

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр _____

Наказ ректора про
затвердження теми

„До захисту допускається”
завідувачка кафедри
_____ Г.О.Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

«Рациональний менеджмент пологового відділення на базі

Шосткинської центральної районної лікарні»

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

Студента гр.УЗ-мз91-ш Морозової Світлани Віталіївни

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело _____ Морозова С.В.

Наукові керівники: _____ д.мед.н., професор Сміянов В.А.
_____ к.е.н., доцент Оніщенко М.Л.

Суми 2020р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____
_____” _____ 20____ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
за спеціальністю
281 «Публічне управління та адміністрування»
освітня програма «Управління та адміністрування в охороні здоров'я»
студенту групи гр. УЗ.-мз 91Ш
Морозова С.В.

1. Тема роботи: Раціональний менеджмент пологового відділення на базі Шосткинської центральної районної лікарні.
затверджена наказом по СумДУ № _____ від „_____” _____ 20____ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи _____
3. Мета кваліфікаційної роботи: полягає у визначенні основних шляхів вдосконалення менеджменту та організації діяльності пологового відділення на базі Шосткинської центральної районної лікарні.
4. Об'єкт дослідження: шляхи вдосконалення управління та діяльності пологового відділення на базі Шосткинської центральної районної лікарні.
5. Предмет дослідження: теоретико-методичні засади вдосконалення управління та організації діяльності пологового відділення на базі Шосткинської центральної районної лікарні.
6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: Шосткинської центальної районної лікарні.
7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

| № пор. | Назва розділу | Термін подання |
|--------|---|-----------------|
| I | Досвід надання перинатальної допомоги в інших країнах світу | листопад, 2020 |
| II | Управління у сфері охорони здоров'я | листопад, 2020 |
| III | Шосткинська центральна районна | 10 грудня, 2020 |

| | | |
|--|---------|--|
| | лікарня | |
|--|---------|--|

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:
 У розділі 1 студент має дослідити теоретико-методичні аспекти організації управління закладами перинатальної допомоги у інших країнах світу.
 У розділі 2 студент має провести аналіз організації надання перинатальної допомоги.
 У розділі 3 студент має запропонувати основні шляхи покращення надання перинатальних послуг населенню

8. Консультації щодо виконання роботи:

| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата | |
|--------|---|----------------|------------------|
| | | Завдання видав | Завдання прийняв |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи

_____ Оніщенко М.Л.
(підпис)

Завдання до виконання одержав

_____ Морозова С.В.
(підпис)

АНОТАЦІЯ

У роботі здійснено огляд аспектів та здійснено аналіз механізмів формування та реалізації планів розвитку пологових відділень. Узагальнено сучасні моделі та системи підготовки управлінців галузі охорони здоров'я та перинатальних центрів у зарубіжних країнах (Польща, Німеччина, Франція, США, Канада) та запропоновано імплементацію їх досвіду в Україні. Проведено комплексний аналіз сучасної державної політики у сфері підготовки менеджерів у сфері охорони здоров'я перинатальної допомоги. Визначено напрями вдосконалення механізмів формування та реалізації роботи менеджерів пологового відділення.

Ключові слова: підготовка менеджерів охорони здоров'я, менеджмент лікарні, управління, перинатальний центр, акушерська допомога.

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 59 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 64 с., у тому числі 13 таблиць, 1 рисунка, 1 додатка, список використаних джерел - 6 сторінок.

Актуальність. Пренатальне та післяпологове здоров'я породіль має вирішальне значення для фізичного та психічного благополуччя матері та сприяє її здатності надавати любов, належний догляд за своєю дитиною при народженні та післяпологового періоду. 3

Завданням перинатальної допомоги є поліпшення стану здоров'я жінок і дітей не тільки сьогодні, але й у майбутньому. Шляхом підвищення рівня народжуваності, покращення стану новонароджених дітей, безпечності пологів, попередження материнської і малюкової смертності (смертності дітей 1-го року життя) та зміцнення здоров'я дитячого населення.

Одними з найважливіших цілей ООН є збереження здоров'я населення, скорочення показників смертності, забезпечення якісних медичних послуг та безпосередньо благополуччя людини.

Метою роботи є визначення основних шляхів вдосконалення менеджменту та організації діяльності пологового відділення на базі Шосткинської центральної районної лікарні. Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

- аналіз теоретичних та методичних підходів щодо організації роботи перинатальної допомоги у інших країнах;
- вивчення складу, структури, напрямків управління закладом охорони здоров'я пологового відділення;
- визначення основних показників успішної роботи менеджерів лікарні;
- розроблення та обґрунтування комплексу заходів щодо підвищення

рентабельності роботи управлінської ланки сфери охорони здоров'я перинатальної допомоги Шосткинської центральної районної лікарні.

Об'єктом дослідження є шляхи вдосконалення управління та діяльності пологового відділення на базі Шосткинської центральної районної лікарні.

Предметом дослідження є теоретико-методичні засади вдосконалення управління та організації діяльності пологового відділення на базі Шосткинської центральної районної лікарні.

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання, системний підхід та методи логістичного аналізу. У роботі було використано ретроспективний аналіз, структурний аналіз, порівняльний аналіз.

Наукова новизна. Результати, що відображають наукову новизну, полягають у такому:

уперше: обґрунтовано актуальність змін в управлінні пологовим відділенням ;

удосконалено:

- систематизацію понять «менеджер у системі охорони здоров'я». Під яким запропоновано розуміти фахівця-професіонала, що поєднує в своїй роботі навички раціональної економічної поведінки, володіє технологією управління персоналом та структурними підрозділами системи охорони здоров'я. Зокрема різними рівнями в умовах перманентних змін відповідно до етичного кодексу лікаря і чинного законодавства, та «механізму формування компетентностей управлінського персоналу», який визначено як інтегровану систему знань, навичок і здібностей управлінського персоналу. Які сформувалися у процесі навчання, накопиченого в практичній діяльності професійного досвіду;

- концепцію покращення умов надання акушерських послуг.

Набули подальшого розвитку:

- науково-методичні підходи до обґрунтування ролі та діяльності менеджера пологового відділення.

Ключові слова: МЕНЕДЖЕР ПОЛОГОВОГО ВІДДІЛЕННЯ, УПРАВЛІННЯ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, АКУШЕРСТВО.

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| ВСТУП | 10 |
| РОЗДІЛ 1 ДОСВІД НАДАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В ІНШИХ КРАЇНАХ СВІТУ | 13 |
| 1.1 Особливості перинатальної допомоги..... | 18 |
| 1.2 Основні кваліфікаційні вимоги до персоналу перинатальної допомоги..... | 25 |
| 1.3 Необхідність безперервного навчання медичного персоналу пологового відділення | 27 |
| 1.4 Сучасні підходи до управління якістю надання перинатальної допомоги..... | 32 |
| РОЗДІЛ 2 УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я | 42 |
| 2.1 Порядок регіоналізації перинатальної допомоги в Україні..... | 43 |
| 2.2 Мета і завдання положового відділення..... | 44 |
| РОЗДІЛ 3 ШОСТКИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ | 45 |
| 3.1 Менеджмент закладу Шосткинської лікарні положового відділення | 49 |
| 3.2 Результати роботи Шосткинської центральної районної лікарні за 2019 рік та пологового відділення..... | 50 |
| ВИСНОВКИ | 57 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 58 |
| ДОДАТКИ | |

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ШЦРЛ – Шосткинська центральна районна лікарня.

ЛПЗ – Лікувально-профілактичні заклади.

ДС – Денний стаціонар

СОЗ – Система охорони здоров'я

ЛЗ – лікувальний заклад.

ЯМД – Якість медичної допомоги

ІЯ – Індикатор якості

ВСТУП

Одним із завдань кожної держави є підтримка та розвиток системи охорони здоров'я зокрема підвищення народжуваності.

Головними цілями сталого розвитку ООН є зменшення дитячої та материнської смертності, зменшення нещасних випадків, тому актуальним залишається питання вдосконалення перинатальної допомоги.

Перинальна та акушерська допомога є однією зі складових частин системи охорони здоров'я, а отже при систематизації та структуризації сфери надання якісних послуг підвищуються показники народжуваності, стан новонароджених дітей, зменшиться рівень смертності матерів та новонароджених, поліпшиться стан здоров'я серед дитячого населення до 1 року.

Інтеграція спектра клінічних заходів географічного регіону потенційно забезпечує своєчасний доступ до медичної допомоги на належному рівні для всього населення. Досягненню першочергової мети надання високого рівня медичної допомоги сприяє раннє та постійне оцінювання ризику для запобігання, розпізнавання та лікування станів, пов'язаних із материнською та новонародженою захворюваністю та смертністю.

Кваліфікаційний рівень підготовки лікарів-акушерів, неонатологів, анестезіологів, терапевтів впливає на якість надання медичних послуг породіллям. Не зважаючи на великий відсоток молодих спеціалістів у галузі охорони здоров'я, зокрема перинатальної допомоги, лікарі з високим досвідом та кваліфікацією сконцентровані у міських закладах. Актуальним залишається

підвищення кваліфікації сучасними освітніми програмами фахівців при невідкладній акушерській допомозі.

В Україні в даний час у багатьох населених пунктах, зокрема у сільській місцевості, не достатньо розвинута інфраструктура, а саме не якісне асфальтне покриття, та брак спеціалізованих автомобілей для реанімації пацієнтів після пологів, що спричинює низку ускладнень, через несвоєчасне надання кваліфікаційної перинатальної допомоги.

Реорганізація надання невідкладної першочергової допомоги породіллям на державному рівні та створення європейських практик сімейної медицини призведе до поліпшення надання перинатальної допомоги вагітним жінкам.

Метою роботи є визначення основних шляхів вдосконалення менеджменту та організації діяльності пологового відділення на базі Шосткинської центральної районної лікарні. Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

- аналіз теоретичних та методичних підходів щодо організації роботи перинатальної допомоги у інших країнах;
- вивчення складу, структури, напрямків управління закладом охорони здоров'я пологового відділення;
- визначення основних показників успішної роботи менеджерів лікарні;
- розроблення та обґрунтування комплексу заходів щодо підвищення рентабельності роботи управлінської ланки сфери охорони здоров'я перинатальної допомоги Шосткинської центральної районної лікарні.

Об'єктом дослідження є шляхи вдосконалення управління та діяльності пологового відділення на базі Шосткинської центральної районної лікарні. *Предметом дослідження* є теоретико-методичні засади вдосконалення управління та організації діяльності пологового відділення на базі Шосткинської центральної районної лікарні.

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання, системний підхід та методи логістичного аналізу. У роботі було використано ретроспективний аналіз, структурний аналіз, порівняльний аналіз.

РОЗДІЛ 1 ДОСВІД НАДАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В ІНШИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Охорона здоров'я, а особливо перинатальна галузь у пост регіоналізацію потерпає значних змін, як позитивних так і негативних, зокрема недостатнє фінансування з боку держави.

При появі спеціалізованих центрів надання перинатальної допомоги, а також чіткого плану стратегії розвитку медицини акушерської сфери та гінекології, оновлення обладнання у європейських країнах підвищився рівень якості надання допомоги. В останні роки при достатній кількості медичних учбових закладів, щорічно отримують дипломи велика кількість молодих спеціалістів. Але при дефіциті навичок та досвіду це призводить до великої кількості нещасних випадків при пологах. Тому актуальним залишається питання досвідчене управління та організація структури надання медичних послуг.

Зокрема після регіоналізації перинатальної допомоги важливу роль у підвищенні якості надання медичних послуг відіграє якість та швидкість транспортування пацієнта до пологового відділення, адже від цього залежить не одне життя [2].

Рівень дитячої смертності в Західній Європі, як правило, нижче, ніж в Сполучених Штатах, і ця обставина вже кілька десятиліть привертає увагу аналітиків політики охорони здоров'я. У той час спостерігалася тенденція до триваючого зниження рівня серед усіх промислово розвинених країн, проте відносний рейтинг Сполучених Штатів впав (Children's Defense Fund, 1987). Недавні несприятливі тенденції в деяких показниках здоров'я матері і дитини в США (Miller et al., 1986; Children's Defense Fund, 1987) загострили інтерес до того, як країни з найнижчими показниками соціального розвитку досягають їх.

Група перинатальних досліджень охарактеризувала систему охорони здоров'я кожної країни як монополістичну, плюралістичну або проміжну і відповідно розподілила відповідні відповіді на опитування. Монополістичні системи охорони здоров'я були визначені як ті, в яких допомога при вагітності та пологах надається виключно в таких установах, як поліклініки та пологові будинки в амбулаторних і стаціонарних відділеннях. У цих установах весь персонал приймається на роботу державою (Європейське регіональне бюро, 1985, стор. 7-8). У плюралістичних системах - допомога під час вагітності та пологів надається акушерками і лікарями в приватній практиці і, в меншій мірі, через медичні установи. Жінка відносно вільна у виборі того типу догляду, який їй потрібен (Регіональне бюро Європа, 1985, с. 8). Проміжні системи мають риси обох.

Країни, які характеризувалися як такі, що мають монополістичні системи охорони здоров'я, були виключені з цього аналізу, оскільки їх досвід навряд буде мати велике значення для політики США. На цій підставі Фінляндія і Швеція були виключені, незважаючи на те, що обидві країни мають значні досягнення в галузі охорони здоров'я та материнства і часто згадуються в міжнародних порівняннях, щодо надання послуг з охорони здоров'я матері і дитини (Wallace, 1975; Національний центр статистики охорони здоров'я, 1985). Майже вся допологова допомога в цих країнах надається в державних клініках, і жінки повинні народжувати в лікарні, яка визначається місцем проживання, обставинами, які не виникають у більшості випадків в Сполучених Штатах.

Визначення системи США як проміжної заслуговує багатьох позитивних відгуків. Хоча Національна служба охорони здоров'я діє з 1948 року, вагітні жінки можуть вибирати місце пологів, зберігається невеликий приватний сектор лікарів, і все більшого значення набуває приватне медичне страхування. Крім

того, лікарі, що працюють за контрактом з Національною службою охорони здоров'я, не є державними службовцями.

Важливо зазначити, що Іспанія та Ірландія входять в дослідну групу, адже вони менш забезпечені, ніж інші країни, але включені в дослідження. Обидві держави провели важливі реформи системи охорони здоров'я в останні роки і досягли нових вражаючих рекордів виживання немовлят. Також були виключені країни з населенням менше одного мільйона чоловік і країни з рівнем дитячої смертності вище, ніж в США (Всемирная организация здравоохранения, 1986).

Таблиця 1.1 – Показники смертності новонароджених у різних країнах Європи.

| Країна | Рівень смертності новонароджених | Низька маса тіла при народженні |
|------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Бельгія | 10.10 | 5 |
| Данія | 7.71 | 6 |
| Франція | 9.40 | 5 |
| Германія | 10.20 | 5 |
| Ірландія | 10.10 | 4 |
| Нідерланди | 8.40 | 4 |
| Норвегія | 7.90 | 4 |
| Іспанія | 9.60 | - |
| Швейцарія | 7.60 | 5 |
| США | 10.10 | 7 |

Дослідження допологової допомоги в Сполучених Штатах фокусуються на терміни - стадії вагітності, на якій відбувається перші відвідини лікаря, і кількості наступних відвідувань, - оскільки ці дані легко доступні в свідоцтвах

про народження. Даних про зміст дородових відвідувань мало (Інститут медицини, 1985). Оскільки критерії адекватності догляду були відсутні, вони засновані на кількості відвідувань на різних стадіях вагітності (Kessner, 1973).

Порівнянні дані для Європи зазвичай відсутні. Є дані про кількість дородових візитів до різних закладів надання медичних послуг, але явно відсутня інформація про час першого допологового візиту. Всі лікарі консультанти аргументують діагноз, не вдаючись до підтверджувальних даних, спираючись на те, що залучення жінок до першого допологового відвідування не є проблемою, тому що багато перинатальних пілг залежать від підтвердження вагітності та реєстрації її в відповідних офіційних органах, а реєстрація відбувається при першому відвідуванні. Основна увага в поліпшенні допологового догляду приділяється жінкам, які не повертаються після першого відвідування. Блондель повідомляє, що в досліджуваних країнах менше 2 відсотків породіль не отримували допологової допомоги.

Стандарти перинатальної допомоги встановлені для всіх країн і виражаються в правах на медичні послуги і соціальну підтримку. Кількість відвідувань, обстежень, лабораторних аналізів, процедур перевірки, відвідувань на дому, перерахування доходів та інших пілг вказано для кожної країни. У деяких країнах (наприклад, в Норвегії) кількість і зміст дородових відвідувань приймає форму санкціонованих урядом рекомендацій, а не правових норм.

Дослідницький комітет, який працює від імені Європейського економічного співтовариства, провів дослідження лікарень на предмет рекомендованих дородових відвідувань. Вважається, що відмінності між країнами надзвичайно великі (П. Букенс). Наприклад, у Франції та Німеччині шийку матки зазвичай досліджують під час дородових відвідувань; а в США такі обстеження проводяться тільки за особливим станом.

Багато країн намагалися скоротити лікарняні витрати, покладаючись на догляд на дому і амбулаторні відвідування. Ці стратегії вважаються менш дорогими, ніж стаціонарне лікування, але ретельний аналіз витрат і результатів зазвичай неможливий. Винятком є Нідерланди, де переглядаються витрати на велику програму післяпологових відвідувань на дому. У цьому огляді, відвідування на дому тривалістю до 8 годин на день протягом 10 днів (в середньому 64 години на кожні пологи) було скорочено до 7 днів. [3].

При проведенні останнім часом досліджень організацією акушерської допомоги в Європі по передчасним пологам, у рамках проекту в 10 містах Європи із загальною кількістю 490 000. Встановлювалась кількість медичних пологових закладів на 10 000 породіль. Таким чином при наданні медичної допомоги породіллям певна кількість дітей, які народилися з низькою вагою транспортували у певний спеціалізований заклад для реабілітації новонародженого.

Таблиця 1.2 – Надання акушерської допомоги у європейських країнах.

| Країна | Region | Кількість пологів 2000 рік | Кількість пологових стаціонарів | Стационари III рівня надання допомоги | Інші Стационари, які мають змогу приймати новонар. до 28 т. | Кількість пологових стаціонарів на 10 000 пологів | Кількість стационарів III рівня на 10 000 пологів |
|-----------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---|---|---|
| Бельгія | Flanders | 62 128 | 75 | 8 | Ні | 12,1 | 1,29 |
| Данія | Eastern Denmark | 35 000 | 12 | 2 | Так | 3,4 | 0,57 |
| Франція | Ile-de-France | 167 295 | 112 | 11 | Ні | 6,7 | 0,66 |
| Германія | Hesse | 58 817 | 81 | 12 | Ні | 13,8 | 2,04 |
| Італія | Lasio | 49 163 | 61 | 12 | Ні | 12,4 | 2,44 |
| Нідерланди | Eastern та Central | 40 000 | 25 | 2 | Ні | 6,3 | 0,50 |
| Польща | Wielkopolska та Lubuskie | 40 000 | 51 | 1 | Ні | 12,8 | 0,25 |
| Португалія | Nothern region | 44 521 | 19 | 8 | Ні | 4,3 | 1,80 |
| Велика Британія | Trent | 55 541 | 19 | 7 | Так | 3,4 | 1,26 |
| | Nothern region | 30 374 | 15 | 4 | Так | 4,9 | 1,32 |

У Португалії, Данії, Франції, Великій Британії на десять тисяч пологів відповідало п'ять з половиною медичних спеціалізованих закладів. Зокрема у Німеччині, Італії, Польщі, Бельгії більше десяти. Дослідження, проведене за проектом акушерської медичної допомоги показало, що дітей, які народилися на 24 – 31 тижні становить більше 63% серед таких країн, як Польща та Данія, більше 80% - у Німеччині, Італії, Португалії.

1.1 Особливості перинатальної допомоги

Перинатальна допомога після регіоналізації має певні аспекти, такі як трьохрівневий акушерський стаціонар, зі своїми кваліфікаційними повноваженнями та обмеженнями. З визначенням індивідуального діагнозу породіллі, визначається рівень медичного закладу. Це пов'язано з

перинатальним ризиком вагітної жінки, для забезпечення необхідних умов та медичних можливостей закладу для збереження здоров'я та життя породіллі та дитини.

Усі рівні перинатальної допомоги, у рамках регіоналізації в тому числі координація діяльності регулюється на державному рівні, а саме Інститутом педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук» (ІПАГ НАМН) України.

Смертність породіль і тяжкість пологів збільшується не тільки в Україні, а й за кордоном. До основних медичних причин смертності жінок при пологах відносяться серцево-судинні захворювання, інфекції та муніципально-акушерські ускладнення, такі як кровотеча, і вони вар'юються в часі відносно періоду вагітності. Не дивлячись на введення конкретних змін у клінічному обстеженні та ретельному періодичному огляді, можна вдосконалити систему та передбачити деякі ризики у зв'язку з пологами. Одним із пріоритетів реорганізації є створення рівнів. Метою рівнів перинатальної допомоги є зниження захворюваності та смертності включаючи існуючі диспропорції, шляхом заохочення до кваліфікаційного медичного зростання і дозрівання систем надання допомоги з урахуванням ризиків, специфічних для потреб материнського здоров'я.

Щоб стандартизувати повну і інтегровану систему перинатальної регіоналізації та догляду за матерями з урахуванням ризиків, ця система класифікації встановлює рівні материнської допомоги, які відносяться до базової допомоги (рівень I), спеціалізованої допомоги (рівень II), спеціалізованої допомоги (рівень III) і регіональні центри перинатальної допомоги (рівень IV).

При визначенні належного рівня допомоги, що надається медичним закладом, слід керуватися регіональними і державними установами охорони

здоров'я, національними керівними принципами акредитації та професійної організації, виявленими регіональними потребами в перинатальній медичній допомозі та регіональними ресурсами. Державні та регіональні органи влади повинні працювати разом з медичними установами в межах регіону і за участю спеціалістів акушерської допомоги, для визначення відповідної скоординованої системи допомоги та реалізації політики, яка просуває і підтримує регіональну систему допомоги. Дана співпраця підвищить безпечність пологів в своїх громадах, забезпечуючи підтримку та надання якісної акушерської допомоги.

Регіональна пренатальна допомога призначена для підтримки і розширення можливостей медичної допомоги шляхом розвитку, зміцнення і кращого визначення відносин між медичними установами в регіоні. У свою чергу, це має полегшити доступність консультацій та належного догляду, коли це необхідно, щоб жінки з низьким і середнім пренатальним ризиком могли залишатися в своїх громадах, в той час як вагітні жінки з високим перинатальним ризиком отримували допомогу в установах, які готові надати необхідний рівень спеціалізованої допомоги. Кожна установа повинна мати чітке уявлення про свою здатність справлятися з усе більш складними випадками післяполових ускладнень і має мати чітко визначений поріг для переведення жінок в установи охорони здоров'я, що пропонують більш високий рівень догляду.

В екстрених випадках слід використовувати найближчу лікарню відповідного рівня, якщо додаткові поїздки в лікарню більше високого рівня збільшують ризик нещасного випадку. Важливою метою регіоналізованої системи охорони материнства є забезпечення медичних установ рівня III або IV для навчання методам підвищення якості, підтримки високого освітнього рівня і аналізу випадків важкої захворюваності і смертності в лікарнях своєї регіональної системи.

Таблиця 1.3 - Функції та можливості закладів різних рівнів надання перинатальної допомоги

| Рівень | Характеристика допомоги | Основні положення |
|---|--|---|
| I рівень (базова допомога) На амбулаторному (догоспітальному) етапі – фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП), сільська лікарська допомога. На госпітальному етапі – пологові відділення міських лікарень | Інформування, щодо планування сім'ї, діагностика вагітності, обстеження, виявлення ризиків, надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним жінкам, породіллям, новонародженим. | Контроль за перебігом вагітності, визначення способу проведення пологів у зв'язку з індивідуальним підходом до пацієнтів. Безперервна лабораторна підтримка, проведення анестезії, рентгенологічного дослідження, ультразвукового дослідження, наявність крові, догляд за немовлятами. Підготовка вагітної або новонародженого до транспортування до закладу III рівня. |
| II рівень (спеціалізована) На амбулаторному етапі – медичні жіночі консультації у міських лікарнях та районних. На госпітальному етапі – міські пологові будинки, перинатальні центри II рівня, у т.ч. на базі міських | Надання медичної акушерської допомоги породіллям, вагітним жінкам та новонародженим з середнім рівнем перинатального ризику, з масою дитини більше 1500 гр. На госпітальному етапі стаціонарна медична допомога надається у відділенні патології вагітних, пологовому відділенні з ліжками | Заплановані оперативні акушерсько-гінекологічні втручання, реанімування тяжкохворих та транспортування. Забезпечення неонатальної допомоги пацієнткам. |

| | | |
|--|---|--|
| пологових будинків з кількістю пологів 1500 і більше на рік і радіусом обслуговування до 60 км. | інтенсивної терапії для жінок та новонароджених, відділенні неонатального догляду та лікування новонароджених лікарні інтенсивного лікування. | |
| III рівень регіональний перинатальний центр (високоспеціалізована) високоспеціалізована надання перинатальної допомоги. | Надання невідкладної медичної допомоги вагітним жінкам, породіллям з високим перинатальним ризиком, з випадками коли малюки народжуються з масою тіла до 1500 гр. | Надання невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги породіллям з високим ступенем ризику, аналіз діяльності перинатальних закладів усіх рівнів. Доставлення пацієнтів та новонароджених із закладів першого та другого рівнів. |

Одине з найбільш поширених питань за рівнями акушерської допомоги матерям, був пов'язаний з наявністю персоналу, особливо з вимогами до персоналу бути «доступним» або «присутнім» на місці. Постійна фізична присутність: зазначена особа повинна перебувати на місці надання перинатальної допомоги 24 години на добу, 7 днів на тиждень. Доступність означає, що зазначена особа повинна бути доступною 24 години на добу, 7 днів на тиждень для консультації і допомоги, мати можливість фізично бути присутнім на місці надання акушерсько-гінекологічної допомоги протягом періоду часу, який включає ризики і переваги для матері, плода або новонародженого з наданням допомоги. Подальше визначення цих тимчасових рамок має бути індивідуалізоване залежно від установи та регіону за участю закладів акушерської допомоги.

Якщо регіоналізація покращує медичний догляд, то впровадження рівнів акушерської допомоги повинно бути пов'язане зі зменшенням материнської захворюваності та смертності. Також повинно відбутися зрушення кількості тяжкохворих жінок в бік зменшення в установах рівня I і II. Таким чином, установи та регіональні системи повинні розробити методи для відстеження та діагностики, материнської захворюваності та смертності, щоб можна було виміряти ефективність роботи системи, використовуючи рівні перинатальної допомоги. Кількісна, якісна оцінка та реалістичність результатів повинна бути невід'ємною частиною характеристики ефективності системи.

Деякі жінки з високим ризиком серйозних захворювань, таких як інсульт, серцево-легенева недостатність або масивна кровотеча, можуть бути виявлені в допологовий період, таким пацієнтам слід народжувати в лікарні відповідного рівня. Приклади діагнозів породіль з підозрою на порушення спектра прирощення плаценти або жінок з важкими серцевими захворюваннями, такими як складні вади розвитку серця та легенева гіпертензія, ішемічна хвороба серця або кардіоміопатія. До інших менш передбачуваних, але гострих станів породіль відносяться прееклампсія з важко контрольованою гіпертензією, гемоліз, підвищене ферментовиділення печінки і синдром низької кількості тромбоцитів.

Поліпшення перинатальних результатів, які можуть бути досягнуті при раціональному використанні рівнів розподілу медичної допомоги, включають зниження показників тяжкої захворюваності і смертності, таких як інсульт, повернення в операційну, ускладнення від прирощення плаценти і незаплановані госпіталізації у відділення інтенсивної терапії. Частота випадків важкохворих пацієнтів може знизитися або переведена з лікарень рівня I і II на рівень III або IV. Отже, аналіз стану породіль та немовлят з постійним

моніторингом та оцінкою будь-якої регіональної системи охорони здоров'я має вирішальне значення для поліпшення процесів і результатів догляду.

Оперативний аналіз та актуальність визначення необхідності застосування певних медичних заходів для порівняння даних і результатів між рівнями перинатальної допомоги. Пропонуються дві концепції для реалізації з використанням рівнів перинатальної допомоги:

1) виявлення жінок з найвищим ризиком захворюваності

2) відповідність визначення діагнозу та перинатальної допомоги вагітним жінкам, породіллям та новонародженим.

При визначенні відповідного рівня допомоги, яку має надавати відповідний заклад, слід керуватися регіональними і державними установами охорони здоров'я, національними керівними принципами акредитації та професійної організації, виявленими регіональними потребами в перинатальній медичній допомозі та регіональними ресурсами.

Державні та регіональні органи влади повинні працювати разом з численними установами в межах регіону і за участю акушерської допомоги, щоб визначити відповідну скоординовану систему допомоги і реалізувати політику, яка просуватиме і підтримуватиме кваліфіковану систему допомоги.

Одним із кроків в реалізації підвищення рівня надання медичних послуг є розробка системи класифікації перинатальних послуг, відповідної конкретної держави або географічного регіону. Наступним кроком є встановлення певних рівнів у всіх установах, що надають перинатальну допомогу в рамках системи. Необхідна додаткова інформація, щоб допомогти оптимізувати впровадження, включаючи подальше розуміння передбачуваних перешкод на шляху впровадження в лікарнях і пологових підрозділах, визначення або розробку інструментів і ресурсів для усунення цих перешкод, а також виявлення

прикладів і передової практики успішної реалізації рівнів системи медичної допомоги.

Надання такої інформації іншим установам і системам, які знаходяться в процесі або планують впровадити систему медичного обслуговування, може прискорити соціально-економічний розвиток. Більш того, для реалізації вкрай важливо визначити, як найкраще забезпечити фінансування, що необхідне для встановлення рівнів системи перинатальної допомоги, як управляти різними програмами платників і як визначити, які фінансові моделі є найбільш стійкими. Важливим міркуванням, пов'язаним з фінансовими проблемами, є забезпечення того, щоб установи не піддавалися фінансовим «штрафам» за неналежне переведення жінки в установу вищого рівня.

1.2 Основні кваліфікаційні вимоги до персоналу перинатальної допомоги.

Оцінка результативності управління медичними організаціями повинна базуватися на ключових індикаторах здоров'я населення відповідних територій (регіонів) і найбільш значущих факторах, задіяних в процесі формування рівнів, обліку динаміки факторів, актуальних для конкретної території. Загальні успіхи в охороні здоров'я будуть досягатися, перш за все, шляхом системного управління оптимізацією формування обраних провідних показників здоров'я, адаптованих до умов життєдіяльності населення.

У світлі важливості виконання державних гарантій населенню з надання медичної допомоги в необхідному обсязі, з високим рівнем якості фахівці все більше уваги приділяють питанням ефективного управління. У зв'язку з цим є необхідність оцінки медичної організації з позицій її результативності та ефективності.

У середньому за статистичними даними вікова структура медичного персоналу, що характеризує вікову групу, якій відповідає велика частина медичних кадрів організації це 45-50 років, тобто фахівців, що мають досвід роботи і, одночасно з цим, перспективи для подальшого професійного і адміністративного зростання.

Стан кадрів у медичній організації визначається за допомогою наступних коефіцієнтів: коефіцієнт вибуття кадрів, який склав у попередніх роках приблизно 21,4%, коефіцієнт прийому кадрів - 32,9%, коефіцієнт стабільності кадрів - 93,2%, що підтверджує досить високий рівень організації управління медичними закладами. Важливим показником стану кадрового потенціалу організації є рівень кваліфікації окремих категорій працівників, особливо їх провідної групи (лікарського персоналу), так 63,5% лікарів (44,5% - вища, 9,5% - перша, 9,5% - друга) і 56,6% середнього медичного персоналу мають кваліфікаційні категорії.

Таблиця 1.4 - Кваліфікаційні вимоги та основні функції персоналу

| Посада | Кваліфікаційні вимоги | Функції |
|---------------|---|--|
| Лікар | З наявністю навичок надання невідкладної медичної акушерсько-гінекологічної допомоги. Зокрема, реанімація та інтенсивна терапія новонароджених. Раціональна оцінка стану породіль, застосування необхідних медичних дій, щодо поліпшення післяродового стану жінок. Досвід роботи з усім необхідним | Аналіз стану вагітної, породіллі або новонародженого, визначення лікувально-профілактичних заходів, щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги. Організація роботи персоналу, періодичне вдосконалення навичок, шляхом підвищення кваліфікації. |

| | | |
|----------------|---|---|
| | медичним обладнанням для відновлення та збереження здоров'я матері та дитини. | |
| Медична сестра | Досвід роботи з надання медичних акушерсько-гінекологічних послуг породіллям, реанімаційні послуги новонародженим, навички застосування медичних препаратів, об'єктивна оцінка стану жінки та дитини. | Вміння дбайливого та професійного поводження з породіллею та новонародженим, зокрема транспортування, надання відповідних реанімаційних заходів. Інформування персоналу про відповідний стан пацієнтів, ведення спеціалізованих документів стану породіллі та дитини. |

1.3 Необхідність безперервного навчання медичного персоналу пологового відділення

Регіоналізація послуг з перинатальної допомоги породіллям вимагає наявності доступних і скоординованих спеціалізованих послуг, неперервної професійної освіти для підтримки компетентності, полегшення можливостей транспортування, а також збору даних про перинатальні випадки для оцінки ефективності надання медичної акушерсько-гінекологічної допомоги, а також безпеку і ефективність нових методів лікування.

Оскільки стан здоров'я жінок і плодів може відрізнятися за ступенем важкості, напрямок до вдосконалення фахівців має бути організований таким чином, щоб задовольнити найбільші потреби породіллі та новонародженого. У деяких випадках з особливими потребами у реанімації, оптимальна координація догляду буде визначатися не географічним регіоном, а скоріше

наявністю певних знань (наприклад, послуги з трансплантації або хірургія плоду). Однак, не менш важливо, щоб жінки перебували під наглядом пологових будинків у відповідних громадах, якщо тільки фактори ризику або супутні захворювання не розвиваються так, що вказаний рівень необхідної допомоги виходить за межі можливостей цих пологових будинків. Регіоналізація та підтримка перинатальних служб у пологових будинках рівня I та II допоможе підтримувати такі медичні заклади, а не загрожує їх закриттям.

З розвитком інформаційних технологій, штучного інтелекту, модернізації обладнання, лікувально-діагностичної апаратури, виникає необхідність постійного вдосконалення навичок з надання медичної допомоги породіллям на новонародженим [4].

Щорічно відбувається оновлення приблизно п'яти відсотків теоретичних та більше двадцяти відсотків професійно-кваліфікаційних знань, щодо надання перинатальної допомоги. Медичний персонал повинен оновлювати свій освітній рівень задля ефективної та професійної діяльності. Існує такий термін, як старіння знань, при безперервній діяльності медичного фахівця, без оновлення освітніх програм діяльності, за літературними джерелами, цей період настає через п'ять років роботи [5,6].

Сфера медицини постійно розвивається. Щодня проводяться різні дослідження і аналіз, періодично виникає нова хвороба. Фраза «знання - сила» здається тут доречним, бо щоб бути попереду у вивченні та розумінні поточних подій, необхідно постійно розвиватися лікарям та вдосконалювати свої знання для перспективи розвитку та кваліфікаційної підготовки.

Нещодавно вірус Ковіду охопив велику кількість населення планети та набув глобального характеру. Незважаючи на те, що вже було багато інформації про причини і симптоми вірусу, лікар повинен мати можливість передавати своїм пацієнтам точну і правдиву інформацію про проблему зі здоров'ям та

можливості ускладнень. Для перинатальної сфери це найбільш актуальне питання, бо від спеціалізованої медичної допомоги під час пандемії залежить життя породіллі та новонародженої дитини. Отже, щоб залишатися на вершині кваліфікаційного рівня, потрібно вчитися, читати та набувати досвіду медичним працівникам.

Існує декілька видів освітніх послуг, серед них такі як:

1. Неформальна освіта – це професійно спрямовані та загальнокультурні курси, тематичні тренінги, майстер-класи тощо.

2. Інформальна освіта (загальний термін для освіти за межами стандартного освітнього середовища) – це індивідуальна пізнавальна діяльність, що супроводжує повсякденне життя і реалізується через власну активність людини [7].

Потреба керівників зкладів охорони здоров'я в розширенні своїх професійних компетенцій і лідерських якостей як ніколи висока. Зміни як в фінансуванні, так і в наданні допомоги продовжують відбуватися швидкими темпами, а знання і навички, необхідні для належного реагування на виникаючі проблеми, отримати нелегко. Тільки за допомогою цілеспрямованого постійного професійного розвитку та розвитку лідерських якостей керівники охорони здоров'я можуть бути впевнені, що володіють управлінськими і лідерськими навичками, необхідними для ефективного обслуговування пацієнтів, організацій і співтовариств.

Прихильність професійному розвитку і розвитку лідерських якостей також має вирішальне значення для кар'єрного успіху керівників охорони здоров'я. У міру появи нових моделей надання допомоги пацієнтам традиційні кар'єрні сходи поступаються місцем новим шляхам в охороні здоров'я, які включають всі аспекти континууму охорони здоров'я. Постійне прагнення до зростання готує керівників охорони здоров'я до відкриття кар'єрних можливостей.

Професійні медсестри та акушери отримують свою кваліфікацію і свою сертифікацію, як свідоцтво компетентності, знань, навичок і здатності чинити безпечний і ефективний акушерський догляд або медичне обслуговування, таким чином, придатним для практики. Однак існує безліч проблем, пов'язаних з розвитком технологій, економічною ситуацією і багатогранним характером системи охорони здоров'я, які вимагають компетентних, відданих своїй справі і мотивованих працівників. Тому спеціалісти повинні використовувати можливості навчання, щоб відповідати чинним стандартам за допомогою навчання протягом усього життя (McMaster et al, 2018).

Фактично, лікарі перинатальної допомоги є частиною професій, які швидко змінюються за складністю і технологіями (HealthStream 2017), тому акушерам-гінекологам, лікарям, необхідна звичка безперервного навчання. Досвідчена медсестра повинна бути готова перейти зі своєї традиційної практики в практику, засновану на поточних фактичних даних. Практика, заснована на фактах, включає в себе кроки, яким легко навчитися, але які можуть бути складними. Перинатальна справа - це професія, яка вимагає великих навичок і тісного контакту з породіллями в швидко мінливих технологіях. Беручи до уваги делікатне становище, не можна дозволити собі діяти, не знаючи і не оновлюючи себе в зв'язку з швидкими перетвореннями і оновленнями, які відбуваються кожного разу в інформаційному світі охорони здоров'я.

Ведення пацієнтів вийшло за рамки рутинного застосування традиційних методів і загальної практики до індивідуалізації лікування, заснованої на практиці та фактах. Проте, через індивідуальність, те, що могло спрацювати для пацієнта А, може бути не застосовується до пацієнта В. Це призводить до деяких обмежень в застосуванні відповідної практики, основаної на доказах, у всіх випадках, так як може знадобитися врахування багатьох факторів. Проте, навчання протягом усього життя і практика, заснована на фактичних даних, дає

безліч переваг для досягнення кращих результатів у медичній сфері та в поєднанні з досвідом медичного працівника. Акушери-гінекологи повинні постійно брати участь в безперервній освіті, яке може бути в різних формах, включаючи навчання без відриву від виробництва, самостійне навчання, відвідування професійних курсів і конференцій, незважаючи на щільний графік роботи за професією.

Навчання також - це зміна поведінки, яке відбувається в результаті дії або досвіду у відповідності з теорією поведінки. Це серія дій, в яких людина пов'язує нову думку або ідею зі своїм попереднім досвідом, щоб отримати розуміння та дати точну оцінку стану пацієнта, це визначено когнітивною теорією (Timmons, 2014 року). Існують різні форми навчання, які включають формальне навчання, що відбувається в організованій структурі, яка може бути офіційно визнана. Неформальне навчання, що відбувається в основному на робочих місцях, характеризується як навички, але фактично не визначається як навчання.

Неформальне навчання, здійснюється повсякденній діяльності, отримане у вигляді досвіду. Щоб добре вчитися медичному персоналу, він повинен бути активними в дослідженнях, пошуку знань і спілкуванні. У навчання є дві основні концепції. Першу розглядають навчання як важливий безперервний процес, який може не мати цілі, але бути корисним. Друга концепція розглядає навчання як функціональне для конкретної мети у межах спеціалізованого навчального закладу.

Одна з рушійних сил в навчанні протягом усього життя - цінувати навчання і досягати бажаних цілей. Бажаний результат - поліпшити медичні навички та підвищити кваліфікаційний рівень. Проте цьому процесу заважають брак часу, стрес, втому і рутинні заняття. Необхідно відзначили, що деякі поняття, які

впливають на навчання протягом усього життя, включають інтелект людини, духовність, фізичні і розумові здібності [8].

1.4 Сучасні підходи до управління якістю надання перинатальної допомоги

Управління персоналом, який надає перинатальну допомогу, стало популярним методом інтеграції систем охорони здоров'я з метою зниження витрат і підвищення якості. Оскільки витрати на вагітність з високим ризиком і витрати на відділення інтенсивної терапії новонароджених є одними з найвищих витрат в охороні здоров'я, управління медичною допомогою стало стратегією, впровадженою в перинатальній медицині для досягнення тих же цілей.

Відносно інших галузей охорони здоров'я, управління перинатальної допомогою в даний час не має узгодженої моделі практики або методу оцінки того, як були досягнуті цілі [9,10].

У той час як деякі програми управління медичною допомогою змогли знизити витрати і поліпшити результати, інші програми цього не зробили. Можливо, існують дві причини різних результатів в літературі. По-перше, існують відмінності в шаблоні програм, що знижує ймовірність виявлення конкретних втручань, які можуть мати значення. По-друге, до цих пір дослідники використовували не ефективні плани досліджень при оцінці програм управління медичною допомогою [11,12].

Необхідно провести додаткові дослідження, перш ніж можна буде зробити висновок про те, чи може система управління перинатальної допомоги знизити економічні витрати при одночасному підвищенні якості.

Материнська смертність під час пологів має дуже високі показники, у зв'язку з даними обставинами уряд держави поставив завдання покращити

умови для породіль та жінок репродуктивного віку, шляхом вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги (ЯМД) [13].

Якість медичної допомоги враховує високі кваліфікаційні послуги лікарів перинатальної сфери, доступність для всіх верств населення, не висока вартість послуг з високою результативністю.

В Україні прийнятий закон, в якому затверджений порядок проведення реформування системи охорони здоров'я, від 07.07.2011 р. У зв'язку з даним законом поставлені наступні завдання [13]:

1. Збереження та підтримка належного стану породіль та новонароджених дітей.
2. Створення доступності до медичних послуг жінкам репродуктивного віку.
3. Збільшити рівень задоволення медичними послугами суспільство.
4. Зниження рівня смертності серед вагітних жінок та дітей.

За умов реорганізації системи управління медичною галуззю, можливе скорочення організаційних невдоволень можна скоротити на 90%.

У відповідності зі статистичними даними в Україні низький рівень задоволеності рівнем надання медичних послуг (показник ефективності роботи приблизно дорівнює 56%).

ВООЗ згідно з відповідними програмами та документами на 2006-2015 роки, визначило, що покращення якості надання медичних послуг можливе з постійним вдосконаленням та плідною працею для забезпечення результативності роботи перинатальної галузі [14].

Якість визначається як «ступінь, в якій щось відповідає очікуванням споживачів або перевершує їх». Точне визначення якості може варіюватися в залежності від галузі та організації. Процеси і вимірювання, які використовуються для забезпечення якості в невеликій організації, повністю

відрізняються від засад і протипаг, необхідних для контролю якості в строго регульованих галузях, таких як фармацевтика або виробництво медичних пристроїв.

Якість - це динамічна концепція, яка в кінцевому підсумку визначається очікуваннями і задоволенням потреб населення. Система надання якісних послуг покликана надати організаціям основу для створення і підтримки відносин з суспільством, розуміючи переваги і потреби населення.

Одна з найбільш широко застосовуваних у світі СМК, ISO 9001: 2015 року, включає ряд принципів якості, які часто відображаються в інших стандартах:

Орієнтація на населення:

- лідерство
- залучення кваліфікаційних спеціалістів
- процесний підхід
- безперервне поліпшення, освіта
- прийняття рішень на основі фактів управління відносинами.

Для досягнення віще вказаних принципів організації повинні прийняти серію міждисциплінарних заходів контролю якості. Дев'ять основних елементів повинні включати цілі в області якості, настанова з якості, відповідальність організації, управління даними і інші методи.

СМК повинна включати чітку і оновлену модель структури організації і обов'язків всіх співробітників в організації. Документація по структурі і обов'язків повинна включати наочні керівництва, такі як блок-схеми і чітку документацію [15,16].

В контексті системи управління, перинатальна допомога має чітко окреслений шлях вдосконалення, шляхом організації:

1. Кваліфікованого персоналу.
2. Модернізованого устаткування.

3. Сучасної інформаційні системи.
4. Моніторинг якості медичних послуг.
5. Постійна модернізація діагностичного обладнання.
6. Системний документообіг.

Таблиця 1.5 - Класичний підхід для управління якістю надання медичної допомоги (A.Donabedian)

| Структура | Процес | Наслідок |
|---|---|---|
| Стабільна складова | Варіабельна складова | Варіабельна складова |
| ЗОЗ персонал обладнання джерела фінансування | Надання медичної допомоги | Зміна існуючого та майбутнього стану здоров'я пацієнта у порівнянні з попереднім |
| БПЯ: ресурси мають відповідати стандартам | БПЯ: відповідність того, що зроблено, тому, що має бути зроблено | БПЯ: покращення або стабілізація стану |

До основних напрямів БПЯ належать: планування якості, забезпечення якості, управління якістю і поліпшення якості.

Центральним стандартом управління є ISO 9001, який є самотутньою моделлю системи якості. Важко уявити собі будь-яку сучасну організацію, в якій увага вищого керівництва та співробітників не концентрувалась на впровадженні та вдосконаленні системи якості управління, заснована на чинному ISO 9001. На думку деяких авторів, зусилля, спрямовані на підвищення ефективності організації медичного закладу відбувалися завдяки стандартизації управління. Однак процес вдосконалення та залучення

працівників шляхом впровадження системи управління якістю також може успішно застосовуватися в усіх ланках та сферах ситеми управління [2, 17,18].

За останні пару десятиліть – найбільше видатні науковці, дослідники та практики вивчають роль, якості надання послуг в організаціях охорони здоров'я. Різні дослідники намагалися розробити вдосконалену систему управління, яка допомогла б знайти оптимальний спосіб піклування про кожную людину індивідуально. Однак, незважаючи на його розповсюдженість за літературними джерелами, якість медичних послуг не була повністю визначена. В умовах постійної модернізації та інноваційності медичної сфери необхідний постійний контроль до вдосконалення системи [19,20,21].

Більшість авторів сходяться на думці, що сектор охорони здоров'я глибоко відрізняється від інших сфер надання послуг. Таким чином, можна виокремити декілька чинників:

1. По-перше, медичні послуги специфічні через фізичне та психічне залучення пацієнтів до процесу надання послуг. Іншими словами, надання медичних послуг базується на безперервній взаємодії між професіоналами сфери охорони здоров'я (лікарів або медиків техніків) та пацієнта.

2. Взаємовідносини між пацієнтами і медичним персонал є основою для створення вхідних даних процесу. Пацієнти будуть співпрацювати зі спеціалістом, а отже будуть отримувати певного рівня послуги від медичного персоналу.

3. Оплата та надання послуг - це два абсолютно окремі види діяльності в галузі охорони здоров'я.

4. Послуги охорони здоров'я характеризуються складністю зв'язків та взаємодій між пацієнтами, клієнтами, лікарями та іншими медичними працівниками, постачальниками медичного та немедичного обладнання,

матеріалами та ресурсами, медичним страхуванням, законодавчими та іншими контролюючими органами [22,23,24].

До планувальних заходів ЯМД входить комплексний підхід, щодо вивчення та контролю причин не ефективності заходів для поліпшення якості надання медичних послуг [25,26-32].

Охорона здоров'я матері і дитини є пріоритетним напрямком державної політики в нашій країні, для реалізації якої діють програми «Нове життя - нова якість охорони здоров'я матері і дитини» і «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року». Наслідки перенесених в перинатальному періоді захворювань є актуальною медико-соціальною проблемою, яка набуває особливого значення на тлі сучасних демографічних змін в Україні. Згідно з даними ВООЗ, на сьогоднішній день кожен 20-й дитина має певні порушення нервово-психічного розвитку внаслідок несприятливих перинатальних факторів, для усунення яких потрібні спеціальні медичні заходи. В Україні в останні роки складається неблагополучна демографічна ситуація - з року в рік скорочується дитяче населення, природний приріст населення має негативний показник. Підвищується рівень захворюваності та інвалідності серед дітей. За даними ВООЗ, щорічно в світі помирає близько 5 млн новонароджених [37,38].

Крім того, існують стани, при яких виникає необхідність в реанімаційній допомозі при народженні, - гіпоксія плода, передчасне народження, внутрішньоутробна інфекція плода і сепсис новонародженого, розлади дихання, вроджені вади розвитку і т.д. [39,40-42]

Перспективи та шляхи зниження неонатальної смертності:

- підвищення якості медичної допомоги вагітним, породіллям та новонародженим;
- проведення конфіденційного клінічного перинатального і неонатального аудиту;

- продовження розробки уніфікованих клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги на підставі даних доказової медицини;
- розробка і впровадження індикаторів якості перинатальної допомоги;
- підвищення рівня професійних знань шляхом впровадження безперервної післядипломної освіти [43,44].

Клінічний перинатальний аудит - процес поліпшення якості медичної допомоги шляхом систематичної оцінки надання медичної допомоги на підставі даних конфіденційного аналізу випадків перинатальної смертності з обґрунтуванням і внесенням відповідних змін і доповнень на індивідуальному, колективному і організаційному рівнях (наказ МОЗ України від 19.02.2009 р № 102 / 18).

Загальні принципи стабілізації стану, транспортування та інтенсивної терапії новонароджених [45,46]:

1. Рання дихальна підтримка, переважно з використанням постійного позитивного тиску в дихальних шляхах (Continuous Positive Airway Pressure [CPAP]) і неінвазивної штучної вентиляції легенів (ШВЛ).

2. Ранній початок ентерального харчування молозивом в залежності від толерантності або мінімальне трофічне харчування з 2-3-х діб при важкому стані дитини, що знаходиться на ШВЛ.

3. Рання (в перші 2 год життя) сурфактант-замісна терапія недоношеної дитини при наявності респіраторного дистрес-синдрому.

4. Постійний неінвазивний кардіореспіраторний, лабораторний, клінічний, інструментальний моніторинги стану життєво важливих функцій організму дитини.

5. Гуманізація інтенсивної терапії.

6. Використання ефективних і безпечних втручань у новонароджених.

7. Застосування фізіологічних і медикаментозних методів знеболення при проведенні інвазивних процедур.

8. Контакт з матір'ю, яка здійснює догляд і годування.

9. Психологічна підтримка.

10. Консультація невролога.

11. Діагностика та корекція ретинопатії.

12. Відлуння-скринінг - контроль слуху.

Індикатори якості перинатальної допомоги:

- доступність медичного спостереження та медичної допомоги;
- народження здорової дитини;
- інформованість матері і членів сім'ї;
- рання постановка вагітної на облік;
- УЗД в установлені строки;
- преконцепційна профілактика;
- задоволеність з боку матері.

Аудит (від лат. Audit - слухає) або аудиторська перевірка - процедура незалежної оцінки діяльності організації, системи, процесу, проекту або продукту.

Перинатальний аудит - систематичний критичний аналіз якості перинатальної допомоги, рівня надання медичних послуг в родопомічних закладах.

Перинатальний аудит повинен бути постійно чинним процесом поліпшення якості медичної допомоги на рівні будь-якого регіону: після первинного аудиту, прийняття організаційних рішень, впровадження нових організаційних і лікувально-діагностичних технологій проводиться наступний етап аудиту на новому рівні.

Однак перинатальний аудит слід розуміти в більш широкому сенсі: в нього

входить не тільки аналіз перинатальних втрат, але і аудит акушерських втрат (материнської смертності), оскільки мати і дитя нероздільні. Крім того, з огляду на, що витoki дитячих втрат, як правило, також лежать в перинатальному періоді, слід провести їх аналіз. В процесі аудиту слід проаналізувати всі фактори і проблеми, які потенційно можуть привести до материнської або дитячої смертності: організаційні, кадрові, лікувально-діагностичні, технологічні і навіть соціально-психологічні. Для цього необхідний серйозний аналіз випадків важких ускладнень ледь не загиблих пацієнток (near miss), щоб знайти шляхи запобігання фатальних випадків. Викладені загальні принципи перинатального аудиту, які передбачають також і аудит акушерський.

Перинатальний аудит території включає не тільки аудит окремих установ, але і аналіз існуючої системи організації пологової служби, дитинства та показників території, а також облік специфічних особливостей кожної території.

В основу створення такої системи покладені діючі в країні нормативні документи, розроблені Міністерством охорони здоров'я. Для служби акушерської допомоги це, перш за все, порядок надання медичної допомоги за профілем «акушерство і гінекологія». Вдосконалення системи управління представлене на (рис.1.1).



Рисунок 1.1 - Схема безпервного поліпшення якості Джерело: побудовано автором, на основі [1]

Всі данні які аналізуються та збираються при аудитах, опитуваннях, необхідно постійно впроваджувати у безпосередній процес управління медичним закладом [47].

РОЗДІЛ 2 УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Міжнародний інститут комунікації та розвитку (МІКР) працює в 9 країнах світу, зокрема у Африці та Латинська Америці. МІКР з 1998 року підтримує організації з впровадженням інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) для розвитку та зменшення показника бідності, а також для підвищення показників у секторі охорони здоров'я. Останні роки вони підтримували проекти в Малі, Танзанії, Уганді та Замбії, щодо системи охорони здоров'я. МІКР бачить важливість децентралізації у системі управління закладами охорони здоров'я та актуальність отриманої інформації, щодо розповсюдження системи надання медичної допомоги населенню і в інших державах.

Ось чому актуальність дослідження дуже висока і в Україні, адже визначити проблеми, які необхідно вирішити при впровадженні інформаційних технологій у формі інформаційної системи управління у лікарнях районного рівня в країнах, що підтримується децентралізація. Об'єктивна та швидка оцінка системи управління медичним закладом необхідна для злагодженої роботи уряду будь-якої країни.

Згідно з аналізом впровадження інформаційних технологій у сферу охорони здоров'я підвищилась швидкість збору даних для обробки звітності по якості надання медичних послуг, результативність та ефективність завдяки кращому управлінню даними пацієнтів. Поділ системи надання медичних послуг на рівні сприяв зменшенню показників смертності у зв'язку зі ускладненнями при пологах та після пологовий період.

Здоров'я населення є найвищою цінністю, необхідним компонентом розвитку і соціально-економічного зростання країни. Саме тому створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожного громадянина та досягнення адекватних стандартів якості життя і благополуччя населення одне з

основних завдань Стратегії сталого розвитку «Україна-2020». Затвердженої Указом Президента України від 12 січня 2015 р., та частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом [48].

Ефективне управління охороною здоров'я вимагає володіння новітніми знаннями і навичками. Проблематика навчання менеджменту сьогодні особливо актуальна у зв'язку з реалізацією Концепції реформи національної системи охорони здоров'я. Метою якої є поліпшення здоров'я громадян через надання вільного вибору медичної організації і лікаря, впровадження нових фінансових моделей та економічних стимулів для постачальників медичних послуг [49,50-56].

2.1 Порядок регіоналізації перинатальної допомоги в Україні

Регіоналізація - це розподіл медичних організацій в масштабах області за трьома рівнями надання перинатальної стаціонарної допомоги жінкам і новонародженим у відповідності із ступенем ризику перебігу вагітності та пологів. Організації охорони материнства і дитинства, розподілені за рівнями надання перинатальної допомоги, відрізняються різною забезпеченістю лікувально-діагностичним обладнанням, укомплектованістю медичним персоналом, собівартістю медичної допомоги та можливостями лабораторно-діагностичного обстеження.

Регіоналізація передбачає вирішення наступних завдань:

- 1) розподіл організацій охорони материнства і дитинства за трьома рівнями надання перинатальної допомоги в кожній окремо взятій області;
- 2) визначення обсягу, що надається перинатальної допомоги відповідно до рівня організацій охорони материнства і дитинства.

3) розробку положення, щодо госпіталізації і правила транспортування вагітних жінок в організації охорони материнства і дитинства 1-го, 2-го і 3-го рівнів у залежності від ступеня ризику вагітності і пологів [57].

2.2 Мета і завдання пологового відділення.

Загальний стан медичних закладів, що надають первинну медико-санітарну допомогу (далі - ПМСД) відіграють провідну роль в наданні антенатального догляду вагітним жінкам. На всіх рівнях ПМСД, починаючи з медичного пункту необхідно здійснювати диспансерне спостереження жінок під час вагітності відповідно до групи ризику, надавати долікарську медичну допомогу за показаннями, своєчасно направляти в лікарську амбулаторію для надання первинної медико-санітарної допомоги з подальшим ретельним спостереженням і якісної акушерсько гінекологічною допомогою на рівні жіночих консультацій (кабінетів).

З метою якісного надання акушерсько гінекологічної допомоги вагітним жінкам з «групою ризику», роділлям та породіллям необхідно строго дотримуватися етапності госпіталізації жінок по трирівневій системі. Планова госпіталізація вагітних здійснюється за направленням лікаря загальної практики лікарської амбулаторії або лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації, консультанта на відповідний рівень в залежності від ступеня ризику. Вагітні жінки з певною «групою ризику» завчасно госпіталізуються в організації охорони материнства і дитинства [57].

РОЗДІЛ 3 ШОСТКИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ

Шосткинська центральна районна лікарня – це комунальний заклад, який надає первинну, вторинну (спеціалізовану) або консультаційно-діагностичну медичну допомогу пацієнтам [58]. Зокрема забезпечує взаємозв'язок та сполучення між іншими закладами охорони здоров'я. Заклад охорони здоров'я знаходиться у власності Шосткинської об'єднаної територіальної громади (Шосткинської міської ради).

Трирівнева система підрозуміває розподіл медичних послуг між організаціями охорони материнства і дитинства. Кожна область розробляє свою схему регіоналізації з урахуванням територіальних, матеріально-технічних і кадрових можливостей служби охорони материнства і дитинства регіону. При цьому необхідно пам'ятати, що жінки з фізіологічним перебігом вагітності можуть народжувати в організаціях охорони материнства і дитинства будь-якого рівня. Новонароджені, які потребують хірургічної допомоги і з вродженими вадами розвитку, госпіталізуються в спеціалізовані хірургічні відділення обласних дитячих лікарень з викликом транспорту.

Комунальний заклад «Шосткинська центральна районна лікарня» є закладом, на який покладено функції органу управління охороною здоров'я Шосткинської ОТГ (Україна, Сумська область, місто Шостка, вулиця Щедрина, будинок 1, поштовий індекс: 41100).

Основною метою діяльності Закладу є надання первинної, вторинної (спеціалізованої) консультативно-діагностичної медичної допомоги населенню. Забезпечення населення доступною, своєчасною, якісною та ефективною медичною допомогою. Здійснення іншої діяльності, необхідної для належного забезпечення профілактики, діагностики і лікування хвороб. Забезпечення

дотримання наступності та послідовності у наданні медичних послуг населенню із закладами охорони здоров'я та установами, що надають первинну медико-санітарну допомогу, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та екстрену медичну допомогу (медичний маршрут пацієнта) [58].

I. Перший рівень перинатальної допомоги. Організації першого рівня надають кваліфіковану медичну допомогу жінкам з неускладненою вагітністю і пологами в терміні понад 37 тижнів. Пологові будинки першого рівня, крім базового оснащення (мінімальний перелік оснащення) повинні мати в наявність обладнання для реанімації новонароджених, палату інтенсивної терапії (не менше 3 ліжок) з наявністю СРАР (обладнання для забезпечення позитивного тиску в легенях), а також клінічну та бактеріологічну лабораторії.

II. Другий рівень перинатальної допомоги. Організації другого рівня надають кваліфіковану та спеціалізовану медичну допомогу жінкам з неускладненою вагітністю та пологами, з помірним ризиком вагітності і пологів, а також з передчасними пологами при терміні гестації більше 34 тижнів. Організація допомоги породіллі другого рівня крім базового оснащення повинні мати відділення реанімації та інтенсивної терапії новонароджених (не менше 3 ліжок) з повним набором для реанімації, 3-4 системи СРАР, ШВЛ, 2-3 кувеза, а також клінічну і бактеріологічну лабораторії. У штатному розкладі необхідно передбачити цілодобовий пост неонатолога.

Показаннями для госпіталізації на другий рівень надання медичної допомоги є:

- 1) передчасні пологи при терміні більше 32 тижнів вагітності;
- 2) обтяжений акушерський анамнез (звичне невиношування, цервікальна недостатність, безпліддя, багатоводдя, рубець на матці);

- 3) загроза переривання вагітності в разі неефективного лікування на I-му рівні перинатальної допомоги;
- 4) прееклампсія легкого ступеня;
- 5) багатоплідна вагітність без інших ускладнень;
- 6) анемія середнього ступеня; артеріальна гіпертензія 1 ступеня;
- 7) акушерські або гінекологічні операції на матці при анамнезі;
- 8) первістки у віці 35 років і вище без обтяженого акушерського анамнезу;
- 9) зловживання алкоголем, курінням, наркотичними речовинами, іншими лікарями;
- 10) специфічні сечостатеві інфекції (хламідіоз, мікоплазмоз, цитомегаловірусна і герпесвірусна інфекції і т.д.);
- 11) тазове передлежання плода.

Показання для переведення новонароджених на третій рівень:

- 1) новонароджені з важкими порушеннями дихання та іншими ускладненнями, пов'язаними з передчасним народженням, які потребують штучної вентиляції легень;
- 2) новонароджені з інфекційними захворюваннями, родовими травмами, що вимагають спеціального або інтенсивного догляду.

У разі неможливості переведення непрофільної породіллі і народження хворого або з масою тіла менше ніж 1500 грамів новонародженого в установу другого рівня, крім перерахованих вище заходів, входить проведення адекватної медичної допомоги та інтенсивної терапії відповідно до протоколів, за винятком захворювань, які вимагають негайного хірургічного втручання.

III. Третій рівень перинатальної допомоги (Перинатальні центри, Обласні лікарні та ін.). Організації третього рівня надають спеціалізовану медичну допомогу вагітним жінкам з високим ризиком перинатальної патології,

ускладненими пологами, а також передчасними пологами при терміні гестації тиждень + 6 днів, які потребують спеціалізованої допомоги.

В організаціях даного рівня можуть бути також госпіталізовані жінки з не ускладненою вагітністю та пологами. Третій рівень надає всі види медичної допомоги вагітним, породіллям, породіллям та хворим новонародженим, які потребують спеціалізованої акушерської та неонатальної допомоги. В тому числі недоношеним новонародженим з масою тіла 1500,0 грам і менше, переведених з закладу охорони здоров'я нижчого рівня.

Показаннями для госпіталізації на III рівень є вагітні, групи високого ризику:

- 1) з передчасними пологами з терміном гестації менше 32 тижнів;
- 2) з преєклампсією важкого ступеня, еклампсією;
- 3) з передчасним відшаруванням плаценти;
- 4) з акушерськими кровотечами;
- 5) з багатоводдям;
- 6) передчасні пологи в разі допологового відходження вод при терміні вагітності менше 32 тижнів;
- 7) екстрагенітальні захворювання важкої стадії;
- 8) із затримкою внутрішньоутробного росту плода;
- 9) первістки у віці 35 років і старше з обтяженим акушерським анамнезом;
- 10) з попереднім ускладненим кесаревим розтинув або 2 і більше кесаревих розтинів в анамнезі;
- 11) з резус ізоімунізація;
- 12) з вродженими аномаліями плода;
- 13) індуковані пологи (при терміні гестації менше 32 тижнів);
- 14) загибель плода, антенатальна і неонатальна смерть або передчасні пологи в анамнезі;

15) поперечне положення плода.

Організація охорони материнства і дитинства третього рівня відповідно до госпіталізуємих контингентом породіль і новонароджених повинні бути оснащені сучасними дорогими обладнанням і лікарськими засобами, укомплектовані фахівцями відповідно до штатних нормативів, затверджених уповноваженим органом в галузі охорони здоров'я. Організації третього рівня повинні мати відділення реанімації (не менше 6 ліжок) та інтенсивної терапії для виходжування хворих новонароджених (окремо для доношених і недоношених), цілодобовий неонатальний пост, а також експрес - і бактеріологічну лабораторії.

Транспортування та госпіталізація вагітних жінок в організації охорони материнства і дитинства. Транспортування вагітних, породіль і новонароджених повинна проводитися силами організацій другого і третього рівня за принципом «на себе» спеціалізованим транспортом. У випадках неможливості перевезення пацієнта до закладу вищого рівня повинна бути надана консультативна допомога на місці фахівцем з більш високого рівня, аж до оперативного втручання. Перевезення повинні забезпечуватися в реанімобілі або в транспорті, оснащеному системою обігріву та транспортним кувезом.

3.1 Менеджмент закладу Шосткинської лікарні пологового відділення

Управління Шосткинською центральною районною лікарнею здійснює головний лікар, який обирається на конкурсній основі міським головою, за контрактом [59].

У пологових відділеннях управління спрямоване на полегшення догляду за матерями, новонародженими та членами сім'ї. Як в даній сфері, так і в інших підрозділах медичного догляду, інструменти управління сприяють організації,

плануванню, координації, делегуванню або наданню допомоги, нагляду, прогнозуванню та забезпеченню ресурсів, навчанню медичного персоналу роботи в команді, розробці освітніх заходів з членами сім'ї, взаємодії з іншими професіоналами та використання простору координації та ведення переговорів, що дозволяє здійснити кваліфікаційний допомогу.

Фінансування Закладу:

- фінансування діяльності Закладу здійснюється у встановленому порядку, за рахунок місцевого бюджету міста Шостка, бюджетів інших рівнів, а також інших джерел, не заборонених законодавством України;

- перевірка та ревізія порядку використання майна, господарської та фінансової діяльності Закладу здійснюється спеціально уповноваженими органами виконавчої влади у визначеному законодавством порядку.

Заклад здійснює оперативний облік, веде статистичну та медичну звітність і подає її органам, уповноваженим здійснювати контроль за відповідними напрямками діяльності Закладу у визначеному законодавством порядку.

Керівництво Закладу несе відповідальність перед Шосткинською міською радою та перед іншими органами за достовірність та своєчасність подання статистичної та іншої звітності.

3.2 Результати роботи Шосткинської центральної районної лікарні за 2019 рік та пологового відділення.

У порівнянні з 2018 роком чисельність населення зменшилась.

Зміна чисельності населення виглядає таким чином, таблиця 3.1, 3.2.:

Таблиця 3.1 - Постійного населення:

| | 2018 р. | 2019 р. | Зміна показника | |
|------------------|---------|---------|-----------------|-------|
| | | | Абс.число | % |
| Всього населення | 96414 | 95159 | -1255 | -1,30 |

| | | | | |
|------------------------|-------|-------|------|-------|
| місто (Шостка+Вороніж) | 83074 | 82084 | -990 | -1,19 |
| м.Шостка | 76006 | 75121 | -885 | -1,16 |
| смт Вороніж | 7068 | 6963 | -105 | -1,48 |
| села району | 13340 | 13075 | -265 | -1,99 |

Таблиця 3.2 - Наявного населення:

| | 2018 р. | 2019 р. | Зміна показника | |
|------------------------|---------|---------|-----------------|-------|
| | | | Абс.число | % |
| Всього населення | 96080 | 94825 | -1255 | -1,31 |
| місто (Шостка+Вороніж) | 82874 | 81884 | -990 | -1,19 |
| м.Шостка | 75909 | 75024 | -885 | -1,17 |
| смт Вороніж | 6965 | 6860 | -105 | -1,51 |
| села району | 13206 | 12941 | -265 | -2,0 |

Як видно з вищевказаних таблиць, по відношенню до 2018 року у цілому постійного населення зменшилось в цілому на 1,30% та наявного на 1,31%.

Треба відмітити, що на фоні зменшення чисельності населення в цілому на 1,30%, зменшення мешканців смт Вороніж на 1,48%.

Мешканців сіл району зменшилось на 1,99%, тобто в 1,7 рази більше, ніж мешканців міста.

Основні демографічні показники району представлені в таблиці 3.3, 3.4, 3.5(на 1000 населення):

Таблиця 3.3 – Народжуваність

| Роки | Серед міських жителів району | Серед сільських жителів району | Серед усього населення району | Показник Сумської області серед всього населення |
|------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|
| 2017 | 5,69 | 1,41 | 5,10 | 7,30 |
| 2018 | 5,20 | 0,91 | 4,61 | 6,50 |
| 2019 | 5,19 | 0,15 | 4,50 | |

Таблиця 3.4 – Смертність

| Роки | Серед міських жителів району | Серед сільських жителів | Серед усього населення | Показник Сумської області серед всього населення |
|------|------------------------------|-------------------------|------------------------|--|
| | | | | |

| | | | | |
|------|-------|--------|--------|-------|
| | | району | району | |
| 2017 | 13,37 | 22,19 | 14,59 | 15,90 |
| 2018 | 13,47 | 24,16 | 14,94 | 16,34 |
| 2019 | 14,19 | 20,55 | 15,06 | |

Таблиця 3.5 - Природний приріст

| Роки | Серед міських жителів району | Серед сільських жителів району | Серед усього населення району | Показник Сумської області серед всього населення |
|------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|
| 2017 | -7,68 | -20,78 | -9,49 | -8,60 |
| 2018 | -8,27 | -23,25 | -10,33 | -9,84 |
| 2019 | -9,00 | -20,4 | -10,56 | |

Як видно з таблиць, в цілому в поточному році народжуваність в порівнянні з 2018 роком зменшилася, смертність незначно збільшилась.

Природний приріст став більш негативним = -10,56 при обласному показнику за 2018 рік = -9,84.

Характеристика населення району за статевою структурою представлені в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6 - Населення району за статевою структурою

| | | | | | |
|--------------|----------------------------------|---------|---------|-----------------|-------|
| | | 2018 р. | 2019 р. | Зміна показника | |
| | | | | абс.число | % |
| Чоловік и | абс. число | 43056 | 42508 | -548 | -1,27 |
| | питома вага від усього населення | 44,66 | 44,67 | | |
| Жінки | абс. число | 53358 | 52651 | -707 | -1,32 |
| | питома вага від усього населення | 55,34 | 55,33 | | |

Як видно з наведеної таблиці, відбулося зменшення чоловічого та жіночого населення (відповідно на 1,27% та 1,32%), але питома вага за статевою структурою залишилася на попередньому рівні.

Ліжковий фонд в повному обсязі не використаний жодним ЛПЗ. Серед відділень ЦРЛ недостатньо освоєні ліжка по:

наркологічному - 97,4%, хірургічному - 96,5%, терапевтичному №2 - 96,3%, травматологічному - 95,7%, терапевтичному №1 - 93,7%, інфекційному - 84,6%, кардіологічному - 82,4%, пологовому - 41,5%.

Таблиця 3.7 - Середня тривалість перебування хворого на ліжку збільшилася (в ліжко/днях) по:

| Найменування відділення, профілю ліжок | 2018 р. | 2019 р. | Зміна показника, + - |
|--|---------|---------|----------------------|
| дитячі хірургічні ліжка | 7,4 | 7,8 | +0,4 |
| ліжка для вагітних та роділь | 3,4 | 4,9 | +1,5 |
| інфекційне відділення ДЛ | 8,6 | 10,3 | +1,7 |
| педіатр.-сомат. відділення | 8,1 | 8,2 | +0,1 |

Аналізуючи інтегральні показники діяльності ЛПЗ району, треба відмітити, що 26 показників з 96-ти (27,1%) у порівнянні з 2018 роком погіршилися таблиця 3.8.

Таблиця 3.8 - Показники діяльності ЛПЗ району

| № | Показник | Одиниця виміру | 2018 рік | 2019 рік |
|---|------------------------------|------------------------|----------|----------|
| 1 | Смертність немовлят | на 1000 народж. живими | 2,07 | 7,14 |
| 2 | Перинатальна смертність | на 1000 народжен | 6,73 | 9,35 |
| 3 | Рання неонатальна смертність | - *- | - | 7,03 |
| 4 | Кількість пологів | абсолютне значення | 459 | 403 |

| № | Показник | Одиниця виміру | 2018 рік | 2019 рік |
|----|--|------------------------------------|----------|----------|
| 5 | Смертність від туберкульозу | <i>на 100 тис. населення</i> | 8,33 | 9,49 |
| 6 | Питома вага деструктивних форм туберкульозу серед вперше виявлених хворих | <i>в %</i> | 16,67 | 26,92 |
| 7 | Охоплення туберкулінодіагностикою дитячого населення в сільській місцевості | <i>на 1000 дітей, що підлягали</i> | 993,60 | 974,63 |
| 8 | Охоплення тубдіагностикою дитячого населення | <i>на 1000 дітей, що підлягали</i> | 991,61 | 919,48 |
| 9 | % онкопрофоглядів жінок | <i>%</i> | 86,57 | 71,40 |
| 10 | Дорічна летальність серед первинно виявлених онкологічних хворих | <i>в %</i> | 10,34 | 11,64 |
| 11 | Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми захворювань) | <i>в %</i> | 1,05 | 1,37 |
| 12 | Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми захворювань) у сільських жителів | <i>в %</i> | - | 1,11 |
| 13 | Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в IV стадії у сільських жителів | <i>в %</i> | 3,81 | 4,44 |
| 14 | Питома вага раку шийки матки III-IV стадії серед вперше виявлених у сільських жителів | <i>в %</i> | - | 1,11 |
| 15 | Захворюваність на хронічний алкоголізм | <i>на 100 тис. населення</i> | 78,83 | 83,02 |
| 16 | Захворюваність на наркоманію | <i>на 100 тис. населення</i> | 10,37 | 11,56 |
| 17 | Смертність населення | <i>на 1 тис. населення</i> | 14,94 | 15,06 |

| № | Показник | Одиниця виміру | 2018 рік | 2019 рік |
|----|--|--------------------------|----------|----------|
| 18 | Смертність населення в працездатному віці | на 1 тис. нас. відп.віку | 4,60 | 4,90 |
| 19 | Смертність від інсультів | на 1 тис. населення | 0,68 | 0,77 |
| 20 | Кількість днів роботи ліжка | в днях | 303,46 | 299,87 |
| 21 | Проліковано хворих в денних стаціонарах поліклінік | на 10 тис. населення | 841,37 | 737,29 |
| 22 | Хірургічна активність в стаціонарах хірургічного профілю | в% | 56,26 | 54,81 |
| 23 | Питома вага виїздів швидкої медичної допомоги (ШМД) до хворих з хронічними захворюваннями | в% | 0,76 | 1,48 |
| 24 | Витрати бюджетних коштів з розрахунку на 1 жителя (з консолідованого бюджету області, міста) | в гривнях | 1423,91 | 1192,65 |
| 25 | Витрати на безкоштовне дитяче харчування дітям 0-2 років життя з розрахунку на 1 дитину | в гривнях | 3118,22 | 2364,34 |
| 26 | Залучено позабюджетних коштів з розрахунку на 1-го мешканця | в гривнях | 92,41 | 15,49 |

В цілому погіршення показників відбулося по наступним розділам:

- показники стаціонару - 2
- показники смертності - 3
- показники фтизіатричної служби - 4
- показники акушерсько-гінекологічної служби - 5
- показники онкологічної служби - 5

По останнім розділам поодинокі випадки.

З метою усунення вищевказаних недоліків необхідно усім райфахівцям посилити контроль за рівнем показників відображаючих стан здоров'я мешканців району [3.8].

ВИСНОВКИ

В магістерській роботі виконаний аналіз теоретичних та методичних підходів щодо організації роботи перинатальної допомоги у інших країнах, який свідчить, що за даними проекту акушерської медичної допомоги народилося дітей на 24 – 31 тижні більше 63% серед таких країн, як Польща та Данія, більше 80% - у Німеччині, Італії, Португалії. При здійсненні постійного державного фінансування та підтримки породіль.

У роботі визначена структура управління перинатальною допомогою породіллям, зокрема визначення рівнів регіоналізації в Україні. Проаналізовано функції та завдання кожного структурного елементу регіоналізації та характеристика рівнів перинатальної допомоги. Визначені основні показники підвищення рівня народжуваності, якості надання акушерсько-гінекологічної допомоги породіллям, визначення основних показників успішної роботи менеджерів лікарні. Наприклад проведення періодичного аудиту, опитування пацієнтів, скорочення смертності під час вагітності та пологів.

Досліджені теоретичні основи підвищення рівня надання перинатальної допомоги за рахунок утворення трьох рівнів. Показані результати діяльності пологового відділення Шосткинської центральної районної лікарні.

На основі проведеного теоретико-практичного аналізу застосування регіоналізації в Україні, якість надання перинатальної допомоги підвищилась. Але для здійснення ефективного управління необхідне постійне навчання медичних працівників, адже під час постійної модернізації та інноваційних змін здійснюється оновлення лабораторій, медичних пристроїв та технологій надання медичної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні : практичні настанови / за ред. Р.О. Моїсєнко. Міністерство охорони здоров'я України, 2012. – 111 с.
2. AAP Committee on Fetus and Newborn. 2004. Levels of Neonatal Care. *Pediatrics* 114: 1341-1347.
3. Béatrice Blondel et all., Organisation of obstetric services for very preterm births in Europe: results from the MOSAIC project. *BJOG*116:136401372.
4. Why did the Report change the indicators for measuring education and income in 2010? [Electronic resource] // United Nations Development Programme. – Mode of access: <http://hdr.undp.org/en/content/why-did-report-change-indicators-measuri...>
- 5 Towards an institutional strategy for Lifelong Learning in Higher Professional Education [Electronic resource] // Published by the FLLLEX consortium May 2012. – Mode of access: www.aqu.cat/doc/doc_16974883_1.pdf
6. A Memorandum on Lifelong Learning [Electronic resource] // Commission of the european communities. – Mode of access: http://arhiv.acs.si/dokumenti/Memorandum_on_Lifelong_Learning.pdf
7. Закон України «Про вищу освіту» [Електронний ресурс] // Верховна Рада України. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1556-18/print1389899592029395>
8. Making a European area of lifelong learning a reality [Electronic resource] // European Commission. – Mode of access: <http://ec.europa.eu/education/>
9. Бойко А.Т. Качество медицинской помощи. Проблемы обеспечения. // Мир Медицины. - № 1-2. - 2001.
10. Рыбкин Л.И. Классификация контроля качества медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования // Бюл. НИИ соц. гигиены,

- экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. - 1996. - С.17-22.
11. Система контроля качества и эффективности медицинской помощи (учебно-методическое пособие), Томск 1999г. Сибирский Государственный Медицинский Университет. Факультет усовершенствования врачей. Кафедра социальной медицины, экономики и управления здравоохранения.
<http://www.ssmu.ru/office/f7/soc/met2.htm>.
12. Антонова О.Є., Маслак Л.П. Професійна педагогічна освіта: компетентнісний підхід: монографія / за ред. О. А. Дубасенюк. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2011. – С. 81-109.
13. Цілі розвитку тисячоліття. Україна: 2000–2015/ Національна доповідь, Київ, 2015.
14. Кіндзерського Ю.В. Потенціал національної промисловості: цілі та механізми ефективного розвитку / Ю.В. Кіндзерського: монографія. – К. : Ін-т екон. та прогнозів. НАН України, 2009. – 928 с.
15. Кораблин С. Курсовые тупики сырьевых экономик / С. Кораблин // Дзеркало тижня. – 2010. – № 39 (819). – С. 1-7.
16. Пирог О В. Стан інноваційної діяльності на промислових підприємствах України / О.В. Пирог, О. Б. Диденко // Економіка: проблеми теорії та практики : зб. наук. праць. – Вип. 246: у 5 т. – Дніпропетровськ : ДНУ, 2008. – Т. 2 . – С. 513-519.
17. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посіб. / О. В. Баєва. – К. : Центр учб. л-ри, 2008. – 640 с.
18. Бахтєєва Т. Медицина – не та галузь, що може почекати до “кращих” часів / Т. Бахтєєва // Ваше здоров'я. – 2009. – 29 трав. – С. 3–4.
19. Білинська М. М. Державне управління галузевими стандартами в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні : монографія / М. М. Білинська. – К. : Вид-во НАДУ, 2004. – 268 с.

20. Богатирьова Р. В. Детермінанти здоров'я та національна безпека : монографія / Р. В. Богатирьова ; за ред. Ю. І. Кундієва. – К. : Видавн. дім “Авіцена”, 2011 . – 448 с.
21. Гайдаєв Ю. О. Наукове обґрунтування моделі впровадження в Україні Державних цільових програм покращання здоров'я народу : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03. / Гайдаєв Ю. О. – К., 2007. – 26 с.
22. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З. С. Гладун. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
23. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні : навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – К. : Вид-во НАДУ, 2000.
24. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державноуправлінські аспекти) : монографія / Д. В. Карамішев. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2004. – 304 с.
25. Карамішев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : монографія / Д. В. Карамішев. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2006. – 304 с.
26. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: генезис, тенденції та закономірності розвитку : монографія / Н. П. Кризина ; передм. і заг. ред. проф. Я. Ф. Радиша. – К. : Вид-во НАДУ, 2007. – 224 с.
27. Людський розвиток в Україні: інноваційний вимір : кол. моногр. / за ред. Е. М. Лібанової. – К. : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАН України, 2008. – 316 с.
28. Мельниченко О. А. Підвищення рівня якості життя населення: механізм державного регулювання : монографія / О. А. Мельниченко. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2008. – 232 с.

29. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : монографія / В. Ф. Москаленко. – К. : Книга плюс, 2008. – 320 с.
30. Орлова Н. М. Регіональна система охорони здоров'я. Концептуальні підходи до формування її сучасної політики / Н. М. Орлова. – К. : [б. в.], 2012. – 184 с.
31. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / кол. авт. ; заг. ред. В. М. Князевича. – К. : [б. в.], 2009. – 440 с.
32. Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко [та ін.]. – К. : Здоров'я, 2003. – 396 с.
33. Парсонс Толкотт. Система современных обществ=The System of Modern Societies / Т. Parsons ; Л. А. Седова (пер. с англ.), А. Д. Ковалева (пер. с англ.). – М. : Аспект Пресс, 1998. – 270 с.
34. Партнери у сфері охорони психічного здоров'я: внесок професіоналів та непрофесіоналів в охорону психічного здоров'я : зб. ст. : пер. з англ. – К. : Сфера, 1999. – 236 с.
35. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення : аналіт. доп. / Т. П. Попченко. – К. : НІСД, 2012. – 96 с.
36. Портер Майкл. Переосмысление системы здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат / Майкл Портер, Элизабет Ольмстед Тайсберг. – К. : Изд-во Алексея Капусты (подразделение “Агентства “Стандарт”), 2007. – 620 с.
37. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування : монографія / Я. Ф. Радиш ; передм. і заг. ред. проф. Н. Р. Нижник. – К. : Вид-во УАДУ, 2001. – 360 с.
38. Рингач Н. О. Громадське здоров'я в Україні як чинник національної безпеки / Н. О. Рингач. – К. : Вид-во НАДУ, 2009. – 298 с.

39. Рожкова І. В. Розвиток конкурентоспроможності регіонального управління у сфері охорони громадського здоров'я : монографія / І. В. Рожкова. – К. : Фенікс, 2009. – 384 с.
40. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – К. : Сфера, 2005. – 271 с.
41. Салтман Р. Б. Реформи системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий : пер. с англ. / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас. – М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.
42. Система управління якістю медичної освіти в Україні : монографія / І. Є. Булах, О. П. Волосовець, Ю. В. Вороненко [та ін.]. – Дніпропетровськ : АРТ-ПРЕС, 2003. – 212 с.
43. Солоненко І. М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. – К. : Фенікс, 2008. – 276с.
44. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я : навч. посіб. / Н. Солоненко. – К.: Вид-во НАДУ, 2005. – 416 с.
45. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К. : [б. в.], 2009. – 34 с.
46. Термінологічний словник-довідник менеджера охорони здоров'я / кол. авт. ; упоряд. М. П. Бойчак, Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. В. Я. Білий, Б. П. Криштопа. – К. : [б. в.], 2001. – 240 с.
47. Управління охороною здоров'я територіальної громади : монографія / [авт. кол. : І. В. Рожкова, Л. І. Жаліло, Ю. В. Давидова та ін. ; за ред. В. М. Вакуленка, М. К. Орлатого]. – К. : НАДУ, 2009. – 152 с.
48. Урсол Г. М. Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектору / Г. М. Урсол, О. А. Скрипник, В. І. Бугро. – Кіровоград : ТОВ “УмексЛІД”, 2009. – 404 с.

49. Федько О. А. Перспективи управлінського впливу на формування та збереження здоров'я населення з урахуванням ціннісно-світоглядної трансформації українського суспільства в умовах соціальної нестабільності : монографія / О. А. Федько. – К. : НАДУ, 2010. – 384 с.
50. Хожило І. І. Профілактика соціально небезпечних хвороб як напрям соціальної політики держави : монографія / І. І. Хожило. – Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2008. – 254 с.
51. Шутов М. М. Оптимізація управління ресурсами здравоохранения : учебник / М. М. Шутов, В. В. Дорофиев, Н. С. Блинова. – Донецк : ВИК, 2005. – 238 с. 52. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік. / за ред. Р. В. Богатирьової. – К. : [б. в.], 2012. – 570 с.
53. Янченко В. М. Управление медицинским бизнесом: система управления стоматологической организацией / В. М. Янченко, М. К. Касумова, Т. Ш. Мчедлидзе. – СПб. : ООО “МЕДИ изд-во”, 2005. – 272 с.
54. Ярменчук А. Д. Менеджеру здравоохранения. Теория искусства управления : в 2 ч. / А. Д. Ярменчук. – К. : [б. в.], 1991. – Ч. 2. Частные проблемы. – 300 с.
55. Ярош Н. П. Державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я України : монографія / Н. П. Ярош. – К. : Вид-во НАДУ, 2006. – 196 с.
56. 10 вопросов о здравоохранении в странах новых – соседях ЕС / The world factbook. Washington, DC, Central Intelligence Agency, 2005. – 304 с.
57. Наказ 15.08.2011 N 514. Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров'я. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0514282-11#Text>.
58. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ 31.10.2011 № 726. Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та

новонародженим у перинатальних центрах/із змінами, внесеними згідно з наказом міністерства охорони здоров'я № 1881 від 19.10.2018.<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0068-12/print>.

59. Статут Шосткинської центральної районної лікарні 2016 р.
http://www.old.shostkarada.gov.ua/documents/rishennya_rada/perelk_iv_ses_vii_cklikannya/pro_zatverdzhennya_statutu_komunalnogo_zakladu_shostkinska_centralna_rajonna_lkarnya/.