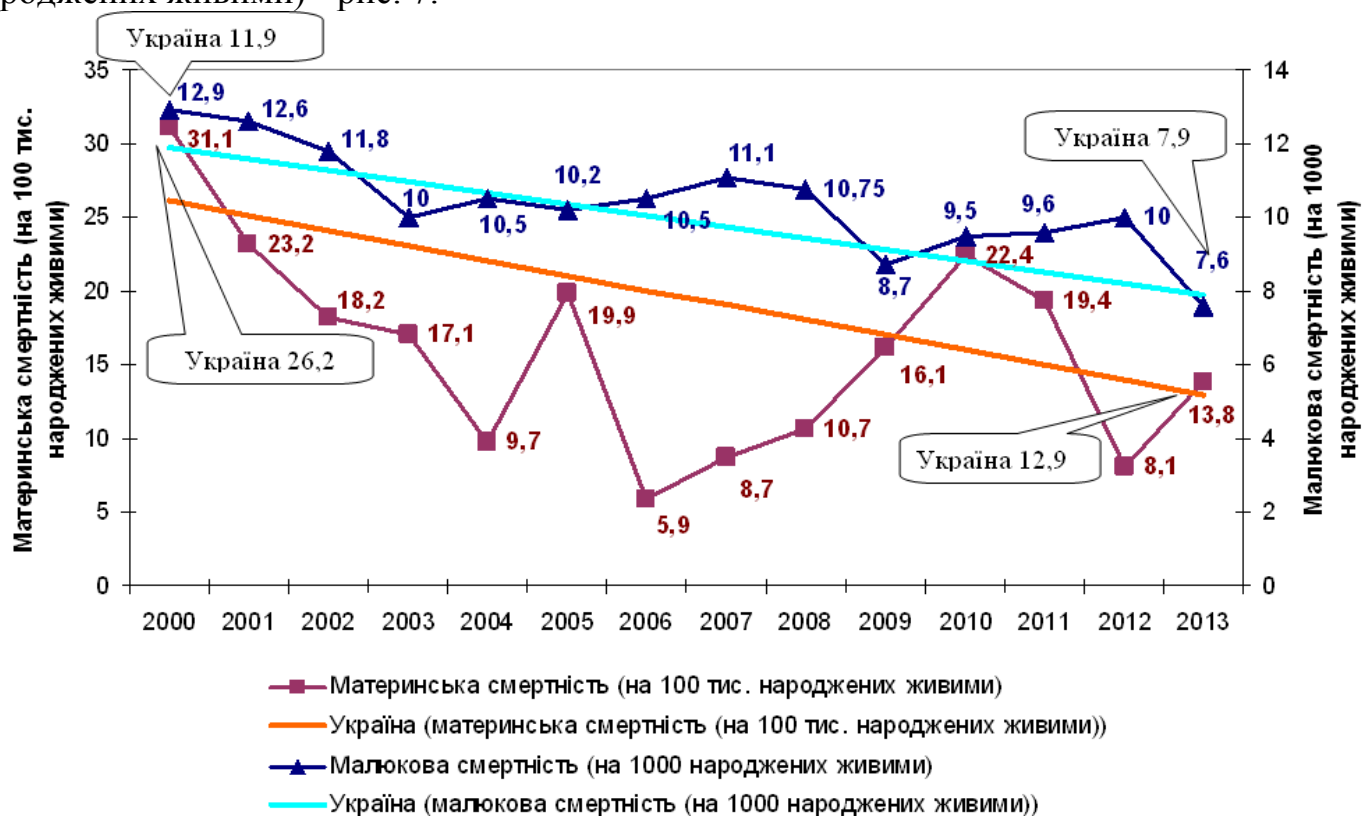


Рис. 7. Динаміка малюкової та материнської смертності в Дніпропетровській області (2000-2013 роки)

Загальний щорічний обсяг економії, пов'язаний з підвищенням структурної ефективності, сягає 13 066,95 тис. грн. за цінами 2013 року, що складає 15,8% від загального фонду бюджетних коштів, виділеного на утримання родопомічних закладів / підрозділів області.

Застосування після додаткового опрацювання таких елементів як: мотивуюча оплати медичного персоналу з колективною відповідальністю за результати роботи, наскрізних клінічних протоколів дозволить наростити позитивний ефект від запровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги.

ВИСНОВКИ

В роботі вирішено актуальну наукову проблему обґрунтування інтегрованої системи організації перинатальної допомоги в умовах модернізації системи охорони здоров'я в Україні. На підставі даних щодо негативного впливу фрагментованості перинатальної допомоги на показники репродуктивного здоров'я та спираючись на доказові принципи розроблено інтегровану систему організації перинатальної допомоги. Досліджено в лонгитудинальному організаційному експерименті дієвість системи та доведено, що її впровадження дозволить істотно підвищити ефективність охорони репродуктивного здоров'я.

1. Систематизація та узагальнення існуючих підходів до підвищення якості та ефективності охорони репродуктивного і зокрема перинатального здоров'я показала, що відносно новою та маловивченою є проблема інтеграції перинатальної допомоги як спосіб подолання її фрагментованості, забезпечення координованості, наступності і безперервності.

2. Встановлено, що індикаторні показники репродуктивного здоров'я (малюкова, перинатальна та материнська смертність) в Україні за період 1990-2013рр. істотно зменшилися, проте залишаються вищими за показники для країн Європейського союзу у 2,2-2,5 рази відповідно і мають значні регіональні відмінності. Виявлені при детальному аналізі з використанням спеціальної методики ВООЗ «BABIES-MATRICA» більш високі (в 1,8 разів) рівні пропорційних показників перинатальної смертності у групі новонароджених з масою тіла більше 1500 г порівняно з новонародженими з низькою масою тіла (менше 1500 г) та перевищення в 1,7 разів порівняно зі стандартами, рекомендованими ВООЗ, пропорційного показника ранньої неонатальної смертності серед немовлят з вагою тіла при народженні більше 1500 г свідчать про низьку якість перинатальних послуг на всіх етапах при наданні: акушерської допомоги до та під час пологів, неонатологічної допомоги.

3. Теоретично обґрунтовано, базуючись на сформульованих на основі фактичних даних принципах та результатах наукових досліджень, присвячених пошуку напрямів і механізмів інтеграції, загальну модель інтеграції медичної допомоги в Україні, центральними компонентами якої є: координація діяльності (між рівнями медичної допомоги, між різними закладами охорони здоров'я, що належать до одного рівня, та між структурними підрозділами одного закладу); командна робота лікарів різних спеціальностей та середнього медичного персоналу, наступність медичного обслуговування як в межах одного медичного закладу, так і між закладами різних рівнів. Умовами, що забезпечують реалізацію інтегрованої моделі, визначені: стандартизація медичної допомоги, створення потужного фінансового пулу, налагодження ефективного обміну інформацією між учасниками процесу надання медичної допомоги та створення системи колективної відповідальності за результати діяльності.

4. Обґрунтована, розроблена та скоригована в лонгитудинальному організаційному експерименті інтегрована система організації перинатальної допомоги, яка включає регіоналізацію та маршрутизацію (поділ закладів / підрозділів, що надають перинатальну допомогу, з концентрацією в них пацієнтів відповідно до груп перинатального та акушерського ризику); сукупність механізмів, необхідних для забезпечення координованості та наступності перинатальної допомоги (пулінг бюджетних коштів на охорону здоров'я на регіональному рівні; методи оплати медичних послуг, які враховують обсяги і складність медичної допомоги, та методи мотивуючої системи оплати праці; централізацію лікарських та матеріально-технічних ресурсів; заходи щодо підтримки високого професійного рівня персоналу; перманентне оновлення на основі доказових даних перинатальних технологій та розробку наскрізних клінічних протоколів з організацією контролю за їх дотриманням); підтримку доступу вагітних жінок та новонароджених до необхідних послуг забезпечує система допоміжних (сателітних) служб (екстреної медичної, медико-генетичної допомоги тощо).

5. З метою створення умов для запровадження мотивуючої оплати праці медичного персоналу розроблено з використанням фотохронометражних досліджень та наступною експертною корекцією їх результатів методичку обґрунтування нормативів навантаження лікарів стаціонарних відділень, засновану на визначенні обсягів виконуваної роботи. Доведено валідність запропонованої методики, яка виражається у практичній ідентичності фактичного і нормативного навантаження лікарів в закладах/підрозділах, робота яких за низкою показників оцінюється як інтенсивна.

6. Обґрунтовано нормативи навантаження, виражені в числі пролікованих пацієнтів, для лікарів акушерів-гінекологів акушерських відділень та відділень патології вагітних, лікарів неонатологів, лікарів анестезіологів відділень анестезіології і інтенсивної терапії та лікарів анестезіологів дитячих відділень анестезіології і реанімації новонароджених стаціонарів різних рівнів. Встановлено, що нормативне і фактичне навантаження практично співпадає для лікарів акушерів-гінекологів пологових відділень та анестезіологів потужних пологових стаціонарів вторинного та третинного рівнів, лікарів неонатологів стаціонарів третинного рівня. Недовантажені лікарі акушери-гінекологи пологових стаціонарів середньої потужності, лікарі акушери-гінекологи відділень патології вагітних потужних стаціонарів вторинного та третинного рівнів, лікарі неонатологи потужних стаціонарів вторинного рівня (на 8,9%, 14,9%, 6,3% та 6,8% відповідно). Перевантажені лікарі неонатологи стаціонарів середньої потужності та лікарі анестезіологи дитячі відділень анестезіології та реанімації новонароджених стаціонарів третинного рівня (фактичний рівень перевищує верхню границю нормативного діапазону на 40% та 10,3% відповідно).

7. Доведено в лонгитудинальному організаційному експерименті (2001-2013 рр.), що запровадження інтегрованої системи організації на регіональному рівні сприяє підвищенню структурної ефективності перинатальної допомоги, запровадженню ефективних перинатальних технологій та залученню первинної ланки до охорони репродуктивного здоров'я: при збільшенні числа пологів практично на 40% загальне число родопомічних закладів / підрозділів зменшилося

на 44%, малопотужних (менше 400 пологів на рік) - на 86%; частка пологів, які приймаються в стаціонарах малої потужності зменшилася в 9,3 рази (з 21,4% до 2,3%, $p < 0,001$); частка роділь з високим та вкрай високим рівнем ризику, що народжували в потужних стаціонарах, збільшилася з 71,6% до 98,8%, ($p < 0,001$), в тому числі в закладах третинного рівня - з 3,8% до 34,8% ($p < 0,001$); на $\frac{3}{4}$ збільшилася частота партнерських пологів; частота інвазивних та медикаментозних втручань при пологах зменшилася в 2,5-7,3 рази відповідно, середня тривалість перебування породіль в пологових стаціонарах скоротилася в 1,5 рази (з 7,2 до 4,9 дня); створено умови для залучення спеціалістів первинної ланки до охорони репродуктивного здоров'я.

8. Експертно встановлено, що запровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги призвело до істотного поліпшення якості медичного обслуговування як породіль (зросла частота своєчасних і зменшився рівень передчасних пологів з 89% до 95,2% та з 11% до 4,4% відповідно, $p < 0,05$; збільшилася частота фізіологічного перебігу пологів з 71,9% до 82,0%, $p < 0,05$; зменшилася загальна частота медикалізації при пологах і частота непоказаних втручань з 53,9% до 28,2% та з 54,2% до 22,6% відповідно, $p < 0,05$; зменшилася частота ускладнень при пологах з 22,7% до 8,7%, $p < 0,001$), так і новонароджених (зросла частка здорових новонароджених з 46,6% до 90,1%, $p < 0,001$; збільшилася адекватність складу профілактичних заходів усім новонародженим та адекватність лікувально-профілактичних заходів, виконаних стосовно дітей, що народилися з різними захворюваннями та патологічними станами з 43,8% до 98,6% та з 17,1% до 64,7% відповідно, $p < 0,001$; збільшилася частка новонароджених, виписаних здоровими з 77,9% до 88,8%, $p < 0,01$). Встановлено, що зі збільшенням потужності пологових стаціонарів якість та адекватність медичного обслуговування зростає: скорочуються частота непоказаних втручань породіллям ($\phi = 0,23$; $p < 0,01$) та частота ускладнень, пов'язаних з неправильними діями медичного персоналу ($\phi = 0,31$, $p = 0,06$); зростає адекватність втручань при ускладненнях ($\phi = 0,48$, $p < 0,001$); зменшується захворюваність новонароджених ($\phi = 0,14$, $p = 0,002$), зокрема наявна тенденція до зменшення частоти родових травм ($\chi^2 = 2,85$; $p = 0,2$); зменшується число новонароджених, виписаних із запізненням ($\phi = 0,32$, $p < 0,001$).

9. За допомогою соціологічного дослідження виявлено, що всі учасники лікувально-діагностичного процесу (пацієнти, медичний персонал, організатори охорони здоров'я) після впровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги демонстрували високий, хоча й виражений різною мірою, рівень задоволеності станом медичного обслуговування: задоволеними були 98,9% пацієнток (в тому числі 86,4% задоволені повністю, 12,5% – частково, середній бал за чотирьохбальною шкалою $3,86 \pm 0,009$), 97,6% медичних працівників (задоволені повністю – 68,1%, частково – 29,5%, середній бал $3,65 \pm 0,02$), 88% організаторів охорони здоров'я (задоволені повністю - 42,0%, частково – 46,0%, середній бал $3,28 \pm 0,1$). Менш високі рівні повністю задоволених серед медичного персоналу пов'язані з низькою оцінкою можливості отримувати заробітну плату відповідно до обсягу та якості роботи (повністю задоволених цим компонентом - 19,4%, середній бал задоволеності 2,72); серед керівного складу – низькими оцінками матеріально-

технічного та фінансового забезпечення закладів (повністю задоволених цими компонентами 19,8% та 9,8%, середні бали задоволеності – 2,36 та 2,08 відповідно).

10. Встановлено достовірний зв'язок загального рівня задоволеності станом родопомічної допомоги медичного персоналу та керівників медичних закладів з потужністю акушерських стаціонарів ($\chi^2=34,95$; $p<0,001$ та $\chi^2=13,5$; $p=0,009$ відповідно). Представники обох груп віддають перевагу більш потужним акушерським стаціонарам перш за все через наявність в них необхідних для надання якісної медичної допомоги організаційних умов (забезпеченість фахівцями – акушерами-гінекологами, анестезіологами, неонатологами; існування умов для надання повноцінної, в тому числі й інтенсивної, медичної допомоги породіллям та новонародженим, можливість дотримання клінічних протоколів та ін.). За даними двохмірного аналізу «важливість-задоволеність», «успішні результати» (компоненти, які є важливими для респондента, і при цьому досягнуто високого рівня задоволеності ними) виявлені у медичного персоналу в потужних пологових стаціонарах по всіх позиціях, в стаціонарах середньої та малої потужності – по 5 та 3 з 8 позицій відповідно; у керівників закладів – в пологових стаціонарах потужних та середньої потужності по 8-9 позиціях, малої потужності – лише по 3-х з 12. У породіль зв'язку загальної оцінки задоволеності з потужністю пологових стаціонарів не виявлено, питома вага незадоволених організацією медичного обслуговування в малопотужних стаціонарах майже в 5 разів перевищує таку в стаціонарах більшої потужності (18,0% проти 3,7÷3,4%; $p<0,01$).

11. Доведено, що інтеграція перинатальної допомоги призводить до суттєвого підвищення її медичної, соціальної та економічної ефективності - за період впровадження системи в регіоні зменшилися смертність новонароджених від синдрому дихальних розладів - у 8 разів (з 1,58% до 0,2% і була в 2013р. у 1,6 рази нижчою порівняно з Україною); частота масивних кровотеч і видалених через післяпологові кровотечі маток - в 1,9-1,7 разів відповідно; перинатальна та малюкова смертність - у 3,1 та 1,7 рази відповідно. Загальний щорічний обсяг економії у зв'язку зі структурною оптимізацією сягає 15,8% від загального фонду бюджетних коштів, виділеного на утримання родопомічних закладів/підрозділів області.

12. За результатами дисертаційного дослідження обґрунтовано та розроблено інтегровану систему організації перинатальної допомоги, центральний структурно-процесний організаційний компонент якої (регіоналізація закладів та маршрутизація пацієнтів) підтримується комплексом фінансово-економічних, технологічних, освітніх, інформаційних механізмів та допоміжних (сателітних) служб, які забезпечують комплексність, координованість, наступність та безперервність перинатальної допомоги, якість та ефективність якої доведені в масштабному організаційному експерименті.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані результати наукового дослідження дозволяють рекомендувати:

1. Кабінету Міністрів України :

- внести до Верховної Ради України проект Закону (зміни до Бюджетного кодексу) щодо створення потужних пулів (об'єднання) бюджетних коштів для фінансування

вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги на регіональному рівні;

- запровадити мотивуючу систему оплати праці медичного персоналу на основі обсягу та якості виконаної роботи;

2. Міністерству охорони здоров'я України:

- при опрацюванні Загальнодержавної програми «Здоров'я - 2020: український вимір», інших комплексних національних стратегій охорони здоров'я акцентувати увагу на забезпеченні інтеграції медичної і в першу чергу перинатальної допомоги;

- розробити комплекс заходів щодо підвищення достовірності реєстрації немовлят за критеріями живонародження та мертвонародження і визначення їх ваги при народженні для об'єктивізації національних даних про перинатальну та малюкову смертність;

- розробити та затвердити наскрізні протоколи щодо надання перинатальної допомоги вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим на всіх рівнях;

- удосконалити систему обміну інформацією між закладами різних рівнів, що надають перинатальну допомогу;

3. Міністерству охорони здоров'я АР Крим, структурним підрозділам з охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, головним лікарям багатопрофільних та спеціалізованих закладів охорони здоров'я, що надають перинатальну допомогу:

- здійснити комплекс заходів щодо оптимізації мережі родопомічних закладів та їх регіоналізації відповідно до груп перинатального та акушерського ризику;

- розробити та затвердити чіткі маршрути вагітних, виходячи зі ступеню їх акушерського та перинатального ризику;

- запровадити соціологічний моніторинг усіх сторін-учасників лікувально-діагностичного процесу (пацієнтів, персоналу, керівників закладів, громадськості) щодо оцінки перетворень в системі охорони здоров'я в цілому і службі перинатальної допомоги зокрема з застосуванням методики двомірного аналізу «важливість-виконання»;

4. Вищим медичним навчальним закладам і закладам післядипломної медичної освіти:

- доповнити програми навчання студентів з соціальної медицини питаннями організації інтеграції медичної допомоги;

- розробити навчальні програми та організувати для керівників органів і закладів охорони здоров'я та їх заступників навчання на циклах тематичного удосконалення з питань забезпечення інтеграції перинатальної допомоги.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Гінзбург В.Г. Досвід розбудови регіональних систем охорони здоров'я: Дніпропетровська область / В.Г. Гінзбург, В.М. Лехан, Я.С. Березницький, Л.В. Гінкота, Л.В. Крячкова, М.В. Павленко, С.С. Росточило // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2009 рік / за ред. З.М. Митника / – К., 2010. – С. 254-268. (Особистий внесок: накопичення та обробка матеріалів, аналіз і узагальнення результатів, написання розділу).

2. Гінзбург В.Г. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні (практичні настанови) /за ред. Р.О. Моїсеєнко / колектив авторів: Р.О. Моїсеєнко, Ю. Р. Вайсберг, В.О. Голяновський, О.В. Грищенко, В.Г. Гінзбург, Ю.В. Давидова, Д.О. Добрянський, О.О. Дудіна, Т.К. Іркіна, В.В. Камінський, В.П. Квашенко, В.М. Коломейчук, О.О. Кузьменко, В.І. Медведь, Л.В. Нікіфор, С.І. Осташко, С.П. Посохова, Н.Г. Прядко, С.Є. Регушевський, Н.Й. Сало, І.В. Семененко, Г.О. Слабкий, Т.Ф. Татарчук, Р.О. Ткаченко, З.О. Ціхонь, В.К. Чайка, І.В. Чибісова, Є.Є. Шунько. - Міністерство охорони здоров'я України, 2012. – 111 с.(Особистий внесок: вивчення літератури з теми роботи, аналіз і узагальнення результатів).

3. Гінзбург В.Г. Досвід регіоналізації перинатальної допомоги в Дніпропетровській області / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, С.С. Росточило//Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р.В. Богатирьової. – К., 2012. – С. 184-197.(Особистий внесок: накопичення та обробка інформації, аналіз і узагальнення результатів, написання розділу).

Гінзбург В.Г. Аналітичний огляд розбудови регіональних систем охорони здоров'я. Дніпропетровська область / В.Г. Гінзбург, П.М. Лисенко //Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р. В, Богатирьової. – К., 2012. – С. 297-310.(Особистий внесок: накопичення та обробка інформації, аналіз і узагальнення результатів, написання розділу).

4. Гінзбург В.Г. Дніпропетровська область / В.Г. Гінзбург // Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення. - К. : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2014. –С. 32-53.(Особистий внесок: накопичення та обробка інформації, аналіз і узагальнення результатів, написання розділу).

5. Гінзбург В.Г. Характеристика реалізації стратегічних завдань з оптимізації системи охорони здоров'я України в 2013 році. Аналіз ходу реформування сфери охорони здоров'я в пілотних регіонах. Дніпропетровська область / В.Г. Гінзбург // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності систем охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред.. О.С. Мусія. – К., 2014. –С. 201 – 210. (Особистий внесок: накопичення та обробка інформації, аналіз і узагальнення результатів, написання розділу).

6. Гінзбург В.Г. Нормативи навантаження на лікарів стаціонарних відділень офтальмологічного профілю лікарень інтенсивного лікування, виходячи з обсягів виконуваної роботи / В.Г. Гінзбург, В.М. Лехан, О.Є. Ламза // Медичні перспективи.- 2013.- Т. XVIII, №2. - С. 128-133. (Особистий внесок: обробка матеріалів дослідження, узагальнення результатів, написання статті).

7. Гінзбург В.Г. Нова модель надання первинної медико-санітарної допомоги – досвід пілотних регіонів / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Л.В. Крячкова, М.В. Шевченко //Wiadomosci Lekarskie. – 2014. - Tom LXVII, №2. - С. 210-214. (Особистий внесок: аналіз літератури, постановка проблеми, написання статті).

8. Гінзбург В.Г. Медико-соціальне обґрунтування, розробка та впровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 4, Т. 4 (116). – С. 277-

282. (Особистий внесок: аналіз літератури, постановка проблеми, обробка результатів, написання статті).

9. Гінзбург В.Г. Модернізація вторинної медичної допомоги – шлях до підвищення ефективності охорони здоров'я / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Л.В. Крячкова, Е.В. Борвінко // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 3, Т. 1 (110). – С. 201-205. (Особистий внесок: аналіз літератури, постановка проблеми, обробка результатів, написання статті).

10. Гінзбург В.Г. Обґрунтування нормативів навантаження лікарів - акушерів - гінекологів акушерських стаціонарів різних рівнів / В.Г. Гінзбург // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. - №1 (53). - С. 25-31.

11. Гінзбург В.Г. Обґрунтування нормативів навантаження лікарів неонатологів в акушерських стаціонарах різних рівнів / В.Г. Гінзбург, В.М. Лехан // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2014. - №2 (60). - С. 10-14. (Особистий внесок: аналіз літератури, збір первинних даних, обробка результатів, написання статті).

12. Ginzburg V.G. Analysis of Perinatal Mortality in Ukraine / V.G. Ginzburg// The Pharma Innovation Journal. – 2014. - Vol. 3, №4. - P.51-63.

13. Гінзбург В.Г. Аналіз задоволеності медичного персоналу якістю медичного обслуговування в акушерських стаціонарах / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург // Україна. Здоров'я нації. - 2010. - №3 (15). - С. 124-133.(Особистий внесок: збір первинних даних, обробка та узагальнення результатів, написання статті).

14. Гінзбург В.Г. Задоволеність організаторів охорони здоров'я організацією діяльності акушерських стаціонарів (результати соціологічного дослідження) / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург // Україна. Здоров'я нації. - 2010. - №4 (16). - С. 47-54.(Особистий внесок: збір первинних даних, обробка та узагальнення результатів, написання статті).

15. Гінзбург В.Г. Якість медичної допомоги в акушерських стаціонарах очима пацієнтів / В.Г. Гінзбург // Медичні перспективи. – 2010. - Т. XV, №3. – С. 103-111.

16. Гінзбург В.Г. Структурна перебудова системи охорони здоров'я на регіональному рівні: досягнення та завдання / В.Г. Гінзбург // Медичні перспективи. – 2010. - Т. XV, №4. – С. 137-143.

17. Гінзбург В.Г. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко, Л.В. Крячкова, В.Г. Гінзбург // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2011. - №4. - С. 5-19. (Особистий внесок: аналіз інформації, обробка та узагальнення результатів, написання статті).

18. Гінзбург В.Г. Порівняльна характеристика якості медичної допомоги породіллям і новонародженим до та після проведення організаційного експерименту з комплексної реорганізації акушерської служби / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, В.В. Михайлова, К. Каїра // Україна. Здоров'я нації. - 2011. - №4 (20). - С. 117-122.(Особистий внесок: постановка проблеми, обробка та узагальнення результатів, написання статті).

19. Гінзбург В.Г. Якість медичної допомоги породіллям і новонародженим в акушерських стаціонарах після проведення організаційного експерименту /В.Г. Гінзбург // Здоров'я жінки. - 2011. - №9 (65). - С. 16-21.

20. Гінзбург В.Г. Вплив регіоналізації стаціонарної акушерської допомоги на якість медичного обслуговування породіль та новонароджених / В.Г. Гінзбург // Україна. Здоров'я нації. - 2012. - №4 (24). - С. 90-94.

21. Гінзбург В.Г. Загальні і регіональні особливості динаміки дитячої смертності в Україні: чи досягне Україна задекларованих цілей тисячоліття? / В.Г. Гінзбург // Медичні перспективи. – 2012. - Т. XVII, №1. – С. 148-155.

22. Гінзбург В.Г. Перинатальна смертність в Україні: досягнення та проблеми / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург // Україна. Здоров'я нації. - 2012. - №1 (21). - С. 15-25. (Особистий внесок: постановка проблеми, узагальнення результатів, написання статті).

23. Гінзбург В.Г. Результати регіоналізації перинатальної допомоги в Дніпропетровській області / В.Г. Гінзбург // Україна. Здоров'я нації. - 2012. - №2-3 (22-23). - С. 27-31.

24. Гінзбург В.Г. Характеристика загальних та регіональних особливостей материнської смертності в Україні / В.Г. Гінзбург // Медичні перспективи. - 2012.- Т. XVII, №3. - С. 161-167.

25. Гінзбург В.Г. Методика визначення норм навантаження та штатної чисельності лікарів стаціонарних відділень лікарень інтенсивного лікування / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, О.Є. Ламза, М.В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. - 2013. - №1 (25). - С. 59-62. (Особистий внесок: постановка проблеми, узагальнення результатів, написання статті).

26. Гінзбург В.Г. Обґрунтування нормативів навантаження на лікарів стаціонарних відділень оториноларингологічного профілю лікарень інтенсивного лікування /В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, О.Є. Ламза, М.В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. - 2013. - №2 (26). - С. 35-39. (Особистий внесок: обробка матеріалів дослідження, узагальнення результатів, написання статті).

27. Гінзбург В.Г. Порівняльна характеристика моделі Семашко та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Е.В. Борвінко // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. - №4 (61). – С. 99-105. (Особистий внесок: збір первинних даних, обробка та узагальнення результатів, написання статті).

28. Гінзбург В.Г. Людський ресурс - важливий резерв підвищення якості медичної допомоги / В.Г. Гінзбург, Т.М. Полішко, О.В. Лугова, О.К. Саусь, В.О. Татаровський // Запорожський медичний журнал. - 2014.- Т. 13, №2. - С. 68-72. (Особистий внесок: збір первинних даних, обробка та узагальнення результатів, написання статті).

Опубліковані праці апробаційного характеру:

29. Гінзбург В.Г. Підвищення ефективності стаціонарної допомоги – провідний шлях збільшення позитивного впливу галузі на здоров'я населення /В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Л.В. Крячкова, В.В. Волчек, І.О. Губар, Е.В. Борвінко, О.П. Максименко // Матеріали IV з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та

організаторів охорони здоров'я, 23-25 жовт. 2008 р., м. Житомир / відп. ред Г.О. Слабкий. – Київ - Житомир, 2008.- Т.2. – С. 118-120. (Особистий внесок: накопичення та обробка інформації, аналіз і узагальнення результатів, написання роботи).

30. Гінзбург В.Г. Регіоналізація акушерської допомоги – шлях до підвищення її якості / В.Г. Гінзбург : матеріали наук.-практ. конф. [«Сучасна стратегія забезпечення якості та безпеки медичної допомоги»] // Медичні перспективи. – 2010. - Т. XV. - №1. – С. 127-128.

31. Гінзбург В.Г. Законодавче забезпечення моделі охорони здоров'я, орієнтованої на задоволення потреб населення у якісній медичній допомозі / В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, В.Г. Гінзбург // Матеріали XIV конгресу світової федерації українських лікарських товариств (Донецьк, 4-6 жовтня 2012 р.). - Донецьк-Київ-Чікаго, 2012. - С. 59. (Особистий внесок: накопичення та обробка інформації, аналіз і узагальнення результатів, написання роботи).

32. Гінзбург В.Г. Реформа первинної медико-санітарної допомоги в Україні: досягнення, проблеми, шляхи їх вирішення / Лехан В.М., Гінзбург В.Г., Борвінко Е.В. : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2013 р. // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – К., 2013. – С. 175-176. (Особистий внесок: накопичення та обробка інформації, аналіз і узагальнення результатів, написання роботи).

33. Гінзбург В.Г. Обґрунтування нормативів навантаження лікарів акушерів-гінекологів пологових стаціонарів різного рівня / В.Г. Гинзбург, В.М.Лехан : матеріали междунар. науч.-практ. конф. [Научные исследования и их практическое применение. Современное состояние и пути развития 2013] // Сборник научных трудов SWorld. – Вып. 3. Т. 48. – Иваново : МАРКОВА АД, 2013. – С.28-35. (Особистий внесок: накопичення та обробка інформації, аналіз і узагальнення результатів, написання роботи).

34. Гінзбург В.Г. Методичні підходи до нормування праці лікарів стаціонарів / В.М. Лехан , В.Г. Гінзбург : Materialy IX Miedzynarodowej naukowii-praktycznej konferencji [Dynamika naukokowich badan – 2013] - Vol. 10. Medycyna. Nauka biologicznych. - Przemysl :Nauka i studia, 2013. – S. 3-6.

35. Гінзбург В.Г. Аналіз та оцінка досвіду Дніпропетровського пілотного регіону щодо реформування системи охорони здоров'я / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Л.В. Крячкова, Е.В. Борвінко // Матеріали XV конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств. - Чернівці – Київ – Чікаго, 2014. - С. 37. (Особистий внесок: накопичення та обробка інформації, аналіз і узагальнення результатів, написання роботи).

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дослідження:

36. Гінзбург В.Г. Методика визначення норм навантаження лікарів стаціонарних відділень лікарень інтенсивного лікування (ЛІЛ) : методичні рекомендації / [В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, О.Є. Ламза, М.В. Шевченко]. - К. : Міністерство охорони здоров'я України, Український центр наукової медичної інформації і патентно-ліцензійної роботи, 2013. – 43 с. (Свідectво про реєстрацію

авторського права на твір №49904 від 02.07.2013 р.) (Особистий внесок: вивчення літератури з теми роботи, накопичення та обробка інформації, аналіз і узагальнення результатів, розробка методики, написання методичних рекомендацій).

37. Гінзбург В.Г. Методика профілактики ВІЛ-інфікування жінок в умовах реформування системи медичної допомоги населенню : методичні рекомендації / [Ю.П. Вдовиченко, О.В. Грищенко, С.І. Жук, Г.О. Слабкий, Н.Я. Жилка, В.Г. Гінзбург, А.М. Марченко, С.Г. Бондаренко, Ю.М. Дуб]. - К. : Міністерство охорони здоров'я України, 2013. – 34 с.(Особистий внесок: вивчення літератури з теми роботи, накопичення та обробка інформації, аналіз і узагальнення результатів, розробка методики, написання методичних рекомендацій).

38. Гінзбург В.Г. Індикатори ефективності та структурно-функціональної перебудови системи охорони здоров'я / Лехан В.М., Гінзбург В.Г., Шевченко М.В., Слабкий В.О., Пархоменко Г.Я., Шпак І.В., Збітнєва С.В., Яценко Ю.Б., Крисько М.О. // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 34-35. – Реєстр. №293/35/11. - К., 2011. (Особистий внесок: ідея, методологічне забезпечення, збір матеріалу, узагальнення результатів).

39. Гінзбург В.Г. Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги / Слабкий Г.О.; Кризина Н.П.; Лехан В.М., Гінзбург В. Г., Надутий К.О., Слабкий В.Г., Зозуля А.І., Збітнєва С.В, Горбань А.Є., Лисенко П.М., Стародубцев О.І, Бурдим Ю.В. // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 37. - Реєстр. №377/37/12. - К., 2012. (Особистий внесок: ідея, методологічне забезпечення, збір матеріалу, узагальнення результатів).

40. Гінзбург В.Г. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики - сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях / Слабкий Г.О.; Кризина Н.П.; Линник С.О.; Лехан В.М., Гінзбург В.Г., Надутий К.О., Зозуля А.І, Слабкий В.Г., Збітнєва С.В., Горбань А.Є., Лисенко П.М., Бурдим Ю.В. // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 37. - Реєстр. №380/37/12. - К., 2012. (Особистий внесок: ідея, методологічне забезпечення, збір матеріалу, узагальнення результатів).

41. Гінзбург В.Г. Функціонально-структурні вимоги до дитячої лікарні інтенсивного лікування / Слабкий Г.О., Кризина Н.П., Яценко Ю.Б., Лехан В.М., Гінзбург В.Г., Горбань А.Є., Дудіна О.О., Линник С.О., Некрасова Н.В. // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 37. - Реєстр. №384/37/12. – К., 2012. (Особистий внесок: ідея, методологічне забезпечення, збір матеріалу, узагальнення результатів).

42. Гінзбург В.Г. Функціонально-структурні вимоги до консультативно-діагностичного центру / Слабкий Г.О., Кризина Н.П., Линник С.О.; Лехан В.М., Гінзбург В. Г., Зозуля А.І., Збітнєва С.В, Горбань А.Є., Лисенко П.М., Стародубцев О.І, Пархоменко Г.Я., Батманова І.Ю. // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 37. - Реєстр. №385/37/12. – К., 2012. (Особистий внесок: ідея, методологічне забезпечення, збір матеріалу, узагальнення результатів).

43. Гінзбург В.Г. Функціонально-структурні вимоги до лікарні інтенсивного лікування / Слабкий Г.О.; Кризина Н.П.; Лехан В.М., Гінзбург В. Г., Зозуля А.І, Збітнєва С.І., Горбань А.Є., Лисенко П.М., Пархоменко Г.Я., Стародубцев О.І, Волошина У.В., Батманова Г.Ю. // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 37. -

Реєстр. №387/37/12. – К., 2012. (Особистий внесок: ідея, методологічне забезпечення, збір матеріалу, узагальнення результатів).

44. Гінзбург В.Г. Функціонально-структурні вимоги до лікарні планового лікування / Слабкий Г.О., Линник С.О., Кризина Н.П.; Лехан В.М., Гінзбург В. Г., Зозуля А.І., Збітнева СЛ., Пархоменко Г.Я., Горбань А.Є., Лисенко П.М., Слабкий В.Г., Стародубцев О.І. // Реєстр галузевих нововведень. – Вип. 37. - Реєстр. №388/37/12. – К., 2013. (Особистий внесок: ідея, методологічне забезпечення, збір матеріалу, узагальнення результатів).

45. Гінзбург В.Г. Методика визначення норм навантаження лікарів стаціонарних відділень лікарень інтенсивного лікування (ЛІЛ) / Лехан В.М., Гінзбург В.Г., Ламза О.Є., Шевченко М.В. // Реєстр галузевих нововведень. - Вип. 38-39 (II ч.). - Реєстр. №279/39/13. – К., 2014. (Особистий внесок: ідея, методологічне забезпечення, збір матеріалу, узагальнення результатів).

АНОТАЦІЯ

Гінзбург В.Г. Медико-соціальне обґрунтування інтегрованої системи організації перинатальної допомоги в умовах модернізації системи охорони здоров'я. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 - соціальна медицина. – Харківський національний медичний університет Міністерства охорони здоров'я України, Харків, 2015.

В дисертації вирішено актуальну наукову проблему - обґрунтовано інтегровану систему організації перинатальної допомоги, центральний структурно-процесний організаційний компонент якої (регіоналізація закладів та маршрутизація пацієнтів) підтримується комплексом фінансово-економічних, технологічних, освітніх, інформаційних механізмів та допоміжних (сателітних) служб, які забезпечують координованість, наступність, безперервність та комплексність перинатальної допомоги.

Систему розроблено на підставі даних щодо негативного впливу фрагментованості перинатальної допомоги на показники репродуктивного здоров'я та спираючись на доказові принципи інтеграції медичної допомоги. Досліджено дієвість системи в лонгитудинальному організаційному експерименті.

Доведено, що інтеграція організації перинатальної допомоги дозволить істотно підвищити медичну, соціальну та економічну ефективність охорони репродуктивного здоров'я в Україні.

Ключові слова: інтегрована система, перинатальна допомога, репродуктивне здоров'я, організація медичної допомоги, ефективність.

АННОТАЦИЯ

Гинзбург В.Г. Медико-социальное обоснование интегрированной системы организации перинатальной помощи в условиях модернизации системы здравоохранения. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 - социальная медицина. – Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины, Харьков, 2015.

В диссертации решена актуальная научная проблема обоснования интегрированной системы организации перинатальной помощи, центральный структурно-процессный организационный компонент которой (регионализация учреждений и маршрутизация пациентов) поддерживается комплексом финансово-экономических, технологических, образовательных, информационных механизмов и вспомогательных (сателлитных) служб, обеспечивающих координированность, преемственность, непрерывность и комплексность перинатальной помощи.

Система разработана на основании данных о негативном влиянии фрагментированности перинатальной помощи на показатели репродуктивного здоровья и опираясь на доказательные принципы интеграции медицинской помощи. Исследована эффективность системы в лонгитудинальном организационном эксперименте.

Доказано, что интеграция организации перинатальной помощи позволит существенно повысить медицинскую, социальную и экономическую эффективность охраны репродуктивного здоровья в Украине.

Ключевые слова: интегрированная система, перинатальная помощь, репродуктивное здоровье, организация медицинской помощи, эффективность.

SUMMARY

Ginzburg V.G. Medical-social substantiation of integrated system of organization of perinatal care under conditions of modernization of health caresystem. - Manuscript copyright.

Dissertation for the degree of Doctor of Medical Sciences in specialty 14.02.03 - Social Medicine. - Kharkiv National Medical University, Ministry of Ukraine, Kharkiv, 2015.

The dissertation solved an actual scientific problem of substantiation of the integrated system of organization of perinatal care under conditions of modernization of the health caresystem in Ukraine.

Systematization and generalization of existing approaches to improving the quality and effectiveness of reproductive and perinatal health showed that the integration of medical and including perinatal assistance at the present stage is seen as an important and independent branch of government health policy. The level and dynamics of indicator reproductive health indicators (infant, perinatal and maternal mortality) indicate low quality of perinatal services at all stages of their provision and have significant regional differences.

The general model of integration of health care in Ukraine is theoretically justified, based on the principles of integration of care, formulated on the basis of the evidence and the results of international research.

Proved by the method of projecting the organizational, an integrated system of organization of perinatal care developed and adjusted in the organizational experiment, including regionalization and routing (separation of institutions and units providing perinatal care, with a concentration in these patients according to groups that perinatal obstetric risk); set of mechanisms necessary to ensure coordination and succession of perinatal care (pooling of budgetary funds for health care at the regional level; methods of payment for medical services, taking into account the volume and complexity of medical

care, and methods of motivating remuneration system, centralization of medical and logistical resources, a set of measures to maintain a high professional level staff; permanent update of evidence-based perinatal technologies and development through clinical protocols with the organization of their enforcement) of system support (satellite) services.

Expert established that the introduction of an integrated system of organization of perinatal care has led to a substantial improvement in the quality of care of both pregnancy, childbirth and postpartum (increased frequency of timely and decreased levels of premature births from 89% to 95.2% and from 11% to 4.4%, respectively, $p < 0,05$; increased frequency of physiological birth from 71.9% to 82,0% $p < 0,05$; reduced the overall incidence of medicalization of childbirth and frequency not shown interventions from 53.9% to 28.2% and from 54,2% and 22.6%, respectively, $p < 0,05$; decreased frequency of complications at birth from 22.7% to 8,7%, $p < 0,001$), and infants (the share of healthy newborns from 46.6% to 90,1%, $p < 0,001$; increased the adequacy of preventive measures to all newborns and adequacy of treatment and preventive measures carried out with respect to children born with various diseases and pathological conditions, from 43.8% to 98.6% and from 17, 1% to 64.7%, respectively, $p < 0,001$; the share of newborns discharged healthy from 77.9% to 88,8%, $p < 0,01$).

With the help of a sociological study it is revealed that the main participants in the diagnostic and treatment process after the implementation of an integrated system of organization of perinatal care demonstrated a high, albeit expressed in varying degrees, level of satisfaction with medical care (98.9% of the patients, 97.6% of health workers, 88% policy-makers). A significant relationship of overall level of satisfaction with medical staff and heads of agencies with the power of obstetric hospitals ($\chi^2 = 34,95$; $p < 0,001$ that $\chi^2 = 13,5$; $p = 0,009$, respectively) is established.

It is proved that the integration of perinatal care leads to a significant increase in its medical, social and economic efficiency: for the period of implementation of the system in the region decreased: infant mortality from respiratory distress syndrome in 8-fold (from 1.58% to 0.2%), which in 2013 was 1.6 times lower in comparison with Ukraine (0.32%); the frequency of major bleeding and removal due to postpartum haemorrhage of uterus - 1.9 and 1.7 times, respectively; perinatal and infant mortality - by 3.1 and 1.7 times, respectively. The total annual savings makes it possible for the structural optimization is 15.8% of the general fund budget funds allocated for the maintenance of midwifery institutions and departments.

Keywords: integrated system, perinatal care, reproductive health, organization of health care, efficiency.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ДАК	– Державна атестаційна комісія
ЄС	– Європейський Союз
ЗОЗ	– заклади охорони здоров'я
МД	– медична допомога
МЛ	– міська лікарня
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
МОН	– Міністерство освіти та науки
ПіАР	– перинатальний і акушерський ризик
ПМСД	– Первинна медико-санітарна допомога
СНД	– Співдружність незалежних держав
ЦПМСД	– Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги
ЦМЛ	– Центральна міська лікарня
ЦРЛ	– Центральна районна лікарня
ЮНІСЕФ	– Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй
ЯМД	– Якість медичної допомоги
НFA-DB	– Health for all database
WHO	– World Health Organization