

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Сумський державний університет
Навчально-науковий інститут фінансів, економіки і менеджменту
імені Олега Балацького
Кафедра управління
Медичний інститут
Кафедра сімейної медицини

Наказ ректора
про затвердження теми

«До захисту допускається»
завідувачка кафедри
_____ Г. О. Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

**«ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ПОКРАЩЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НОВОНАРОДЖЕНИМ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ»**

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

Студента гр. Узмз-92Ш _____ Мороз Тетяни Євгенівни

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело _____ Мороз Т.Є.

Наукові керівники:

_____ **Сміянов В.А.**
д.м.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я

_____ **Деміхов О.І.**
к.н. з держ.упр., старший викладач кафедри управління

Суми 2020 р.

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,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»
 студентці групи УЗмз-92ш

Мороз Тетяні Євгеніївні

1. Тема роботи «ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ПОКРАЩЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ»

затверджена наказом по СумДУ № _____ від „_____” _____ 20_____ р.

2. Термін подання студентом закінченої роботи _____

3. Мета кваліфікаційної роботи: теоретичне обґрунтування пріоритетних напрямків державної політики вдосконалення медичної допомоги новонародженим дітям в умовах медичної реформи в Україні та аналіз її результатів на прикладі Шосткинської ЦРЛ.

4. Об'єкт дослідження: державна політика покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні.

5. Предмет дослідження: пріоритетні напрямки державної політики покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні.

6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: Закони України, Постанови Кабінету Міністрів України, монографії, підручники, навчальні посібники, статті та тези конференцій вітчизняних та зарубіжних авторів, Інтернет-ресурси, Державні стандарти України (ДСТУ), щорічна статистична звітність Держкомстату України.

7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Медична допомога новонародженим як пріоритетний напрям міжнародної політики.	
II	Напрями покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні.	
III	Державна політика покращення медичної допомоги новонародженим на прикладі неонатального відділення Шосткинської районної лікарні	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити державну політику покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні та в країнах світу.

У розділі 2 студент має проаналізувати тенденції покращення медичної допомоги новонародженим в Шосткинській районній лікарні та здійснити аналіз результатів державної політики покращення медичної допомоги новонародженим на прикладі Шосткинської ЦРЛ.

У розділі 3 студент має запропонувати рекомендації щодо покращення медичної допомоги новонародженим.

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1	Медична допомога новонародженим як пріоритетний напрям міжнародної політики.		
2	Напрями покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні.		
3	Державна політика покращення медичної допомоги новонародженим на прикладі відділення для новонароджених Шосткинської районної лікарні		

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи _____ Деміхов О.І.
(підпис)

Завдання до виконання одержав _____ Мороз Т.Є.
(підпис)

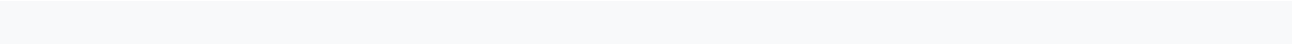
АНОТАЦІЯ

У роботі здійснено аналіз політики покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні. Проаналізовано державну політику покращення медичної допомоги новонародженим в інших країнах світу.

Узагальнено напрями покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні. Проведено комплексний аналіз сучасної державної політики покращення медичної допомоги новонародженим на прикладі Шосткинської ЦРЛ . Проаналізовано тенденції покращення медичної допомоги новонародженим в Шосткінській районній лікарні.

Визначено напрями вдосконалення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні та запропоновано рекомендації щодо покращення медичної допомоги новонародженим.

Ключові слова: державна політика медичної допомоги, медична допомога новонародженим, напрями покращення медичної допомоги.



РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 41 найменування. Загальний обсяг магістерської роботи становить 54 с., у тому числі 15 таблиць, 3 рисунка, список використаних джерел - 5 сторінок.

Актуальність. Актуальність дослідження обґрунтована тим, що з одного боку, збереження життя і здоров'я дітей завжди були і залишаються пріоритетами для будь-якої цивілізованої держави, так як визначають рівень її соціального, економічного і гуманітарного розвитку. З іншого боку, сучасні соціально-економічні умови визначають можливості розвитку медичної науки та технологій, а також їх доступність для населення, диктують свої для кожної країни проблеми і пріоритети в галузі охорони здоров'я населення і його важливої складової - новонароджених дітей. Надзвичайно висока залежність збереження життя і здоров'я народженої дитини від медико-організаційних та інформаційних технологій, оптимізації управління медичною допомогою вагітним, породіллям та їх дітям. Проблема якості допомоги новонародженим дітям в сучасних економічних і соціальних умовах набуває ряд нових напрямків, що вимагають ефективних рішень.

Зазначені проблеми, на нашу думку, не отримали цілеспрямованого комплексного вивчення. Необхідність проведення багатофакторних, порівняльних досліджень в неонатології набувають особливої актуальності в умовах активної державної демографічної політики та пріоритетної реалізації програм охорони здоров'я матері і дитини в умовах медичної реформи в Україні.

Метою роботи є теоретичне обґрунтування пріоритетних напрямків державної політики вдосконалення медичної допомоги новонародженим дітям в умовах медичної реформи в Україні та аналіз її результатів на прикладі Шосткинської ЦРЛ.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

1. Проаналізувати державну політику покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні та в країнах світу.
2. Проаналізувати тенденції покращення медичної допомоги новонародженим в Шосткінській районній лікарні.
3. Здійснити аналіз результатів державної політики покращення медичної допомоги новонародженим на прикладі Шосткинської ЦРЛ.
4. Надати рекомендації щодо покращення медичної допомоги новонародженим.

Об'єкт дослідження – державна політика покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні.

Предмет дослідження – пріоритетні напрямки державної політики покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні.

Методи дослідження. Для розв'язання окреслених завдань та досягнення мети дослідження використано загальнонаукові теоретичні методи: вивчення й аналіз наукових джерел з проблеми дослідження, узагальнення даних. Також використовувалися статистичні методи.

Наукова новизна. Результати дослідження дозволили науково обґрунтувати пріоритетні державні напрямки вдосконалення якості допомоги новонародженим дітям.

Науково-практична значимість. Перехід від заходів, що замінюють діяльність з контролю якості вже наданої медичної допомоги, до системи управління якістю забезпечить отримання безперервного, цілеспрямованого поліпшення результатів, прогнозу і показників здоров'я новонароджених.

Ключові слова: державна політика медичної допомоги, медична допомога новонародженим, напрями покращення медичної допомоги.

ЗМІСТ

ВСТУП	10
РОЗДІЛ 1. <u>МЕДИЧНА ДОПОМОГА НОВОНАРОДЖЕНИМ</u> ЯК ПРІОРИТЕТНИЙ НАПРЯМ МІЖНАРОДНОЇ ПОЛІТИКИ	13
1.1. Політика покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні.....	13
1.2. Аналіз державної політики покращення медичної допомоги новонародженим в країнах світу.....	16
РОЗДІЛ 2. <u>НАПРЯМИ ПОКРАЩЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ</u>	25
2.1. Аналіз стану народжуваності в Україні	25
2.2. Аналіз тенденцій покращення медичної допомоги новонародженим в Шосткінській районній лікарні	28
РОЗДІЛ 3. <u>ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ПОКРАЩЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ НА ПРИКЛАДІ НЕОНАТАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ ШОСТКИНСЬКОЇ РАЙОННОЇ ЛІКАРНІ</u>	40
3.1. Аналіз результатів державної політики покращення медичної допомоги новонародженим на прикладі Шосткинської ЦРЛ	40
3.2. Рекомендації щодо покращення медичної допомоги новонародженим..	43
ВИСНОВКИ.....	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	50

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

БЦЖ - Bacillus Calmette-Guérin - щеплення від туберкульозу

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

ЕНМТ - екстремально низька маса тіла

ПЦ - перинатальний центр

РПД - реформування перинатальної допомоги

ЦРЛ – Центральна районна лікарня

ЦСВ - централізоване стерилізаційне відділення

ШВЛ – штучна вентиляція легенів

ШЦРЛ – Шосткинська центральна районна лікарня

ВСТУП

Актуальність проблеми. Актуальність нашого дослідження обґрунтована тим, що з одного боку, збереження життя і здоров'я дітей завжди були і залишаються пріоритетами для будь-якої цивілізованої держави, так як визначають рівень її соціального, економічного і гуманітарного розвитку. З іншого боку, сучасні соціально-економічні умови визначають можливості розвитку медичної науки та технологій, а також їх доступність для населення, диктують свої для кожної країни проблеми і пріоритети в галузі охорони здоров'я населення і його важливої складової - новонароджених дітей.

Особливістю перинатального здоров'я є його висока демографічна значимість (оскільки саме новонароджені діти визначають потенціал здоров'я населення) та соціальна обумовленість - залежність внутрішньоутробного і раннього постнатального розвитку від якості життя в країні та здоров'я сім'ї (Гойда, Н. & Донець, Є, 2012; Національні підходи, 2012; Про удосконалення, 2011).

В Україні, як і в інших країнах з невисокою народжуваністю, життя і здоров'я кожної дитини представляє величезну цінність (Шевцов, В, 2006). Разом з тим, за даними офіційної статистики, кожна третя дитина народжується хворою. Рівень захворюваності новонароджених в 90-і роки минулого і перші роки поточного століття збільшився майже в 2 рази. Частково дана динаміка показників захворюваності пояснюється збільшеними лабораторно-діагностичними можливостями. Не можна недооцінювати вплив здоров'я плода та новонародженого на формування дитячої інвалідності, так як в більш ніж 60% випадків вона обумовлена патологією перинатального періоду (Державний комітет статистики, 2020).

Крім того, незважаючи на стабільне зниження дитячої та перинатальної смертності, в Україні ці показники ще досить високі, а в більшості регіонів майже вдвічі вище, ніж в країнах Європейського Союзу.

Для сучасної України вкрай актуальні проблеми розродження та виходжування дітей з екстремально низькою масою тіла (ЕНМТ), а також умови переходу на рекомендовані ВООЗ критерії реєстрації (Виступ регіонального директора ВООЗ, 2019). Від вирішення цих проблем залежить не тільки підвищення, при зіставленні з міжнародними, показників перинатальної та дитячої смертності, а й можливості їх подальшого зниження, що сприятиме прогресу знань і навичок виходжування дітей різного ступеня зрілості.

Надзвичайно висока залежність збереження життя і здоров'я народженої дитини від медико-організаційних та інформаційних технологій, оптимізації управління медичною допомогою вагітним, породіллям та їх дітям (Жилка, К, 2014; Дудіна, О & Габорець, Ю., 2016 та ін.). Проблема якості допомоги новонародженим дітям в сучасних економічних і соціальних умовах набуває ряд нових напрямків, що вимагають ефективних рішень.

Зазначені проблеми, на нашу думку, не отримали цілеспрямованого комплексного вивчення. Необхідність проведення багатофакторних, порівняльних досліджень в неонатології набувають особливої актуальності в умовах активної державної демографічної політики та пріоритетної реалізації програм охорони здоров'я матері і дитини в умовах медичної реформи в Україні.

Мета дослідження: науково обґрунтувати пріоритетні напрямки державної політики вдосконалення медичної допомоги новонародженим дітям в умовах медичної реформи в Україні.

Об'єкт дослідження – державна політика покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні.

Предмет дослідження – пріоритетні напрямки державної політики покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати державну політику покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні та в країнах світу.
2. Проаналізувати тенденції покращення медичної допомоги новонародженим в Шосткінській районній лікарні.
3. Здійснити аналіз результатів державної політики покращення медичної допомоги новонародженим на прикладі Шосткинської ЦРЛ.
4. Надати рекомендації щодо покращення медичної допомоги новонародженим.

Методи дослідження. Для розв'язання окреслених завдань та досягнення мети дослідження використано загальнонаукові теоретичні методи: вивчення й аналіз наукових джерел з проблеми дослідження, узагальнення даних. Також використовувалися статистичні методи.

Наукова новизна. Результати дослідження дозволили науково обґрунтувати пріоритетні державні напрямки вдосконалення якості допомоги новонародженим дітям.

Науково-практична значимість. Перехід від заходів, що замінюють діяльність з контролю якості вже наданої медичної допомоги, до системи управління якістю забезпечить отримання безперервного, цілеспрямованого поліпшення результатів, прогнозу і показників здоров'я новонароджених.

РОЗДІЛ 1.

МЕДИЧНА ДОПОМОГА НОВОНАРОДЖЕНИМ ЯК ПРІОРИТЕТНИЙ НАПРЯМ МІЖНАРОДНОЇ ПОЛІТИКИ

1.1. Політика покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні.

Серед першочергових завдань перинатальної медицини в Україні науковці зазначають:

1. Зниження частки недоношених дітей в структурі перинатальної захворюваності і смертності, а також числа передчасних пологів.

2. Впровадження прегравідарної підготовки подружніх пар, яка являє собою фундаментальний підхід до профілактики перинатальної патології.

3. Удосконалення діагностики стану плода (фетальна медицина).

4. Зміна пріоритетів перинатальної медицини в бік первинної профілактики патології.

5. Перегляд підходів до реанімації та виходжування дітей, що народилися з низькою і екстремально низькою масою тіла. (Моїсеєнко, Р, 2013; Шунько, Є, 2011 та ін..).

В законодавчих актах та Концепції розвитку охорони здоров'я населення України відзначається, що пріоритетним завданням держави у галузі охорони здоров'я є збереження життя та здоров'я саме новонароджених, що визначено в рамках медичної реформи в Україні (Карамішев, Д, 2004). Це є стратегією розвитку майбутнього нашої країни.

Одним із шляхів покращення медичної допомоги новонародженим в рамках державної політики України є клінічний перинатальний аудит процес поліпшення якості медичної допомоги шляхом систематичної оцінки надання медичної допомоги на підставі даних конфіденційного аналізу випадків перинатальної смертності з обґрунтуванням та внесенням відповідних змін і доповнень на індивідуальному, колективному та організаційному рівнях (

згідно наказу МОЗ України від 19.02.2009 р. № 102/18). (Жаліло, Л. & Мартинюк, О, 2016).

Виконання заходів міжнародних програм та стратегій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з глобальних пріоритетів репродуктивного здоров'я, переорієнтація закладів перинатальної допомоги (ЗПД) на науково обґрунтовану практику сприяли зменшенню показників перинатальної патології, материнських і плодово-малюкових втрат у багатьох країнах світу, у тому числі в Україні (Європейское бюро ВОЗ, 2010; Европейская база, 2020).

В більшості документів намічено перспективи та шляхи зниження неонатальної смертності в Україні. Серед них основними ми вважаємо:

- підвищення якості медичної допомоги вагітним, породіллям і новонародженим;
- проведення конфіденційного клінічного перинатального та неонатального аудиту;
- продовження розробки уніфікованих клінічних протоколів і стандартів медичної допомоги на підставі даних доказової медицини;
- розробка та впровадження індикаторів якості перинатальної допомоги;
- підвищення рівня професійних знань шляхом впровадження безперервної післядипломної освіти (Нормативно-директивні документи МОЗ України, 2020).

Примірний перелік покращення медичної допомоги новонародженим та примірні переліки обладнання і витратних матеріалів, необхідних для надання послуг на первинному, вторинному і третинному рівнях її надання, затверджено наказом МОЗ України від 13.04.2011 № 204 «Про затвердження та провадження примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання» (Нормативно-директивні документи МОЗ України, 2020).

Очікуваними результатами РПД визначено зниження рівнів:

- материнської смертності наполовину;

- штучних абортів;
- захворюваності серед вагітних;
- малюкової смертності на чверть;
- гемолітичної хвороби новонароджених;
- смертності новонароджених від синдрому дихальних розладів.

Індикаторами якості покращення перинатальної допомоги повинні стати:

- доступність як для матері, так й для дитини медичного спостереження та медичної допомоги;
- народження здорової дитини;
- повна поінформованість матері та членів сім'ї;
- рання постановка вагітної на облік;
- УЗД у встановлені терміни;
- профілактика прееконтрацепційна;
- задоволеність з боку матері.

Також вважаємо потрібним зауважити на деякі ризики реформування медичної допомоги новонародженим, зокрема:

- 1) загальне несприйняття медичної реформи як населенням, так й медиками в зв'язку з побоюванням можливих наслідків реформаторських змін.
- 2) Можливість на перших етапах реформування збільшення показника материнської смертності та смертності новонароджених в зв'язку зі зміненням системи допомоги та її стабілізацією, з подальшим стабільним зниженням цих показників.
- 3) Недостатність інформаційної підтримки реорганізації в зв'язку з обмеженістю фахівців, що можуть професійно розповсюджувати інформацію про медичну реформу серед населення.
- 4) Можливі перебої та недоліки стабільного фінансування медицини взагалі та медичної допомоги новонародженим, зокрема, в зв'язку з неврегульованістю положень окремих законодавчих актів.
- 5) Недостатня якість підготовки та післядипломного підвищення

кваліфікації лікарів загальної практики та сімейних лікарів з питань акушерства та гінекології.

6) Низький рівень оплати праці медперсоналу центрів перинатальної допомоги, акушерських та неонатальних відділень, передусім у сільських районах.

7) Проблеми транспортного забезпечення (стан автошляхів та наявність транспортних засобів).

8) Соціально-економічний стан населення, особливо серед багатодітних сімей, що зумовлює підвищення перинатального ризику.

1.2. Аналіз державної політики покращення медичної допомоги новонародженим в країнах світу

Згідно з новою доповіддю глобальної коаліції, в яку входять ЮНІСЕФ і Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), щорічно близько 30 мільйонів дітей народжуються недоношеними, із занадто низькою вагою або зі слабким імунітетом, що є причиною високої захворюваності серед них. Для того щоб вижити, вони потребують спеціалізованої медичної допомоги.

Згідно з висновками, що містяться в доповіді 2019 року («Виживати та розвиватися: зміна догляду за кожним новонародженим з низькою масою тіла або захворюванням»), стає очевидним, що найбільш схильними до ризику смерті та інвалідності серед новонароджених є ті з них, у кого є ускладнення, пов'язані з недоношеністю, травма головного мозку, отримана при пологах, важка бактеріальна інфекція або жовтяниця новонароджених. До цієї групи високого ризику смерті та інвалідності відносяться також немовлята з вродженими захворюваннями. Поряд з цим важка фінансова і психологічна ситуація в сім'ї немовляти можуть мати згубні наслідки для його когнітивного, мовного та емоційного розвитку.

В Доповіді ВООЗ також відмічено, що здоровий початок вагітності та її перебіг до самих пологів, а також перші місяці після народження є досить

істотними для кожної матері та дитини. Забезпечення загального охоплення населення медичними послугами зможе забезпечити гарантію того, що у кожної людини, включаючи новонароджених, при необхідності буде доступ до подібних послуг. У цьому випадку вони не будуть стикатися з фінансовими труднощами. Прогрес в питаннях охорони здоров'я новонароджених - це безпрограшна ситуація: по-перше, будуть збережені життя, а по - друге, - це є критично важливим в період раннього розвитку дітей. Все це буде позитивно відбиватися на сім'ях, суспільстві і на майбутніх поколіннях (Доповідь ВООЗ, 2019)..

Згідно з вищезазначеною доповіддю, багато новонароджених, які знаходяться в зоні ризику, при неотриманні спеціалізованого лікування не доживають до віку одного місяця. У 2019 році близько 2,5 мільйонів новонароджених померли, переважно від можливих причин. Майже дві третини дітей, які померли, народилися раніше терміну. А ті діти, які виживуть, можуть в подальшому зіткнутися з хронічними захворюваннями або затримками в розвитку. Так, близько 1 мільйона новонароджених, що народилися з низькою вагою і тим чи іншим захворюванням, виживають, але у них розвивається довічна інвалідність.

Ми проаналізували статистичні показники причин смертності новонароджених в різних країнах світу за останні 15 років. За результатами проведеного аналізу визначили тенденції динаміки дитячої смертності з кожної причини і в кожній обраній для дослідження державі, розглянули можливі причини смертності новонароджених.

Для аналізу даних були взяті 15 країн світу, з таких континентів як: Північна і Південна Америки, Австралія, Євразія. Вибір країн обумовлений різним економічним розвитком і відповідно рівнем охорони здоров'я, що, безсумнівно, пов'язано з розглянутою проблемою дитячої смертності.

Країни різні за соціально-економічним становищем

1. Найбільш розвинені країни: США, Німеччина, Франція
2. Високорозвинені країни: Фінляндія, Китай.

3. Країни з перехідною економікою: Білорусь, Естонія, Казахстан, Латвія, Україна.
4. Високо урбанізовані переселенські країни: Аргентина.
5. Країни, що розвиваються: Індія, Пакистан.
6. Країни з переселенським капіталізмом: Австралія.

Це дослідження засноване на статистиці ВООЗ, яка виділяє три найбільш поширені причини дитячої смертності: передчасні пологи (недоношеність), сепсис та інші інфекційні захворювання новонародженого та асфіксія і родові травми.

Проаналізувавши кожну причину дитячої смертності, ми отримали результати, представлені в таблицях 1.1- 1.3.

Таблиця 1.1.

Динаміка статистичних показників смертності новонароджених у зв'язку з недоношеністю, %

Країна/рік	2005	2010	2015	2020	Абсолютний приріст
Франція	0,7	0,6	0,7	0,6	-0,1
Австралія	0,8	1,1	0,8	0,6	-0,2
Фінляндія	0,8	0,8	0,6	0,4	-0,4
Німеччина	1,3	1,3	1	0,9	-0,4
Естонія	2	0,9	0,3	0,3	-1,7
США	2,1	2,1	1,9	1,6	-0,5
Латвія	3	1,7	0,8	1,1	-1,9
Білорусь	3	1,7	0,9	0,7	-2,3
Україна	4,6	3,6	2,9	2,3	-2,3
Китай	5,5	4,2	2,8	1,9	-3,6
Аргентина	5,2	4,2	3,3	2,8	-2,4
Казахстан	9,1	6,2	3,6	2,2	-6,9
Індія	14,5	13,5	12,9	12,1	-1,6
Пакистан	16	16,6	17,4	17,9	1,9

За даними Таблиці 1.1. можна сформулювати висновок про те, що стабільно низькі показники дитячої смертності внаслідок недоношеності є в таких країнах як: Франція, Австралія, Фінляндія, ФРН, США. Зниження показників дитячої смертності внаслідок недоношеності в 2 рази (з 2005 по 2020 р.): Естонія, Україна, Аргентина, Україна. Зниження показників дитячої смертності більш ніж в 2 рази (з 2005 по 2020 р): Білорусь, Китай, Казахстан, Латвія. В Індії так само спостерігається зниження дитячої смертності, але через високі початкових показників (14,5 на 1000 населення в 2005 році) цю країну не можна віднести до інших груп. Підвищення показників дитячої смертності внаслідок недоношеності (з 2005 по 2020 р.) відзначено в Пакистані (з 16.0 у 2005 році до 17.9 у 2020 році). Тут слід уточнити, що існує залежність показників дитячої смертності від економіко-соціальних умов країни за останні 15 років. Яскравим прикладом може служити Пакистан, що відноситься до країн, що розвиваються (Пакистан займає 25 місце в рейтингу дитячої смертності за версією Total-rating.ru [3]).

У Таблиці 1.2 представлена динаміка показників дитячої смертності через сепсису та інших захворювань новонародженого.

Таблиця 1.2.

Динаміка показників дитячої смертності через сепсис та інших захворювань новонародженого, %

Країна/рік	2005	2010	2015	2020	Абсолютний приріст
Франція	0,1	0,1	0,1	0,1	0
Австралія	0,1	0,1	0,1	0,1	0
Фінляндія	0,2	0,2	0,2	0,2	0
Німеччина	0,2	0,1	0,1	0,1	-0,1
Естонія	0,2	0,1	0,1	0	-0,2
США	0,3	0,2	0,2	0,1	-0,2
Латвія	0,3	0,5	0,7	0,6	0,3
Білорусь	0,4	0,2	0,1	0,1	-0,3
Україна	0,7	0,6	0,4	0,3	-0,4

Китай	1,2	0,3	0,4	0,3	-0,4
Аргентина	1,2	1,1	0,8	0,6	-0,6
Казахстан	1,8	1,5	1,2	0,8	-1,0
Індія	6,9	5,9	4,9	3,8	-3,1
Пакистан	9,7	9,8	9,3	7,8	-1,9

Згідно з даними таблиці, стабільно низький (або не мінливий) рівень дитячої смертності від сепсису та інших інфекційних захворювань визначається в таких країнах як: Фінляндія, Німеччина, США, Франція, Австралія, Китай. При цьому зниження рівня дитячої смертності від сепсису та інших інфекційних захворювань в два рази визначається в таких країнах як: Аргентина, Індія. Зниження рівня дитячої смертності від сепсису та інших інфекційних захворювань більш ніж в два рази визначається в таких країнах як: Білорусь, Україна, Естонія, Казахстан. Хоча, потрібно відзначити, що в країнах даної підгрупи спостерігаються більш низькі показники дитячої смертності, ніж в попередній підгрупі. Незначне зниження рівня дитячої смертності від сепсису та інших інфекційних захворювань визначається в такій країні як: Пакистан. В цей же час підвищення рівня дитячої смертності від сепсису та інших інфекційних захворювань визначається, наприклад, в Латвії (з 0,3 в 2005 році до 0,6 в 2020 році).

Тут також необхідно відзначити, що в цілому по всіх аналізованих країнах спостерігається дещо інша картина динаміки рівня дитячої смертності від сепсису та інших інфекційних захворювань, ніж ми бачили в динаміці показників дитячої смертності внаслідок недоношеності.

Ми бачимо, що показники не мають чітко вираженої тенденції зниження, а «скачуть» рік від року (наприклад, таку динаміку можна спостерігати в Естонії та Латвії, що можна пов'язати з близьким розташуванням країн відносно одна одної та схожою позицією керівництва країн на розглянуту проблему, а також схожі соціально-економічні умови). Крім цього, виділяються є країни, що мають незмінні показники дитячої смертності від сепсису та інших інфекційних захворювань протягом усього розглянутого періоду (США та Німеччина), а

також країни з коливанням показників в межах 0,1 (Франція, Фінляндія, Австралія).

Динаміка смертності від родової асфіксії і родової травми представлена в таблиці 1.3.

Таблиця 1.3.

Динаміка показників дитячої смертності від родової асфіксії та родової травми, %

Країна/рік	2005	2010	2015	2020	Абсолютний приріст
Франція	0,2	0,2	0,2	0,2	0
Австралія	0,3	0,3	0,3	0,2	-0,1
Фінляндія	0,4	0,3	0,3	0,3	-0,1
Німеччина	0,5	1,2	0,9	0,4	-0,1
Естонія	0,6	0,5	0,4	0,4	-0,2
США	0,6	0,5	0,4	0,4	-0,2
Латвія	0,9	0,5	0,3	0,2	-0,7
Білорусь	1,1	0,8	0,6	0,4	-0,7
Україна	1,3	1	0,8	0,6	-0,7
Китай	2,5	2,4	3,3	2,2	-0,3
Аргентина	4,1	3,6	2,3	1,4	-2,7
Казахстан	6,8	4,3	2,3	1,5	-5,3
Індія	11,6	9,3	7,1	5,2	-6,4
Пакистан	16,1	13	11,3	9,5	-6,6

Відповідно до даних таблиці, стабільно низький рівень (або зниження не більше ніж на 0,2) дитячої смертності внаслідок родової асфіксії та родової травми спостерігається в таких країнах як: Німеччина, Фінляндія, США, Естонія, Франція, Австралія. У Латвії зниження рівня дитячої смертності внаслідок родової асфіксії і родової травми також було не настільки значно, але показник 2005 року – 2,5, а 2020 року – 2,2. У Пакистані зниження рівня дитячої смертності внаслідок родової асфіксії і родової травми спостерігалось з

16,1 по 9,5 в 2005 і 2020 роках відповідно. Також в Індії за останні 15 років спостерігається зниження рівня дитячої смертності внаслідок родової асфіксії і родової травми з 0,5 до 0,2. Зниження рівня дитячої смертності внаслідок родової асфіксії і родової травми більш ніж в два рази спостерігалось в: Аргентині, Білорусі, Китаї, Казахстані та Україні. Як ми бачимо, в Пакистані підтримується тенденція найвищих показників за рівнем дитячої смертності. Також Естонія і Латвія знову мають «стрибкоподібні» рівні дитячої смертності. Відносно "стабільними" залишаються США та Німеччина.

Дитяча смертність є предметом особливої уваги служби допомоги пологів і дитинства, оскільки найбільш яскраво відображає медико-організаційну складову цього інтегрального показника. Дитяча смертність обчислюється з розрахунку на 1000 народжених. У структурі причин дитячої смертності перше місце займають складові стану перинатального періоду. Особливо значний вплив на показники і причини дитячої смертності надає недоношеність, родова асфіксія та родові травми, а також сепсис новонароджених та інші інфекційні захворювання.

Виходячи з проведеного статистичного дослідження, можна відзначити, що в останні роки рівень дитячої смертності знизився в більшості країн світу. В даний час все більше часу, коштів та уваги державами світу приділяється проблемам дитячої та неонатальної смертності. Як на загальносвітовому, так і на національному рівні здійснюється ряд ініціатив, спрямованих на поліпшення доступу до послуг з охорони здоров'я матері і дитини. В першу чергу, мова йде про загальносвітовий план дій в області політики покращення медичної допомоги новонародженим.

Згідно з доповіддю ВООЗ 2019, в світі не буде досягнута глобальна мета по загальному охопленню медичними послугами, якщо в систему догляду за кожним новонародженим не будуть внесені необхідні перетворення. Без швидкого прогресу в цих питаннях деякі країни не зможуть досягти даної мети протягом ще 11 десятиліть. У доповіді містяться наступні рекомендації, які можуть сприяти порятунку життя новонароджених (Доповідь ВООЗ, 2019):.

- надання цілодобової стаціонарної допомоги новонародженим сім днів на тиждень;
- навчання медичних сестер навичкам надання практичної допомоги в партнерстві з сім'ями;
- використання переваг, якими володіють батьки і сім'ї, шляхом навчання їх тому, як стати досвідченими піклувальниками і доглядати за своїми дітьми, що зможе знизити стрес, допомогти дітям набрати вагу і забезпечити правильний розвиток їх головного мозку;
- забезпечення належної якості медичних послуг має стати частиною політики країни і довгостроковим «вкладенням коштів» у новонароджених з низькою вагою або будь-яким захворюванням;
- моніторинг стану кожного новонародженого з низькою вагою або будь-яким захворюванням, який дозволить відповідальним особам відстежувати прогрес в медичній допомозі та покращувати її результати;
- виділення необхідних ресурсів в якості додаткових інвестицій у розмірі 0,20 цента США на людину зможуть зберегти до 2030 року життя двом з кожних трьох новонароджених в країнах з низьким і середнім рівнем доходу.

При забезпеченні дбайливого догляду ці діти зможуть жити без серйозних ускладнень. У доповіді також говориться, що до 2030 року в 81 країні світу можна буде врятувати життя більш ніж 2,9 мільйонів жінок і новонароджених, включаючи запобігання випадків мертво народження за умови прийняття більш досконалих і ефективних стратегій медичної допомоги. Наприклад, якщо одна і та ж медична бригада буде піклуватися про матір і дитину під час пологів і після народження, то це дозволить їй виявляти проблеми зі здоров'ям на ранніх етапах.

Більш того, до 2030 року можна буде запобігти майже 68 % смертей новонароджених при використанні таких простих методів, як:

- виключно грудне вигодовування;
- тілесний контакт між матір'ю або батьком і дитиною;

- забезпечення необхідними ліками та обладнанням;
- доступ до чистих, добре обладнаних медичних установ, укомплектованих кваліфікованими медичними кадрами.

Інші заходи, такі як:

- реанімаційні заходи у випадках розладів дихання у дитини;
 - введення матері відповідних препаратів для запобігання у неї кровотечі;
 - своєчасна перерізка пуповини
- також можуть врятувати мільйони життів.

РОЗДІЛ 2.

НАПРЯМИ ПОКРАЩЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ

2.1. Аналіз стану народжуваності в Україні

Аналіз наукових джерел висвітлив, що державна політика покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні є одним із найвпливовіших інструментів, який здатний реально змінити стан здоров'я населення. Але, незважаючи на пріоритетність питання здоров'я новонароджених у державній політиці та високу політичну прихильність до вирішення проблем здоров'я новонароджених дітей, стан їхнього здоров'я в Україні має негативну тенденцію до погіршення і вважається вкрай незадовільним (Центр медичної статистики, 2020)..

Щороку Міністерство охорони здоров'я України звітує перед Президентом України, Верховною Радою та Кабінетом Міністрів України про стан здоров'я населення. Аналіз медичної допомоги новонародженим є окремим розділом національного звіту. Із набуттям Україною незалежності охорона здоров'я новонароджених дітей стала справою держави. Було вжито заходів економічного, соціального, наукового, культурного, освітнього, організаційного, санітарно-гігієнічного та медичного характеру, спрямованих на збереження здоров'я новонароджених, створення сприятливих для їхнього здоров'я умов медичної допомоги. Проте об'єктивні дані стану здоров'я вказують на те, що заходи державного впливу на стан покращення медичної допомоги новонародженим залишаються або недостатніми, або неефективними.

В 2019 році в загальносвітовому рейтингу народжуваності Україна займала 176 місце. У 1990 році в Україні на 1 тисячу населення народжувалось 12,6 малюків, тоді як в 2019 році - лише 9,3.

Таблиця 2.1.

Рівень народжуваності в Україні

2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2005	2000	1990
9,3	9,5	9,8	10,1	10,3	10,6	10,7	10,8	10,9	10,8	9,3	8,3	12,6

Джерело: узагальнено на основі Центр медичної статистики, 2020

За даними Державної служби статистики, у 2019 році населення України скоротилося на 230,5 тис. осіб.

На сьогодні рівень смертності новонароджених в Україні перевищує показники європейських країн майже в 3 рази.

За січень – серпень 2020 року кількість живонароджених за даними Держкомстату наступна (Таблиця 2.2.):

Таблиця 2.2.

Кількість живонароджених в Україні за січень-серпень 2020 року¹

	Кількість живонароджених/ <i>Number of live births</i>	Кількість померлих дітей у віці до 1 року/ <i>Number of the dead of infants under 1 year old</i>
Україна	193138	1338
Вінницька	7560	44
Волинська	6843	38
Дніпропетровська	14150	106
Донецька	7271	64
Житомирська	6032	30
Закарпатська	8777	99
Запорізька	6976	36
Івано-Франківська	7693	60
Київська	9453	44
Кіровоградська	3937	35

^{1 1} Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

Луганська	2620	20
Львівська	13895	98
Миколаївська	5056	36
Одеська	13508	94
Полтавська	5663	37
Рівненська	7960	41
Сумська	4052	30
Тернопільська	5144	32
Харківська	10928	99
Херсонська	5012	49
Хмельницька	6474	46
Черкаська	4708	37
Чернівецька	5309	28
Чернігівська	3940	41
м.Київ	20177	94

Джерело: узагальнено на основі Центр медичної статистики, 2020

Представимо ці дані у вигляді гістограми (Рис.2.1.):

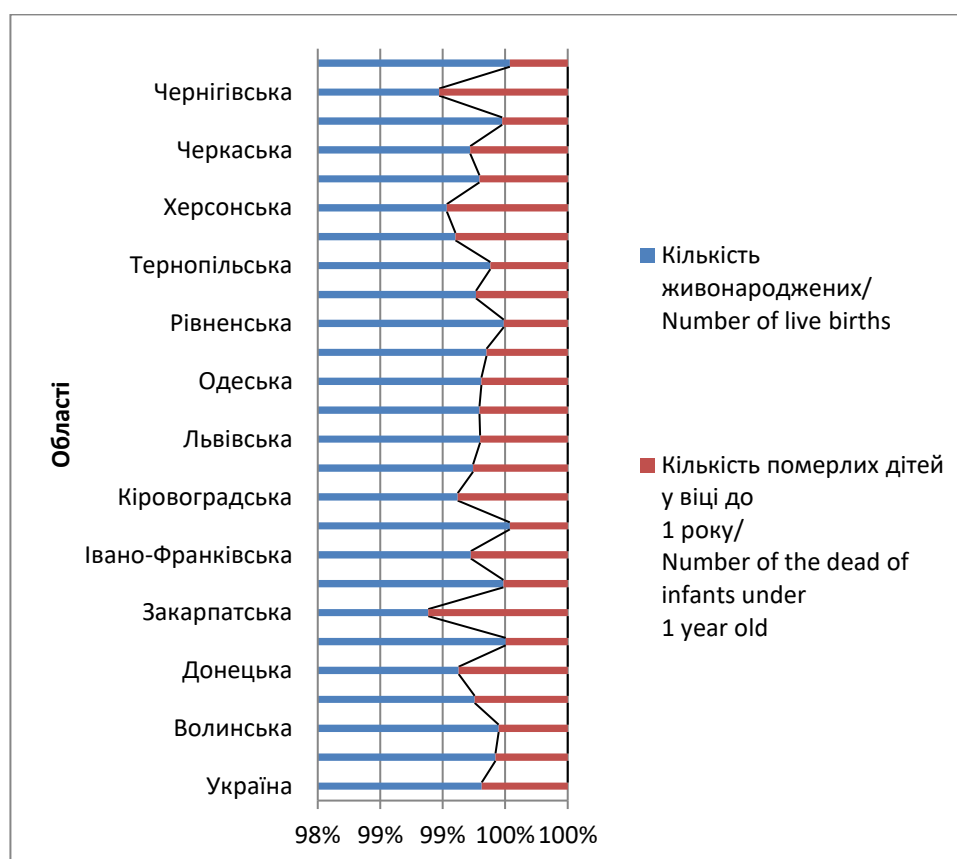


Рис.2.1. Кількість живонароджених та померлих дітей у віці до 1 року за січень-серпень 2020 року

Найбільша кількість новонароджених дітей у м.Київ – 20177, у Дніпропетровській (14150). Львівській (13895) та Одеській (13508) областях; а найбільша кількість померлих дітей - в Дніпропетровській (106), Харківській (99), Закарпатській (99) та Львівській областях відповідно.

2.2. Аналіз тенденцій покращення медичної допомоги новонародженим в Шосткінській районній лікарні

З 01.01.2007 р. Україна перейшла на критерії реєстрації перинатального періоду відповідно до рекомендацій ВООЗ, що регламентовано наказом МОЗ України від 29.03.06 р. №179 (пологи реєструються з повних 22 тижнів вагітності, 500 г маси тіла дитини при народженні).

Перехід України на критерії реєстрації перинатального періоду, рекомендовані ВООЗ, є необхідним та надзвичайно важливим кроком, який дасть можливість порівнювати показники перинатальної статистики в Україні та провідних країнах світу з метою відповідного аналізу, перинатального аудиту та прийняття обґрунтованих рішень і програм щодо обсягу та спрямованості заходів на рівні держави.

На жовтень 2020 року НСЗУ законтрактувала 121 медзаклад, який надає в Україні неонатальну допомогу новонародженим. Серед них 21 перинатальний центр, 3 – центри матері і дитини, 24 пологові будинки, 23 обласні дитячі лікарні. За надання допомоги новонародженим НСЗУ заплатила цим медзакладам майже 180 млн грн.

5 331 немовля отримало медичну допомогу в цих закладах в квітні-травні. З них 417 малюків, які народились з вагою менше ніж 1 500 гр.

Вагітні жінки м. Шостка та Шосткинського району обслуговуються такими підрозділами ЦРЛ:

- жіноча консультація;

- гінекологічне відділення;
- пологове відділення.

Також медична допомога надається у всіх відділеннях лікарні, при виявленні екстрагенітальної патології у вагітної до 22 тижнів гестації.

Найважливішим завданням закладу є надання кваліфікованої допомоги вагітним на допологовому рівні, в пологах та в післяпологовому періоді з метою народження здорової дитини.

Новонародженим дітям надається допомога в відділенні новонароджених ЦРЛ та в дитячій лікарні м. Шостка.

Всі підрозділи працюють як єдина ланка і в 2008 році заслужили звання **«Лікарня, доброзичлива до дитини»**.

Амбулаторно-поліклінічна допомога вагітним надається в жіночій консультації.

Жіноча консультація розрахована на 80 відвідувань у зміну.

З 1996 року в жіночій консультації працює кабінет планування сім'ї, де проводиться санітарно-просвітницька робота з питань планування сім'ї, безпечного материнства.

Проводиться пренатальна діагностика з метою виявлення патології плода, що включає:

- генетичне консультування вагітних;
- дворазовий скринінг УЗД в 9-11 тижнів та 16-21 тиждень гестації;
- лабораторне обстеження на ВІЛ-інфекцію, вірусів гепатиту В, С, сифілісу та за показаннями на TORCH-інфекцію.

В жіночій консультації працює **«Школа відповідального батьківства»** по підготовці сімейної пари до пологів та народження дитини.

При жіночій консультації працює денний стаціонар на 15 ліжок.

Стаціонарна допомога вагітній надається до 22 тижнів в гінекологічному відділенні та в усіх підрозділах лікарні, з 22 тижня гестації в пологовому відділенні на ліжках патології вагітних.

Пологове відділення ШЦРЛ розраховане на 35 ліжок, з яких 23 пологових ліжок та 12 ліжок патології вагітних.

З 2007 року пологове відділення КНП «Шосткінська ЦРЛ» має статус «Лікарня доброзичлива до дитини», в 2015 році був проведений моніторинговий візит за участю експерта ВООЗ.

У порівнянні з 2019 роком чисельність населення зменшилась.

Зміна чисельності населення виглядає таким чином (Таблиці 2.3. та 2.4):

Таблиця 2.3.

Показник наявності постійного населення по мм. Шостка, Воронеж та Шосткинському району

	2019 р.	9 міс 2020 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 2.4.

Показник наявного населення по мм. Шостка, Воронеж та Шосткинському району

	2019 р.	9 міс 2020 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

Аналіз наведених таблиць висвітлює той факт, що по відношенню до 2019 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 (Таблиці 2.5., 2.6. та 2.7.):

Таблиця 2.5.

**Основні демографічні показники Шосткінського району
(народжуваність на 1000 населення)**

Роки	Серед міських жителів району	Серед сільських жителів району	Серед усього населення району	Показник Сумської області серед всього населення
2018	5,69	1,41	5,10	7,30
2019	5,20	0,91	4,61	6,50
9 міс 2020 р.	5,19	0,15	4,50	

Таблиця 2.6.

Основні демографічні показники Шосткінського району (смертність на 1000 населення)

Роки	Серед міських жителів району	Серед сільських жителів району	Серед усього населення району	Показник Сумської області серед всього населення
2018	13,37	22,19	14,59	15,90
2019	13,47	24,16	14,94	16,34
9 міс 2020 р.	14,19	20,55	15,06	

Таблиця 2.7.

**Основні демографічні показники Шосткінського району
(природній приріст на 1000 населення)**

Роки	Серед міських жителів району	Серед сільських жителів району	Серед усього населення району	Показник Сумської області серед всього населення
2018	-7,68	-20,78	-9,49	-8,60
2019	-8,27	-23,25	-10,33	-9,84
9 міс 2020 р.	-9,00	-20,4	-10,56	

Як видно з таблиць, в цілому в поточному році народжуваність в порівнянні з 2019 роком зменшилася, смертність незначно збільшилась.

Природний приріст став більш негативним = -10,56 при обласному показнику за 2019 рік = -9,84.

Характеристика населення району за статевою структурою має такий вигляд (Таблиця 2.8.):

Таблиця 2.8.

Характеристика населення м. Шостки та Шосткинського району за статевою структурою

Стать		2019 р.	9 міс 2020 р.	Зміна показника	
				абс.число	%
Чоловіки	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 статевую структурою залишилася на попередньому рівні.

Також в рамках державної політики покращення медичної допомоги новонародженим відбувається охват жінок онкопрофоглядами зі взяттям мазків на АК.

В цілому по району охват жінок онкопрофоглядами зі взяттям мазків на АК в порівнянні з 2019 роком зменшився та склав 71,4% (2019 рік – 86,6%).

Треба відмітити, що в усіх АЗПСМ міського та районного ЦПМСД показник нижче районного показника.

З 15-ти ФАПів та ФП лише в 4-х показник охоплення онкопрофоглядами жінок зі взяттям мазків на АК на рівні районного показника.

Украї недостатньо охоплені онкопрофоглядами жінки зі взяттям мазків на АК по:

- Маківському ФП - 35,1%
- Воронізькому ФП - 34,5%
- Собицькому ФАП - 12,1%
- Лушницькому ФП - 0,6%

Жодна жінка не охоплена онкопрофоглядами зі взяттям мазків на АК за 2020 рік по:

- Ковтунівському ФП
- Тиманівському ФП
- Каліївському ФП
- Гуківському ФП
- Пирогівському ФП

Статистика по відділенню для новонароджених КНП « Шосткинська ЦРЛ» представлена в Таблиці 2.9.:

Таблиця 2.9.

Статистика відділення для новонароджених КНП «Шосткинська ЦРЛ»

Показник	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.	9 місяців 2020 р.
Всього народилось	652	523	453	772	815
З інших районів (приїзджі)	98(15%)	103 (19.7%)	124 (27.3%)	124 (27%)	108 (26%)
Народилось недоношеними	10 (1.5%)	7 (1.3%)	10 (2.2%)	9 (1.96%)	5 (1.2%)
Проведено неонатальних скринінгів	633 (97%)	513 (98%)	437 (96.5%)	445(97.1%)	400 (97.8%)
Вакціновані БЦЖ	462 (164 немає вакцини) 70.8%	110 (403 немає вакцини) 21%	369 (54 немає вакцини) 81.5%	422 (92.1%)	376 (92%)
Протипокази до БЦЖ	26	10	24	36	33
Відмови від БЦЖ	7	2	9	10	10
Вакціновані проти гепатиту В	297 (327 немає вакцини) 45.5%	193 (294 немає вакцини) 36.9%	371 (31 немає вакцини) 83.2%	408 (89%)	376 (92%)
Протипокази до вакц. проти гепатиту В	8	11	19	29	33
Відмови від вакц. проти гепатиту В	20	27	26	50	20
Сумісне перебування	98%	98.1%	97.6%	97.6%	98.5%
Потребували реанімаційної допомоги	34 5.2%	32 6%	20 4.4%	25 (5.4%)	15 (3.6%)
Перинатальна смертність	4 (6.0 проміле)	2 (3.8 проміле)	1 (2.2проміле)	3 (6.5 проміле)	0
Аntenатальна	1	1	0	3	0

смертність (до початку пологів)					
Інтранатальна смертність (в процесі пологів)	1	1	0	0	0
Рання неонатальна (7 днів після пологів)	2	0	1 2.2промілье	0	0
Переведені до Сумської обласної дитячої лікарні всього	41	25	30	31	15
Переведені до відділення інтенсивної терапії новонароджених Сумської обласної дитячої лікарні виїзною реанімаційною бригадою	15	10	12	12	8
Переведені до відділення патології новонароджених Сумської обласної дитячої лікарні	26	15	18	19	7
Захворіло дітей всього	108	84	78	90	72
Захворюваність у промілле	165.6	160.6	172.2	196.5	176.0

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації Шосткинської ЦРЛ

Відділення новонароджених – в структурі пологового відділення розраховано на 25 ліжок, що складає 110% від післяпологових ліжок.

Відділення новонароджених обслуговують такі підрозділи ЦРЛ:

- клінічна лабораторія;
- бактеріологічна лабораторія;
- відділення функціональної діагностики;
- станція переливання крові;
- централізоване стерилізаційне відділення (ЦСВ);
- централізована пральня з відокремленою пральною машиною для

пологового відділення.

В структурі відділення:

1) палата інтенсивної терапії – розрахована на 3 ліжка, обслуговується окремим цілодобовим постом медичних сестер, основними завданнями яких є:

- виходжування, догляд та лікування недоношених новонароджених з гестаційним віком менше 34 тижнів;

- надання невідкладної допомоги хворим новонародженим: проведення інтенсивної терапії, ШВЛ за показанням.

2) 22 ліжка сумісного перебування матері та дитини, розташовані на післяпологових ліжках;

3) палата неонатального догляду, основні завдання якої є:

- догляд за новонародженими, які не можуть перебувати з матір'ю за станом її здоров'я:

а) гострі психічні розлади;

б) відкрита форма туберкульозу;

- догляд за новонародженими, від яких відмовлялись матері, до переведення їх в інший стаціонар.

4) кімната зберігання та розведення вакцини БЦЖ;

5) кімната зберігання вакцини проти гепатиту В;

6) кімната приготування молочних сумішей.

Наглядніше структура відділення новонароджених КНП «Шосткинська ЦРЛ» представлена нами на рис 3.1..:



Рис.3.1. Структура відділення новонароджених КНП «Шосткинська ЦРЛ»

За штатним розкладом відділення новонароджених обслуговує медичний персонал:

- 5,75 ст. лікаря педіатра – неонатолога,
- 13,5 ст. середніх медичних сестер,
- 6,5 ст. молодших медичних сестер.

Забезпеченість відділення новонароджених медичним персоналом:

Лікарями – на 50% . З них - 1 штатна одиниця, 2 – позаштатні сумісники.

Кваліфікаційна категорія: 1 лікар – вища категорія,

2 лікаря – друга категорія (позаштатні сумісники).

Цілодобовий пост чергового лікаря-неонатолога забезпечено на 25%, а 75% - за рахунок ургенції на дому.

Середні медичні сестри – забезпеченість на 100%.

Кваліфікаційна категорія: вища – 13 медичних сестер.

Організовано 3 цілодобових пости по 4,5 ставки.

Молодші медичні сестри – забезпеченість 100%.

Організовано 1 цілодобовий пост – 4,5 ставки, 1 денний пост – 2 ставки.

Відділення новонароджених обладнане:

- апарат ШВЛ - 2 одиниці
- «Intermed – Neo» – 1 шт.;

- «Genevri» - у відкритій реанімаційній системі 2007 року випуску.
- відкрита реанімаційна система з лампою фототерапії та апаратом ШВЛ „Genevri” – 1 шт. 2007 року випуску;
- інкубатори – 4 одиниці:
- „Fanem” – 1 шт. 2007 року випуску;
- „Vicers” – 3 шт. 1992 року випуску.
- пульсоксиметр – 2 одиниці
- дозатори автоматичні – 3 одиниці
- «Braun» - 2008 року випуску;
- «ЮСП-100» - 2007 року випуску;
- «ДШ - 07» - 2006 року випуску(потребує ремонту).
- лампи фототерапії :
- Bilispot «Fanem» - 2007 року випуску;
- лампа фототерапії у відкритій реанімаційній системі 2007 року випуску;
- установка для фототерапії – 1 одиниця (заміна ламп фототерапії проведена в грудні 2014 року);
- «Amelux» - 2012 року випуску.
- транскутанний білірубінометр –1 одиниця(підлягає списанню)
- «Bilicher» - 2008 року випуску;
- глюкометр ІМЕ-ДС – 1 одиниця
- мішок „Amvi” – 4 шт. V – 250мл;
- електровідсмоктувачі – 2 одиниці;
- ваги електронні – 2 одиниці;
- ларингоскоп - 3 одиниці.
- Монітор пацієнта з функцією вимірювання АТ

Відділення новонароджених забезпечене централізованою подачею кисню.

Аналіз діяльності відділення новонароджених КНП «Шосткинська ЦРЛ» висвітлив, що відбулося значне збільшення ведення медичних записів через

МІС – це діагностичні звіти, надані процедури, створені та виконанні направлення, епізоди та інше. Також є введені помилкові дані, які не прийняти НСЗУ та не сплачені за надану послугу, що складає в 3 кварталі 2020 року -0,37 %, в 4 кварталі – 1,12 %. Загалом порівняно з активними за рік маємо відхилення в 1,02 %, що не впливає майже на загальну суму фінансування за надані послуги.

Також вважаємо необхідним зазначити, що на сьогодні у відділенні новонароджених КНП «Шосткинська ЦРЛ» є можливість створити медичний висновок про народження дитини. Аналіз можливостей структурування та надання інформації у відділенні новонароджених КНП «Шосткинська ЦРЛ» ми відносимо до перспектив нашого дослідження.

РОЗДІЛ 3.

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ПОКРАЩЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ НА ПРИКЛАДІ НЕОНАТАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ ШОСТКИНСЬКОЇ РАЙОННОЇ ЛІКАРНІ

3.1. Аналіз результатів державної політики покращення медичної допомоги новонародженим на прикладі Шосткинської ЦРЛ

Представимо основні показники діяльності родопомічних закладів КНП «Шосткинська ЦРЛ» в рамках державної програми покращення медичної допомоги новонародженим та в умовах медичної реформи.

В поліклініці наявний документ «Політика підтримки грудного вигодовування дітей», у якому відображено всі 12-ть принципів, і який є керівництвом до дії. Ці документи розміщені у коридорах підрозділів в доступних місцях для медичного персоналу, пацієнтів та їх родичів.

Інформація щодо впровадження принципів грудного вигодовування розташована на стендах і плакатах в холах підрозділів, яскрава і доступна для медперсоналу, матерів, вагітних і їх родичів.

В жіночій консультації працює «Школа відповідального батьківства». В Школі проводяться заняття з психопрофілактичної підготовки вагітних жінок до пологів та сучасного ведення лактації і грудного вигодовування.

На практиці виявляється: щоб забезпечити тривале та успішне грудне вигодовування, бажання матері треба підтримувати належною професійною допомогою медичних працівників, психологічною підтримкою чоловіка, родини та друзів.

У відділеннях постійно проводиться робота стосовно важливості виключно грудного вигодовування до 6-ти місяців, раннього прикладання немовлят до грудей матері, спільного перебування матерів і дітей, годування «За вимогою».

Таблиця 3.1.

Проведення імунопрофілактики в Шосткинській ЦРЛ

Охоплення профілактичними щепленнями	2019	9 міс 2020 р.
%	65,7	68,2
Постійні протипокази	-	3
Відмови	156	61

Легко бачити, що у порівнянні з 2019 роком спостерігається покращення показників вакцинації дітей, пов'язане із проведеною роботою у відділеннях ЗПСМ.

Питання відмов вирішується імунологічною комісією та шляхом проведення занять у «Школі імунізації».

Таблиця 3.2.

Кількість пологів та абортів в Шосткинській ЦРЛ

	2019	9 міс 2020 р.
Пологи	815 осіб	772
1. з них в термін	790 осіб	750
2. передчасно	24 особи	22
Кількість абортів	12 осіб	11

1) Показник переривання вагітностей до 22 тижнів дещо зменшився на 1 випадок: 7 мимовільних викиднів, 4 – переривання по медпоказах.

2) Кількість пологів – зменшилась на 43, передчасних – зменшилась 2 випадки.

3) Кількість випадків перинатальної смертності:

4 випадків перинатальної смертності (5.14‰) проти 9 ти випадків в 2019 році (10.91‰) з проведеним аналізом та розбором випадків. Комісійно встановлено, що 4 випадків - невідворотні на етапі жіночої консультації.

4) В 2020 р взято на облік з приводу непліддя 17 жінок, (2019 р- 25 жінок) - на 7 менше. Проліковано - 12 жінок (12 - вагітні).

5) В 2019 році проведено обстеження УЗД дворазово 781 (99,7%) 2020 р. - 822 вагітним (99,2%).

6) Взято на облік в ЖК 2019 р. -786 вагітних, проти 889 вагітних 2020 р.

7) Зменшилась кількість вагітних на 103.

Таблиця 3.3.

Аналіз діяльності родопомічних закладів КНП Шосткинська ЦРЛ

Діяльність родопомічних закладів КНП «Шосткинська ЦРЛ»	9 міс 2020 р.	2019
Взято на облік по вагітності	889	786
Група ризику	316	211
Група підвищеного ризику	95	93
Всього пологів в термін	815	772
Передчасні пологи (%- зменшився)	24 3,4%	22 2,8%
Мимовільні викидні (пізні)	9 1,07 %	7 0,89%
Кількість вагітних обстежених на ІФР	822(98,3%)	778
Планування сім'ї (ВМК-показник)	518	563
Гормональна контрацепція	4200	4926
УЗД дворазово до 22 тиж. вагітності	822 99, 23%	781 99,74%
Обстежено в медико-генетичній консультації	325	322

Підлягало оздоровленню „Д” хворих	1929	1983
Оздоровлено	1874 97,15%	1931 97,3%
Виявлено гонорей	7	6
Виявлено позитивне РВ	1	1
- Підтверджено	1	1

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації Шосткинської ЦРЛ

Аналізуючи показники роботи, можна зробити висновок, що знизилась перинатальна смертність.

Більшість показників можна вважати стабільними, покращилось показники:

- перинатальної смертності.
- обстеження вагітних двічі на УЗД,
- та оздоровлення диспансерної групи жіночого населення.

Таким чином, в результаті державної політики покращення медичної допомоги новонародженим в умовах медичної реформи в Україні ми бачимо на прикладі Шосткинської ЦРЛ, що перинатальна смертність знизилась.

3.2. Рекомендації щодо покращення медичної допомоги новонародженим

Сучасна державна політика передбачає управління якістю медичної допомоги та ефективності реалізації вкладених коштів на всіх етапах ведення вагітності, пологів та неонатального періоду в регіонах з різним рівнем фінансування.

Планування модернізації структур, які надають медичну допомогу новонародженим в нашій країні вимагає точних знань про вихідну якість допомоги, процеси та результати її надання в ЗОЗ різного рівня. Для сучасної високотехнологічної медицини найбільш актуальними є організаційні заходи, що замінюють контроль якості вже наданої медичної допомоги на систему управління якістю, що забезпечує безперервне цілеспрямоване поліпшення результатів, прогнозу і стану здоров'я новонароджених дітей.

Пріоритетними напрямками сучасної медичної допомоги новонародженим є не тільки усунення випадків неоптимального, згідно з існуючими стандартами, ведення новонароджених в різних клінічних ситуаціях, але й безперервне підвищення самих стандартів якості. Це дозволить оптимізувати систему оцінки та надання допомоги в неонатології незалежно від рівня фінансування областей та ЗОЗ (Рис.3.2.):

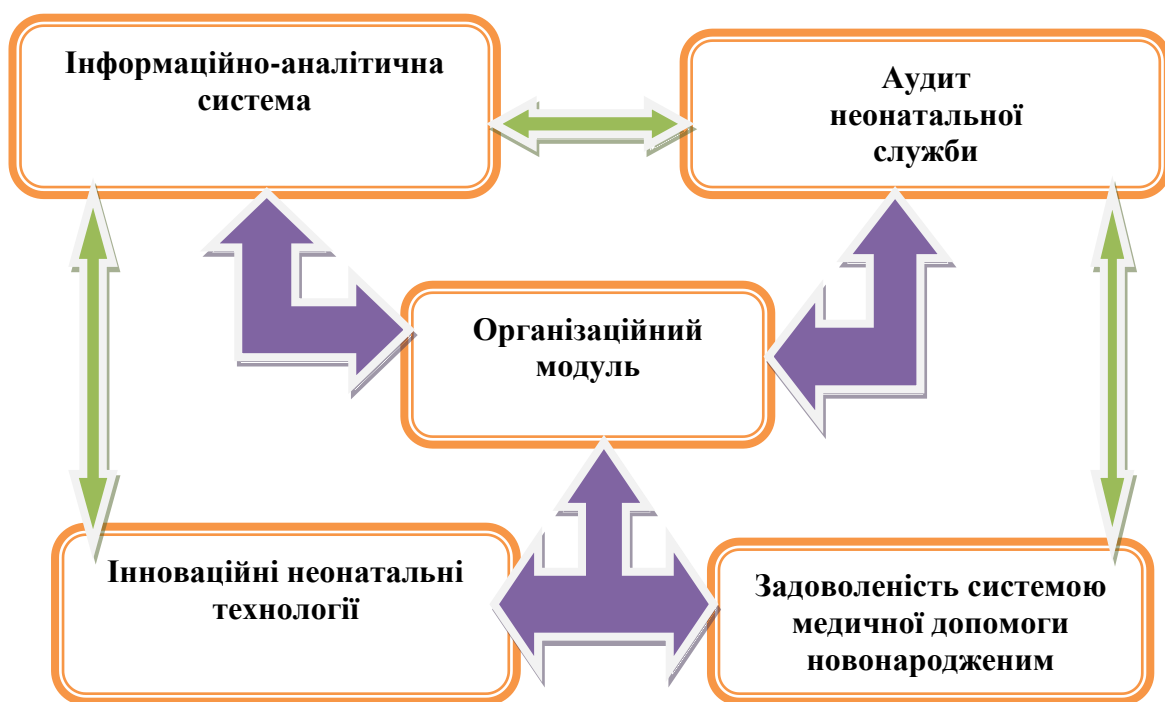


Рис.3.2. Управління якістю неонатологічної допомоги

Аудит неонатальної служби дозволить виявити територіальні відмінності по областям України показників захворюваності, перинатальної та дитячої

смертності, обумовлені різною якістю пренатальних і постнатальних заходів, економічними і структурними проблемами, та які вимагають достовірності, оперативності й комплексності інформації про ресурси, функції і взаємодії установ різного рівня.

Якість допомоги відповідно впливає на виживаність і стан здоров'я новонароджених через результативність клінічних процесів і організацію оптимальної роботи структури установ, засновану на принципі регіоналізації, що згідно медичній реформі визначає рівнодоступність та безперервність надання медичної допомоги необхідного рівня.

Важливим критерієм оцінки медичної та психологічної складових медичної допомоги новонародженим є задоволеність сімей пацієнтів, яка в нашій країні ще не знайшла застосування.

Конкретні, значні резерви вдосконалення медичної допомоги новонародженим дітям можливо, на нашу думку, виявити при вивченні різних параметрів: структури установ, матеріально-технічного оснащення, кадрової забезпеченості, професіоналізму співробітників, оцінки існуючих статистичних показників, сучасного стану допомоги дітям ЕНМТ, регіоналізації перинатальної служби, експертного аналізу документації пацієнтів, результатів анкетування пацієнок і лікарів.

Результати комплексного дослідження проблем і сучасного стану служби медичної допомоги новонародженим дозволили обґрунтувати пріоритетні напрямки підвищення якості медичної допомоги новонародженим дітям.

В першу чергу, це впровадження сучасних технологій і раціональне переоснащення / дооснащення медичних закладів, що надають допомогу новонародженим.

Важливими напрямками ми також вважаємо:

- реалізацію трирівневої структури допомоги, здатної на підставі принципів регіоналізації забезпечити безперервність допомоги необхідного рівня при оптимальному зниженні витрат;

- доступність спеціалізованої допомоги, незалежно від місця проживання (в міській і сільській місцевості) за рахунок підвищення ефективності роботи перинатальних центрів;

- впровадження методики багатofакторної та об'єктивної оцінки якості проведених медичних заходів - перинатального аудиту; безперервності професійної освіти;

- сучасна, обгрунтована регіональними потребами, спеціалізація медичних працівників.

Система оцінки якості медичної допомоги новонародженим повинна, на нашу думку, складатися з:

- розширеної оцінки статистичних показників (на основі аналізу існуючих звітних форм);

- методик оцінки (самооцінки) якості допомоги в стаціонарах;

- методики проведення аудиту (особливо внутрішнього) первинної документації, регламентованої на рівні внутрішньої звітності стаціонарів.

Серед методів оцінки ефективності медичної допомоги новонародженим в Україні слід ввести коефіцієнт:

- централізації допомоги новонародженим;

- роздільний підрахунок по всіх установах кожного рівня показників перинатальної, ранньої неонатальної смертності та мертвонароджуваності;

- відсоток передчасних пологів.

Індикаторами недостатньої медичної допомоги ми вважаємо наступні:

- відсутність переважної кількості ускладнених і передчасних пологів в ПЦ,

- високі показники смертності новонароджених в установах першого і частково другого рівня.

Також вважаємо потрібним зауважити, що висока інтенсифікація праці медичного персоналу при виходжуванні тяжкохворих, недоношених дітей, диктує важливість раціонального комплектування установ кадрами з

необхідною професійною підготовкою. Тому потрібна модернізація та безперервність післядипломної освіти, спеціалізація медичних кадрів, навчання співробітників психологічним аспектам роботи, комунікативним навичкам і антенатальному консультуванню при загрозі вкрай передчасних пологів. При цьому необхідно забезпечити лікарів, які надають допомогу новонародженим, своєчасним доступом до професійної інформації, стандартів та клінічних рекомендацій, з подальшим аудитом знань і навичок.

ВИСНОВКИ

Для покращення медичної допомоги новонародженим як передумови для зниження дитячої та дитячої смертності необхідне виконання ряду умов.

- Своєчасне і правильне визначення стану здоров'я плода.
- Чітке обґрунтування системи організації медичної допомоги в умовах регіону.
- Підвищення рівня кваліфікації медичного персоналу.
- Впровадження високотехнологічних методів виходжування хворих новонароджених.
- Застосування сучасних перинатальних технологій спостереження за здоровими новонародженими.
- Регіоналізація перинатальної допомоги з відповідним забезпеченням 1, 2, 3-го рівнів надання допомоги.

Використання сучасних підходів і нових методів лікування вимагає аналізу їх ефективності. Дуже важливо знати, яким чином можна визначити показник виживання хворих дітей. Такий аналіз можливий тільки за рахунок безперервного багаторічного комп'ютерного моніторингу клінічної ефективності роботи медичних служб міста та області.

Впровадження регіональної інформаційно-комп'ютерної системи допоможе провести глибокий аналіз і тим самим підвищити ефективність спеціалізованої допомоги.

Ми вважаємо, що дуже важливе значення має організація на базі родопомічних закладів КНП «Шосткинська ЦРЛ» катамнестично-консультативного кабінету з комп'ютерною базою даних для спостереження та необхідної лікувально-консультативної допомоги дітям, що народились з дуже малою масою тіла, важкою перинатальною патологією.

Узагальнюючи наявні в літературі дані, можна зробити висновок, що вдосконалення якості медичної допомоги (КМП) в неонатології – проблема різнобічна. Це:

- ефективного функціонування створюваних перинатальних центрів;
- регіоналізація допомоги на основі взаємодії трирівневої структури стаціонарів;
- раціональне впровадження нових інформаційних, організаційних та лікувально-діагностичних технологій;
- спеціалізація та підвищення компетентності медичного персоналу;
- регламентоване проведення перинатального аудиту (ПА) у всіх установах, що надають допомогу новонародженим;
- створення комфортних і психологічно лояльних умов для пацієнтів і їх сімей і т.д.;
- розробка та впровадження нових організаційних форм обслуговування матері і дитини, доступних незалежно від місця проживання.

Ми вважаємо, що ці заходи дозволять суттєво покращити медичну допомогу новонародженим по всій країні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко, Н. В. (2010). Удосконалення системи державного регулювання в галузі охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія: державне управління..* № 1. С. 175-180.
2. Баєва, О. В. (2008). Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посіб. Київ: Центр уч. л-ри.
3. Баранова, Т. Ф. (2000). Фінансовий та економічний стан охорони здоров'я України в умовах реформування галузі. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* № 3. С. 80.-82.
4. Виступ регіонального директора ВООЗ (2019). Вилучено з: <http://www.euro.who.int>
5. Гойда, Н. Г. & Донець, В.Є. (2012). Актуальність створення перинатальних центрів в Україні. *Здоров'я жінки.* № 4. С. 14-16.
6. Голяченко, О.М. (2010). Реформа охорони здоров'я в Україні : як вийти з кризи. К.: ВСВ «Медицина».
7. Державна політика у сфері охорони здоров'я (2013) : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. Київ. : НАДУ. Ч. 1.
8. Державний комітет статистики України (2020). Вилучено з: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
9. Доповідь ВООЗ «Фінансова криза та глобальна Охорона здоров'я» (2019). Вилучено з: <https://ukrjizn.com/finansova-kriza-2019-2020-roki-u-sviti/>
10. Дудіна, О. О. & Габорець, Ю.Ю. (2016). Деякі питання доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги в Україні. *Україна. Здоров'я нації.* № 4 (40). С. 100-105.
11. Европейская база данных «Здоровье для всех» (2020). Вилучено з: http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html.

12. Европейское региональное бюро ВОЗ (2010). Европейская база данных «Здоровье для всех» (HFA-DB). Вилучено з: <http://www.euro.who.int/hfadb>.
13. Жаліло, Л.І. & Мартинюк, О.І. (2016). Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. Вилучено з: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf>
14. Жилка, К. І. (2014). Розвиток механізму взаємодії з міжнародними організаціями у сфері державного управління охороною здоров'я дітей: автореф. дис. ... канд. наук. з держ. упр. : 25.00.02. Київ.
15. Знаменська, Т. К, Жданович, О. І. & Коломійченко, Т.В. (2016). Основні напрямки розвитку неонатології на сучасному етапі. *Журнал практичного лікаря*. . № 5–6. С. 12–24.
16. Карамішев, Д. В. (2004). Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я: *Держ.-управл. аспекти* . Харків. : Магістр.
17. Квіташвілі, О. (2014). Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. Вилучено з: http://healthsag.org.ua/wpcontent/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf.
18. Конвенція ООН про права дитини. (1989). Резолюція 44/25 Генеральної Асамблеї ООН від 20 листопада 1989 року. Вилучено з: https://www.unicef.org/ukraine/ukr/children_11699.html
19. Кризина, Н.П. (2008). Обґрунтування реформування галузі охорони здоров'я за даними України та зарубіжних країн у контексті політики Всесвітньої організації охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. № 1. С. 80 - 86.
20. Моїсеєнко, Р. О. (2013). Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання медичної допомоги дітям і матерям : автореф. дис. ... д-ра мед. наук за спец. 14.02.03 «Соціальна медицина». Київ.

21. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні (2012) / за ред. Р. О. Моїсеєнко. Київ: МОЗ України.
22. Неонатологія: навчальний посібник / за ред. Знаменської Т.К. (2012). Київ: Асоціація неонатологов України. Макарів: Софія.
23. Нормативно-директивні документи МОЗ України (2020). Вилучено з: <http://mozdocs.kiev.ua>
24. Перша глобальна стратегія ВООЗ в області репродуктивного здоров'я. Вилучено з: <http://whqlibdoc.who.int>.
25. Похилько, В.І. (2016). Передчасно народжені діти: сучасний погляд на постнатальну адаптацію та стан здоров'я у ранньому віці. *Вісник проблем біології і медицини*. №. 1 (2). С. 22-27
26. Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах (2020). Вилучено з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0068-12#Text>
27. Про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року (2017). Закон України від 05.03.2009 р. № 1065-VI. Вилучено з: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1065-17..>
28. Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, порядку реєстрації живонароджених та мертвонароджених: наказ МОЗ України від 29.03.2006 р. № 179. (2006). Вилучено з: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0427-06>.
29. Про затвердження концепції реалізації національного проекту «Нове життя» - нова якість охорони материнства та дитинства (2011): наказ державного агентства з інвестицій та Управління національними проектами України від 08.09.2011 № 74. Вилучено з: http://zakon.nau.ua/search/?refs_to=1039.10908.1&card=card1.

30. Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні : наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417. (2011). Вилучено з: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110715_417.html.

31. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на 2006–2016 роки» : розпорядження КМУ від 22.04.2006 р. № 229-р. (2006).. Вилучено з: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/229-2006-p>.

32. Про удосконалення організації надання допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах : наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 726. (2012). Вилучено з: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0068-12>

33. Сердюк, А.М, Кундієв, Ю. І, Нагорна, А.М. & Широбоков, В. П. (2012). Стратегія розвитку профілактики в охороні здоров'я в Україні. *Журн. Нац. акад. мед. наук України*.18(3). С.358-371.

34. Слабкий, Г.А, Пархоменко, Г.Я. & Астахова, Н.Ю. (2014). Здоров'я 2020 – новая европейская политика и стратегия в интересах здоровья населения. *Вісн. проблем біології і медицини*. (3). Т.1. С.16-20.

35. Урсол, Г. М., Скрипник, О.А. & Бугро, В.І. (2018). Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектору. Кіровоград : ТОВ УмексЛІД.

36. Центр медичної статистики МОЗ України (2020). Вилучено з: [//www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua)

37. Ціборовський, О. М., Істомін, С.В. & Сорока, В.М. (2017). Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я. Київ. 72 с.

38. Шевцов, В. Г. (2006). Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Актуал. пробл. Розвитку управлін. систем: досвід, тенденції, перспективи* : зб. матеріалів наук.-практ. конф., 19 квіт. 2006 р. Харків. : Магістр. С. 157-163.

39. Шевцов, В. Г. (2007). Стратегія державного управління системою охорони здоров'я в Україні. *Теорія та практика держ. упр.* Харків: Магістр. С. 78-86.

40. Шунько, Є.Є. (2011). Впровадження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. Т.1. (1). С. 10-16.

41. Ярош, Н. П. (2006). Державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я України : монографія. Київ: Вид-во НАДУ.