

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

**КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ
ТА УСТАНОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ**

Методичні рекомендації

Київ – 2019

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

**КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ
ТА УСТАНОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ**

Методичні рекомендації

Київ – 2019

Установи-розробники:

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Ужгородський національний університет

Укладачі:

ДУДІНА Олена Олександрівна – к.мед.н., с.н.с.

СЛАБКІЙ Геннадій Олександрович – д. мед. н., професор

ДУДНИК Світлана Валеріївна – к.мед.н.

Рецензенти:

д. мед. н., професор Гойда Н. Г.

д. мед. н., професор Знаменська Т. К..

Затверджено на засіданні вченої ради ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», протокол від 26 лютого 2019 року, протокол №2.

Призначено для організаторів перинатальної допомоги в Україні.

Зміст

Умовні скорочення	5
Вступ	6
Методика комплексної оцінки стану перинатальної допомоги	9
Перелік рекомендуємої літератури	16
Додатки	18
Додаток 1 Орієнтовний перелік критеріїв оцінки (індикаторів діяльності) закладів перинатальної допомоги	18
Додаток 2 Модель комплексної оцінки діяльності закладів та установ перинатальної допомоги України	21
Додаток 3. Модель комплексної оцінки діяльності структурних підрозділів ЗОЗ, що надають догоспітальну перинатальну допомоги на I і II рівнях	23
Додаток 4. Модель комплексної оцінки діяльності структурних підрозділів ЗОЗ, що надають I рівень перинатальної допомоги	25
Додаток 5. Модель комплексної оцінки діяльності ЗПД (структурних підрозділів ЗОЗ), що надають II рівень перинатальної допомоги	28
Додаток 6. Модель комплексної оцінки діяльності ЗПД, що надають третинну (високоспеціалізовану) перинатальну допомогу	31

Умовні скорочення

ЗПД	заклади перинатальної допомоги
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЦСР	Цілі Сталого Розвитку
РПД	регіоналізації перинатальної допомоги
ЄРБ	Європейське регіональне бюро
ООН	Організація об'єднаних націй
СПЕП	Сприяння підвищенню ефективності перинатальної допомоги
ІОЯСДМН	Інструмент для оцінки якості стаціонарної допомоги матерям і новонародженим
МКО	модель комплексної оцінки
ККО	коефіцієнт комплексної оцінки
КДНЗ	коефіцієнт досягнення нормативного значення

Вступ

В умовах депопуляції, що зберігається в Україні протягом останніх десятиріч, надвисокої захворюваності всіх груп населення країни збереження здоров'я нових народжуваних поколінь є пріоритетним завданням соціальної політики і розглядається як фактор національної безпеки. Загальновизнано, що стартовим, таким, що визначає потенціал здоров'я людини на усе наступне життя є перинатальний період, а перинатальна патологія стоїть у витоків більшості дитячих захворювань; роль перинатальної складової важлива і в зниженні рівня здоров'я населення країни. Адже вагітність, пологи і період постнатальної адаптації є критичними етапами життя, коли дуже висока небезпека раптового розвитку небезпечного для життя стану, пов'язаного з порушенням життєво важливих функцій організму як матері, так і дитини. Адекватно впливаючи на ефективність перинатальної допомоги, суспільство тим самим закладає основу для оптимального відтворення населення і стану його здоров'я в майбутньому.

Стан здоров'я вагітних, наслідки пологів і стан і здоров'я новонароджених багато в чому визначаються не лише соціальним та економічним статусом населення, але й організацією перинатальної допомоги, наявністю сучасних медичних технологій. Система перинатальної допомоги передбачає введення вагітності та пологів, організацію допомоги новонародженим, у тому числі: виходжування, інтенсивну терапію та реабілітацію дітей, які передчасно народилися (особливо дітей з малою вагою) або народилися хворими.

Поряд з економічним та соціальним розвитком суспільства перинатальна допомога є частиною національної системи охорони здоров'я, а основним завданням її є поліпшення стану здоров'я нових народжуваних поколінь не тільки сьогодні, але й у майбутньому, попередження материнської і малюкової смертності.

В даний час держава приділяє велику увагу розвитку і вдосконаленню перинатальної служби. Реформування охорони здоров'я, у т.ч. і перинатальної служби, які в умовах економічного спаду і вираженого бюджетного дефіциту є за своєю суттю інноваційним процесом, можливі лише при чітко оформленій і підтримуваній на державному рівні інноваційній політиці,

одним із критеріїв якості якої може служити вимірювання ефективності механізму і процесу управління службою перинатального здоров'я.

Впровадження сучасних медикоорганізаційних перинатальних технологій з доведеною ефективністю, у т. ч. регіоналізації перинатальної допомоги сприяло зменшенню в останнє десятиріччя захворюваності вагітних і новонароджених. Проте, незважаючи на позитивні тенденції змін цих показників, викликає занепокоєння здоров'я вагітних і новонароджених. Йдеться про високий рівень екстрагенітальної патології вагітних, захворюваності недоношених новонароджених, тощо. Високими, незважаючи на значне зниження, у 2-3 рази вищими за середні показники у країнах Євросоюзу, залишаються у 2017 році рівні материнської (8,2 на 100 тис. народжених живими) та перинатальної (9,16 на 1000 народжених живими і мертвими) смертності.

У вересні 2015 року в рамках 70-ї сесії Генеральної Асамблеї ООН у Нью-Йорку відбувся Саміт ООН зі сталого розвитку та прийняття Порядку денного розвитку після 2015 року, на якому було затверджено нові орієнтири розвитку. Підсумковим документом Саміту «Перетворення нашого світу: порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року» було затверджено 17 Цілей Сталого Розвитку та 169 завдань. Україна, як і інші країни-члени ООН, приєдналася до глобального процесу забезпечення сталого розвитку. Для встановлення стратегічних рамок національного розвитку України на період до 2030 року на засадах принципу «Нікого не залишити осторонь» було започатковано інклюзивний процес адаптації ЦСР. Зокрема національними завданнями третьої цілі сталого розвитку – Міцне здоров'я і благополуччя – передбачено до 2030р.: знизити рівень материнської смертності до 11,2 на 100 тис. народжених живими, смертності дітей у віці до 5 років, випадків до 6-7 на 1000 живонароджених шляхом мінімізації смертності, якій можна запобігти, кількість смертей від злоякісного новоутворення молочної залози у віці 30–59 років до 18,3, від злоякісного новоутворення шийки матки до 9,5 на 100 тис. жінок відповідного віку; знизити поширеність тютюнокуріння серед жінок віком 16–29 років до 4,0%, серед чоловіків віком 16–29 років до 20,0% з використанням інноваційних засобів інформування про негативні наслідки тютюнокуріння.

Виконання заданих параметрів на даний момент вимагає оптимізації всієї системи охорони здоров'я, у тому числі перинатальної допомоги з оцінкою її ефективності. Вважається, що система заходів по оптимізації перинатальної допомоги повинна ґрунтуватися на основі комплексного аналізу і оцінки як показників здоров'я і репродуктивних результатів для жінки і потомства, що народжується, так і існуючих особливостей перинатальної допомоги. Для цього необхідно розробити інструментарій, що дозволяє своєчасно отримати і проаналізувати інформацію для прийняття ефективних управлінських рішень щодо мінімізації територіальних диспропорцій і визначення найбільш значущих проблем окремих регіонів ЗПД різних рівнів перинатальної допомоги.

Мета методичних рекомендацій: обґрунтувати та розробити методичку комплексної оцінки стану перинатальної допомоги в регіональному аспекті та оцінки діяльності закладів перинатальної допомоги.

Методичні рекомендації розроблено вперше і орієнтовані для управлінців центрального та регіональних органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, органів місцевого самоврядування, керівників ЗПД та ЗОЗ, що мають у своєму складі підрозділи з надання перинатальної допомоги.

Методика комплексної оцінки стану перинатальної допомоги

В цілому стратегічні напрямки розвитку перинатальної допомоги в Україні, як складової сфери охорони здоров'я передбачають удосконалення нормативно-правових засад підвищення якості та доступності, подальший розвиток служб репродуктивного здоров'я, удосконалення структури родопомічних і дитячих закладів та першочергове оснащення їх лікувально-діагностичною апаратурою, регіоналізацію перинатальної допомоги, впровадження у діяльність закладів служби сучасних медико-організаційних технологій і систем, які сприятимуть збереженню та зміцненню здоров'я жінок, забезпеченню народження здорових дітей.

В даний час першочергову увагу слід приділяти аналізу ефективності і якості перинатальної допомоги, які тісно пов'язані з удосконаленням медико-організаційних технологій. З цією метою доцільно здійснювати контроль і оцінку медико-технологічного процесу закладів і установ перинатальної допомоги шляхом ретельного вимірювання його відхилень від стандартів. Такий контроль дає можливість визначити потенційні проблеми перш, ніж вони призведуть до незадовільних результатів та виявити причини відхилень від стандартів і внести необхідні корективи в процес надання перинатальної допомоги.

Використання оцінки технологій охорони здоров'я стрімко поширюється в розвинених країнах світу за останні 30 років. Завдання щодо розроблення і впровадження в усіх країнах національних механізмів для забезпечення систем оцінки діяльності окремих закладів охорони здоров'я, видів діяльності, програм, спрямованих на вдосконалення якості медичної допомоги сформульовано у глобальній стратегії ЄРБ ВООЗ «Здоров'я 21 – здоров'я для всіх у XXI столітті». У європейських державах уже накопичено потужний досвід їх проведення. Відправною крапкою удосконалення системи охорони здоров'я на різних рівнях є оцінка її теперішнього стану, аналіз дієвості та результативності. В Україні комплексна оцінка регіональної ситуації в медичній сфері здійснюється у відповідності до постанови Кабінету Міністрів України від 28.12.2000 р. № 1907 «Про моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я». Оскільки оцінка діяльності сфери охорони

здоров'я регіону є складовою процесу управління, то для прийняття конкретних рішень доцільні розробка і впровадження комплексної оцінки окремих служб, зокрема перинатальної допомоги. Розвиток системи оцінки діяльності служби перинатальної допомоги включав розробку і впровадження перинатального аудиту, індикаторів якості ЗПД, моніторингу і оцінки регіоналізації перинатальної допомоги, SWOT- аналізу.

Для розробки моделі комплексної оцінки (МКО) діяльності служби перинатальної допомоги нами використано метод кінцевих результатів діяльності закладів і установ перинатальної допомоги. Основна мета методу кінцевих результатів полягає в сумарній оцінці результатів діяльності, яка виражається коефіцієнтом комплексної оцінки і визначає ставлення реально досягнутої суми балів до суми балів контрольних. Метод кінцевих результатів передбачає аналіз і оцінку показників, які характеризують результати діяльності (індикатори якості), нормативних значень даних показників, шкалу для чисельної оцінки результатів діяльності в балах і оцінку відхилення на одиницю виміру.

Стрижневою основою і основною проблемою створення методики комплексної оцінки стану перинатальної допомоги є визначення основних критеріїв, показників і понять, що відносяться до даного процесу і відображають його кінцеві результати. На сьогодні в Україні відсутні надійні дослідження щодо визначення таких показників. Численні спроби оцінити кінцеві результати в основному через призму рівня стану здоров'я населення не завжди коректні, оскільки рівень стану здоров'я населення в більшій мірі залежить від соціально-економічної політики держави, стану навколишнього середовища, способу життя населення, санітарно-епідеміологічного благополуччя, генетичного ризику та ін. Тому при розробці МКО доцільно використовувати показники, що відносяться до об'єкта "медична допомога", а це, перш за все, показники структури, процесу і результативності медичної (перинатальної) допомоги.

Оцінюючи якість і ефективність перинатальної допомоги, доцільно спиратися на стан основних фондів ЗОЗ, забезпеченість кадровими, фінансовими, матеріальними та інтелектуальними ресурсами, вибір медичних і організаційних технологій, адекватність їх існуючим стандартам,

результативність. МКО якості і ефективності перинатальної допомоги повинна включати в себе набір універсальних показників, що мають кількісне вираження, що дозволить в подальшому піддати їх порівнянню, підрахунку, математичній обробці та ін. Набір універсальних показників дозволяє застосовувати їх для оцінок діяльності перинатальної служби як на державному і регіональному рівнях, так і на рівні окремих ЗОЗ, їх підрозділів, персонально для окремого лікаря.

Вибір використовуваних в побудові МКО діяльності служби перинатальної допомоги показників залежить не лише від характеру діяльності закладів і установ перинатальної допомоги, постановки їх цілей і завдань а і конкретних шляхів їх вирішення. У відповідності до запропонованих ВООЗ критеріїв і методики порівняльної оцінки діяльності систем охорони здоров'я в різних країнах, критеріїв ініціативи ЄРБ ВООЗ «Сприяння підвищенню ефективності перинатальної допомоги» (СПЕП) та розробленого Інститутом здоров'я дитини IRCCS Burlo Garofolo, Трієст, Італія – Партнерським центром ВООЗ з питань охорони здоров'я матері і дитини, в консультаційному процесі з Європейським регіональним бюро ВООЗ ІОЯСДМН, з урахуванням корисності, наукової обґрунтованості, зрозумілості, доступності і достовірності був розроблений перелік 60-ти показників (індикаторів) для проведення комплексної оцінки діяльності служби перинатальної допомоги (додаток 1). З метою визначення найбільш значущих показників, їх нормативних значень та оцінки нормативу в балах шляхом спланованих фокусованих групових інтерв'ю (фокус-групи) було відібрано і структуровано 19 показників для МКО стану перинатальної допомоги на державному і регіональному рівнях (додаток 2), 18 показників для оцінки стану догоспітальної перинатальної допомоги (додаток 3), 23 показники для оцінки діяльності структурних підрозділів ЗОЗ, що надають базову перинатальну допомогу (I рівень перинатальної допомоги), (додаток 4), 25 показників для оцінки діяльності ЗПД (структурних підрозділів ЗОЗ), що надають базову і спеціалізовану перинатальну допомогу (II рівень перинатальної допомоги) (додаток 5) та 24 показники для оцінки діяльності ЗПД, що надають третинну(високоспеціалізовану) перинатальну допомогу , (додаток 6).

Для забезпечення доступності і достовірності відібрані в основному ті показники, які передбачені формами державної або галузевої статистики, даними перинатального аудиту за BABIES-MATRICA, моніторингу і оцінки РПД.

Для комплексної оцінки перинатальної допомоги пропонується використовувати в основному кількісні показники. Якісні показники (типу :так/ні) доцільно використовувати для оцінки лише окремих заходів, які проявляють свою ефективність при повному їх виконанні, наприклад комп'ютеризація відділень з доступом до інтернет-мережі, наявність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини». Ступінь досягнення кожним показником поставлених перед ним цілей (норматив – контрольний показник) визначався шляхом зіставлення реального показника результативності роботи за даними 3-5-річної динаміки на державному рівні, у ЗПД (структурних підрозділах) I, II, III рівнів та нормативних (контрольних) показників у відповідності до існуючих стандартів, даних досягнення завдань Глобальних стратегій, ЦСР, Державних програм, надійних досліджень. Нормативні значення показника визначалися такими, щоб для їх досягнення була потрібна певна робота по мобілізації ресурсів, вдосконаленню і поліпшенню діяльності закладів перинатальної допомоги. Зазвичай нормативні показники перевищують фактичні на 5% і більше. Ці показники доцільно переглядати по мірі досягнення контрольних результатів, але не рідше ніж 1 раз на 5 років. Таким чином, практично це нескінченний процес.

Оцінка кожного показника визначалася шляхом проведення чисельної оцінки (від 1 до 10 балів), величина якої залежала від актуальності оцінюваного показника, його значення для служби в цілому і ступеня впливу на нього діяльності ЗПД. Бальна оцінка встановлюється індивідуально для кожного показника і відображає рангове значення даного показника серед інших. Відхилення величини фактичного показника від контрольного значення може бути в бік перевищення або зменшення. Якщо за норму приймається гранично допустимий рівень показника (наприклад, частота кровотеч в послідовому і післяродовому періодах), то менший щодо норми величини досягнутого результату – це позитивний результат, а більший – відповідно негативний. Якщо за норму приймається мінімально достатній

рівень показника (наприклад, індекс здоров'я новонароджених), то менша величина фактичного показника розцінюється як негативний результат, а більша – як позитивний. Тому для кожного показника визначався знак відхилення «+» або «-». Для тих показників, де в якості норми встановлюється гранично допустимий рівень показника, у формулі використовувався знак «+». У разі прийняття за норму мінімально достатнього рівня показника – знак «-».

При затвердженні контрольних показників затверджується також і оцінка відхилення (в балах) на одиницю виміру. Бальна оцінка одиниці відхилення визначається шляхом поділу оцінки показника в балах на контрольний (стандартний) показник.

Основна мета МКО, як і методики кінцевих результатів, полягає в сумарній оцінці аналізованих показників, яка виражається коефіцієнтом комплексної оцінки (ККО) і визначає ставлення реально досягнутої суми балів до суми балів контрольних. Концептуальною схемою комплексної оцінки діяльності перинатальної служби передбачено також вивчення значення кожного показника залежно від бальної оцінки його нормативного значення. Математичний апарат для розрахунку бальної оцінки фактичного значення окремо взятого показника наступний: $\Phi = Б \pm (Кп - \Phiп) \times К$,

де: Φ – бальна оцінка фактичного значення показника (фактичний бал);

$Б$ – бальна оцінка нормативного значення показника (оцінка в балах);

$Кп$ – нормативне значення показника (контрольний показник);

$\Phiп$ – фактичне значення показника (фактичний показник);

$К$ – коефіцієнт значимості для оцінки ступеня відхилення фактичного значення показника від контрольного.

Якщо фактичний показник ($\Phiп$) частоти кровотеч в послідовому і післяродовому періодах становить 7,2,0 на 100 пологів то при його нормативному показнику ($Кп$) –5,0 і бальній оцінці 7 балів, бальна оцінка (Φ) частоти кровотеч в послідовому і післяродовому періодах буде становити:

$$7+(5-7,2)\times 1,4=3,92$$

Для індекса здоров'я новонароджених при Фп 83,8 на 100 народжених живими, Кп –90,0 і Б – 6,0 бальна оцінка індекса здоров'я новонароджених буде становити:

$$6-(90,0-83,8)\times 0,07 = 5,57$$

Бальна оцінка фактичного значення показника не може бути від'ємною величиною і не може перевищувати величину бальної оцінки нормативного значення показника ($0 < \Phi < Б$). У разі коли фактичний бал вище бальної оцінки нормативного показника, для розрахунку коефіцієнту досягнення результатів застосовується бальна оцінка нормативного значення показника, а у разі від'ємної величини бальної оцінки нормативного значення показника застосовується нульове значення.

З метою забезпечення наглядності ступеню досягнення результатів за окремими показниками нами введено коефіцієнт досягнення нормативного значення (КДНЗ) окремо взятого показника, який розраховується за формулою: $\Phi/Б=КДНЗ$.

Для частоти кровотеч в послідовому і післяродовому періодах його КДНЗ буде становити: $3,92/7=0,56$, а для індекса здоров'я новонароджених $5,57/6=0,93$

Для якісних показників бальна оцінка фактичного значення показника при позитивному значенні буде дорівнювати бальній оцінці цього показника а . КДНЗ буде дорівнювати одиниці, а при негативному значенні – $Б= 0,0$ і $КДНЗ =0,0$.

Коефіцієнт комплексної оцінки (ККО), або інтегральна оцінка результативності визначається відношенням реально досягнутої суми балів до суми оцінок нормативних значень показників:

$$ККО = \sum \Phi / \sum Б$$

За результатами розрахунку ККО здійснюється висновок про його відповідність градаціям. Градація коефіцієнта досягнення результату включає:

1. Низький рівень – від 0 до 0,49 включно;

2. Нижче середнього – від 0,50 до 0,59 включно;
3. Середній рівень – від 0,60 до 0,69 включно;
4. Вище середнього – від 0,70 до 0,79 включно;
5. Високий рівень – від 0,80 до 0,99 включно.

Розроблена модель комплексної оцінки діяльності закладів і установ перинатальної служби на основі методу кінцевих результатів дає можливість аналізу перинатальної служби як на рівні держави, регіонів, так і закладів перинатальної допомоги I, II, і III рівнів і може розглядатися в якості однієї зі складових процесу управління якістю і ефективністю перинатальної допомоги для подальшого покращення показників діяльності та удосконалення регіональних схем руху (маршруту) вагітних, породіль, роділь і новонароджених із ризиком материнської та перинатальної патології і смертності у ЗПД відповідного рівня.

Перелік рекомендуємої літератури

1. Всесвітня організація охорони здоров'я «Цель устойчивого развития в области здравоохранения» [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.who.int/topics/sustainable/development/goals / ru/>. — Назва з екрану

2. Содействие повышению эффективности перинатальной помощи в Европейском регионе (СПЕП):

[www.euro.who.int/ data/assets/pdf_file/0008/239435/E76101r.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/239435/E76101r.pdf)

3.Цілі сталого розвитку: Україна. Національна доповідь, Міністерство економічного розвитку і торгівлі України. – 2017. – 174с.

4.World health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization, 2000. <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>

5. Стратегія ВООЗ Здоров'я 21 – здоров'я для всіх в 21–ому столітті // Люблінська хартія з реформування системи охорони здоров'я (1996).

6. Primary health care now more than ever : the world health report, 2008 // WHO. – 152 с. [Electronic resource]. – Access mode : http://www.who.int/whr/2008/ whr08_en.pdf. – Title from screen

7. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. – Копенгаген, 2008. – 86 с

8.Parkhurst J.O. International maternal health indicators and middle–income countries: Russia /J.O. Parkhurst, K. Danischevski, D. Balabanova / BMJ 2005; 331: 510–513.

9.Трепель В.Г. О контроле качества медицинской помощи, оказываемой женщинам в период беременности и родов / В.Г. Трепель [и др.] // Акушерство и гинекология. – М., 2011. – №7/1. – С. 50–53.

10. Планирование здравоохранения / Михайлов Н.В. // Методология обеспечения и управления качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами ИСО серии 9000 // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – № 3. – С. 19–27.

11. Уйба В.В. Экономические методы управления в здравоохранении / В.В.Уйба, В.М.Чернышов, О.В.Пушкарев. – Новосибирск : Альфа Ресурс, 2012.
12. Павлов В.В. Моделирование конечных результатов в системе управления качеством медицинской помощи / В.В.Павлов, С.А.Суслин, Р.А.Галкин // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 10. – С. 18–22.
13. Орлов А.Е. Научное обоснование системы обеспечения качества в условиях городской многопрофильной больницы: автореф. дис... к.м.н. – М., 2016. – 45 с.
14. Ярославский К.В. Модель конечных результатов как метод комплексной оценки повышения качества медицинской помощи в родовспоможении / К.В.Ярославский, В.О. Атласов, В.М. Болотских // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – том LXV, вып. 6. – С. 109–115.
15. Нурмухамбетова С. И. Комплексная оценка ресурсного обеспечения и качества деятельности региональной акушерско-гинекологической службы – Автореф. дис.. к.м.н., 14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение. – Республика Казахстан Алматы, 2009. – 28 с.
16. Слабкий Г.О., Дудіна О.О., Дудник С.В.Методологія комплексної оцінки стану перинатальної допомоги// Intermedical Journal. – 2018. - № 2 (12). – С. С. 40-46
17. Дудіна О.О., Дудник С.В. Методологічні підходи до визначення показників ефективності діяльності закладів перинатальної допомоги Економіка і право охорони здоров'я № 2 (8), 2018 - С.23-31

Орієнтовний перелік показників діяльності служби перинатальної допомоги

№ п.п.	Найменування показника
1	Забезпеченість родильними ліжками (включаючи патологію вагітності)
2	Середнє число днів роботи акушерського ліжка
3	Середнє перебування на акушерському ліжку
4	Забезпеченість ліжками для недоношених та хворих новонароджених,
5	Забезпеченість (укомплектованість) кадрами лікарів
6	Укомплектованість кадрами середнього медперсоналу
7	Питома вага лікарів, що мають атестаційну категорію
8	Питома вага середнього медперсоналу, що мають атестаційну категорію
9	Можливість консультацій пацієнтів «вузькими» спеціалістами
10	Можливість анестезіологічного забезпечення
11	Можливість лабораторного забезпечення
12	Наявність сучасного медичного обладнання для надання перинатальної допомоги відповідного рівня.
13	Компьютеризація з доступом до Інтернет-мережі
14	Наявність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»
15	Охоплення жінок скринінгом на рак шийки матки
16	Виявлення онкозаворювань у I-II стадіях: Рак молочної залози Рак шийки матки
17	Захворюваність жінок на ІПСШ - сифіліс, - гонококову інфекцію - хламідійну інфекцію - трихомоніаз - уrogenітальний мікоплазмоз
18	Частота переривань вагітності
19	Співвідношення безпечного і небезпечного методів переривання вагітності до 12 тижнів
20	Небажана вагітність
21	Знаходиться під диспансерним наглядом жінок: -які мають ВМС, - які користуються гормональною контрацепцією
22	Своєчасність постановки на облік вагітних

23	Охоплення вагітних -УЗД, обстеженням: -на ВІЛ/СНІД, -на HBs Ag
4	Ускладнення вагітності: - анемії
	-токсикоз вагітності
	-пре еклампсія і еклампсія
25	Невиношування вагітності
26	Частота нормальних пологів
27	Частота партнерських пологів
28	Активне ведення III періоду пологів
29	Індекс концентрації розродження вагітних з вадами серця у ЗПД III рівня
30	Індекс концентрації розродження вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня
31	Індекс концентрації розродження вагітних з пре- еклампсією і еклампсією у ЗПД II-III рівнів
32	Частота розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину
33	Своєчасність екстренного кесаревого розтину
34	Частота родостимуляцій в пологах
35	Частота інструментальних пологів: вакуум екстракція, акушерські щипці
36	Частота післяпологового сепсису і генералізованої післяпологової інфекції
37	Частота кровотеч в послідовому і післяродовому періодах
38	Частота екстирпацій та надпихвової ампутації матки
39	Частота епізіотомій
40	Індекс концентрації новонароджених масою тіла при народженні 500-1499г у ЗПД III рівня
41	Індекс концентрації новонароджених масою тіла при народженні 1500-2499г у ЗПД II рівня
42	Частота мало вагових новонароджених з малою і дуже малою масою тіла при народженні
43	Індекс неонатального трансферу
44	Вживання новонароджених в залежності від маси тіла при народженні
45	Індекс здоров'я новонароджених
46	Частота контакту «шкіра до шкіри»
47	Частота виключно грудного вигодовування новонароджених
48	Догляд новонароджених за методом «кенгуру»
49	Забезпеченість новонароджених хірургічною корекцією
50	Захворюваність новонароджених: -уродженими аномаліями, деформаціями та хромосомними порушеннями,
	- внутрішньоутробною гіпоксією й асфіксією в пологах,

	- синдром респіраторного розладу
	-внутрішньошлуночковими та субарахноїдальними крововиливами,
51	Летальність новонароджених, у т. ч доношених і недоношених
52	Смертність новонароджених, у т. ч доношених і недоношених
53	Рівень специфічного показника перинатальної смертності у в залежності від маси тіла при народженні
54	Мертвонароджуваність, в т. ч:
	-антенатальна загибель плода
	-інтранатальна загибель плода
55	Рівень постнатальної (ранньої неонатальної) смертності
56	Рівень материнської смертності, у т. ч. за причинами смерті
57	Розходження клінічних і патологоанатомічних діагнозів
58	Знання жінками загрозливих симптомів під час вагітності, пологів та післяпологового періоду
59	Задоволеність пацієнтів медичною допомогою
60	Обґрунтовані скарги

Модель комплексної оцінки діяльності закладів та установперинатальної допомоги України

№ п.п	Нормативний показник	Методика вимірювання	Норматив (контрольний показник)	Оцінка нормативу (бал)	Оцінка відхилення в балах на 1 одиницю виміру	Знак	Фактичний показник	Оцінка фактичного показника	КДНЗ
1.	Забезпеченість лікарями акушер-гінекологами	На 1000 жіночого населення	5,5	6	1,09	-			
2.	Забезпеченість лікарями педіатрами-неонатологами	На 1000 народжених живими	5,5	6	1,09	-			
3.	Своєчасність постановки на облік вагітних	На 100 вагітних, які надійшли для нагляду	95	7	0,07	-			
4.	Частота анемії вагітних	На 100 вагітних, що закінчили вагітність	20	4	0,20	+			
5.	Частота прееклампсій та еклампсій вагітних	На 100 вагітних, що закінчили вагітність	1,75	7	4,00	+			
6.	Співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних	Кількість безпечних методів абортів /кількість небезпечних методів абортів	10	6	0,60	-			
7.	Індекс концентрації розродження вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня	На 100 вагітних з цукровим діабетом розроджених в регіоні	70	7	0,10				
8.	Індекс концентрації розродження вагітних з пре-еклампсією і еклампсією у ЗПД II-III рівнів	На 100 вагітних з прееклампсією і еклампсією розроджених в регіоні	90	7	0,08	-			
9.	Індекс концентрації новонароджених масою тіла при народженні 500-1499г у ЗПД III рівня	На 100 живонароджених масою тіла при народженні 500-1499г народжених в регіоні	80	6	0,08	-			
10.	Індекс неонатального трансферу	На 100 живонароджених	4	7	1,75	+			
11.	Частота нормальних пологів	На 100 пологів	70	5	0,07	-			
12.	Частота розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину	На 100 пологів	160	7	0,04	+			
13.	Частота кровотеч в послідовому і післяродовому періодах	На 100 пологів	5	9	1,80	+			
14.	Частота мало вагових новонароджених	На 100 живонароджених	4	5	1,25	+			

15.	Вживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні після 168годин життя	На 100 новонароджених з масою тіла при народженні 500-1499г	90	8	0,09	-			
16.	Індекс здоров'я новонароджених	На 100 живонароджених	90	6	0,07	-			
17.	Рівень перинатальної смертності	На 1000 народжених живими і мертвими	8	6	0,75	+			
18.	Рівень неонатальної смертності	На 1000 живонароджених	4	6	1,50	+			
19.	Рівень материнської смертності	На 100000 живонароджених	11	5	0,45	+			
	<i>Сума балів</i>			<i>120</i>					

**Модель комплексної оцінки діяльності структурних підрозділів
ЗОЗ, що надають догоспітальну перинатальну допомоги на I і II рівнях**

№ п.п	Нормативний показник	Методика вимірювання (обчислення)	Норматив (контрольний показник)	Оцінка нормативу (бал)	Оцінка відхилення в балах на 1 одиницю виміру	Знак	Фактичний показник	Оцінка фактичного показника	КДНЗ
1	Комп'ютеризація з доступом до Інтернет-мережі	Наявність у структурному підрозділі закладу комп'ютера з доступом до Інтернет-мережі	так	8		-			
2	Наявність сучасного медичного обладнання для надання преграфідарної і аиненатальної медичної допомоги	Кількість наявного передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання X 100/ кількість передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання	95	8	0,08	-			
3	Наявність локальних протоколів надання акушерсько-гінекологічної допомоги з маршрутами пацієнтів	Кількість розроблених і наявних у закладі локальних протоколів надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги на електронних та /або паперових носіях X 100 / кількість затверджених наказами МОЗ України клінічних протоколів	95	8	0,08	-			
4	Своєчасність постановки на облік вагітних	На 100 вагітних, які надійшли для нагляду	95	7	0,07	-			
5	Охоплення вагітних УЗД	Кількість вагітних, що пройшли УЗД дворазово у терміні вагітності до 21 тижня / загальну кількість жінок, що були на обліку по вагітності і пологам X 100	95	8	0,08	-			
6	Охоплення вагітних обстеженням на ВІЛ/СНІД	Кількість вагітних, що пройшли обстеженням на ВІЛ/СНІД дворазово у терміні вагітності до 23 тижня / загальну кількість жінок, що були на обліку по вагітності і пологам X 100	98	8	0,08	-			
7	Охоплення вагітних обстеженням на HBsAg	Кількість вагітних, що пройшли обстеженням на / загальну кількість жінок, що були на обліку по вагітності і пологам X 100	99	8	0,08	-			
8	Охоплення жінок скринінгом на рак шийки матки	Кількість жінок 18 років і старших, яким протягом останніх 3 років проведено скринінг на рак шийки матки/ загальну кількість жінок 18 років і старших X 100	70	7	0,09	-			

9	Виявлення онкозахворювань в I-II стадіях: - рак молочної залози - рак шийки матки	Кількість виявлених жінок з раком молочної залози і шийки матки в I-II стадіях/ загальну кількість вперше зареєстрованих хворих з раком молочної залози і шийки матки и X 100 X 100	90 90	8 8	0,09 0,09	-				
10	Частота переривань вагітності	Кількість жінок фертильного віку, у яких була перервана вагітність X 1000/ загальна кількість жінок фертильного віку	7,0	6,0	0,8	+				
11	Співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних	Кількість безпечних методів абортів /кількість небезпечних методів абортів	10	7	0,7	-				
12	Частота анемії вагітних	На 100 вагітних, що закінчили вагітність	20	4	0,20	+				
13	Частота преєклампсій та еклампсій вагітних	На 100 вагітних, що закінчили вагітність	1,75	7	4,00	+				
14	Невиношування вагітності	Кількість жінок, у яких вагітність закінчилася передчасними пологам та абортами самовільними і за медичними показаннями X100/загальна кількість жінок, що закінчили вагітність	4,5	5	1,1	+				
15	Мертвонароджуваність	Кількість жінок, у яких вагітність закінчилася мертвонароджуваністю X 1000/ загальна кількість жінок, що закінчили вагітність	5,0	6	1,2	+				
15	Частота антенатальної загибелі плода	Кількість жінок, у яких вагітність закінчилася антенатальною загибеллю і плода X 1000/ загальна кількість жінок, що закінчили вагітність	4,5	6	1,3	+				
16	Рівень неонатальної смертності	На 1000 живонароджених	4	6	1,50	+				
17	Задоволеність пацієнтів медичною допомогою	Кількість пацієнток, які за даними анонімного анкетування висловили задоволення медичною допомогою X100/ кількість пацієнток, які заповнили анкети	80	7	0,09	-				
18	Знання жінками загрозованих симптомів під час вагітності.	Кількість пацієнток, які за даними анонімного анкетування знали загрозовані симптоми під час вагітності. пологів та післяпологового періоду X100/ кількість пацієнток, які заповнили анкети	95	7	0,08	-				
	Сума балів			139						

**Модель комплексної оцінки діяльності структурних підрозділів
ЗОЗ, що надають I рівень перинатальної допомоги**

№ п. п.	Нормативний показник	Методика вимірювання (обчислення)	Норматив (контрольний показник)	Оцінка нормативу (бал)	Оцінка відхилення в балах на 1 одиницю виміру	Знак	Фактичний показник	Бальна оцінка фактичного показника	Коефіцієнт досягнення нормативного значення
1.	Укомплектованість лікарями акушер-гінекологами	Кількість фізичних осіб лікарів акушер-гінекологів X100/ кількість штатних посад лікарів акушер-гінекологів	95	7	0,07	-			
2.	Укомплектованість лікарями педіатрами-неонатологами	Кількість фізичних осіб лікарів педіатрів-неонатологів X100/ кількість штатних посад лікарів педіатрів-неонатологів	95	7	0,07	-			
3.	Комп'ютеризація відділення з доступом до Інтернет-мережі	Наявність у структурному підрозділі закладу комп'ютера з доступом до Інтернет-мережі	так	8		-			
4.	Наявність сучасного медичного обладнання для надання базової перинатальної допомоги	Кількість наявного передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання X 100/ кількість передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання	95	8	0,08	-			
5.	Наявність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»	Наявність сертифікату «Лікарня, доброзичлива до дитини»	так	7		-			
6.	Частота ускладнених пологів	Кількість ускладнених пологів/загальна кількість пологів X100/ загальна кількість пологів	15,0	6	0,4	+			
7.	Частота партнерських пологів	Кількість партнерських пологів, × 100 / загальна кількість пологів	90,0	9	0,1	-			
8.	Активне ведення III періоду пологів	Кількість пологів з активним ведення III періоду /загальна кількість пологів X100	90,0	8	0,1	-			
9.	Частота розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину	Кількість пологів шляхом КР, × 100 / загальна кількість пологів	10,0	7	0,7	+			
10.	Своєчасність екстреного кесаревого розтину	Кількість екстрених кесаревих розтинів, розпочатих у перші 30хв.після прийняття рішенняX100/ загальна кількість екстрених кесаревих розтинів	90	8	0,09	-			

11.	Частота кровотеч в послідовому і післяродовому періодах	Кількість породіль, у яких були кровотечі в післяпологовому періоді, $\times 1000$ / загальна кількість виписаних породіль	2,0	7	3,5	+			
12.	Частота новонароджених з масою тіла > 2500 г (термін гестації ≥ 37 тижнів)	Кількість новонароджених з масою тіла > 2500 г (термін гестації ≥ 37 тижнів) $\times 100$ / загальна кількість новонароджених	99,0	7	0,07	-			
13.	Питома вага новонароджених з виключно грудним вигодовуванням	Кількість новонароджених, виписаних на виключно грудному вигодовуванні, $\times 100$ / загальна кількість виписаних новонароджених	95,0	7	0,07	-			
14.	Контакт «шкіра до шкіри»	Кількість новонароджених, яким проведено контакт «шкіра до шкіри», $\times 100$ / загальна кількість новонароджених	90,0	9	0,1	-			
15.	Догляд новонароджених за методом «кенгуру»	Кількість недоношених новонароджених і доношених хворих новонароджених з стабільним клінічним станом, які доглядалися за методом «кенгуру» / загальна кількість виписаних недоношених новонароджених і доношених хворих новонароджених з стабільним клінічним станом $\times 100$	90,0	6	0,07	-			
16.	Індекс здоров'я новонароджених	На 100 живонароджених	90,0 0	6	0,07	-			
17.	Вживання новонароджених з масою тіла при народженні > 2500 г	Кількість новонароджених масою тіла при народженні > 2500 г, які вижили після 168 годин життя $\times 100$ / кількість новонароджених масою тіла при народженні > 2500 г	99,9 8	6	0,06	-			
18.	Індекс неонатальних трансферів	Кількість новонароджених, які були переведені у ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомоги $\times 100$ / загальна кількість вибувчих новонароджених	3,0	7	2,3	+			
19.	Рівень перинатальної смертності	Кількість народжених мертвими і померлих у перші 168 год. життя $\times 1000$ / кількість народжених мертвими і живими	5,5	6	2,0	+			
20.	Рівень мертвонароджуваності	Кількість народжених мертвими і живими $\times 1000$ / кількість народжених мертвими	4,5	6	1,3	+			
21.	Рівень материнської смертності	На 100000 живонароджених	3,0	8	2,7	+			
22.	Знання жінками	Кількість пацієнток, які, за	95,0	7	0,07	-			

	загрозливих симптомів під час вагітності, пологів та післяпологового періоду	даними анонімного анкетування, знали про загрозливі симптоми під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, $\times 100$ / загальна кількість пацієнток, які заповнили анкети							
23.	Задоволеність пацієнтів медичною допомогою	Кількість пацієнток, які, за даними анонімного анкетування, задоволені медичною допомогою, $\times 100$ / загальна кількість пацієнток, які заповнили анкети	80,0	7	0,09	-			
	Сума балів			164					

Модель комплексної оцінки діяльності ЗПД (структурних підрозділів ЗОЗ), що надають II рівень перинатальної допомоги

№ п. п.	Нормативний показник	Методика вимірювання (обчислення)	Норматив (контрольний показник)	Оцінка нормативу (бал)	Оцінка відхилення в балах на 1 одиницю виміру	Знак	Фактичний показник	Бальна оцінка фактичного показника	Коефіцієнт досягнення нормативного значення
	Укомплектованість лікарями акушер-гінекологами	Кількість фізичних осіб лікарів акушер-гінекологів X100/ кількість штатних посад лікарів акушер-гінекологів	95	7	0,07	-			
2.	Укомплектованість лікарями педіатрами-неонатологами	Кількість фізичних осіб лікарів педіатрів-неонатологів X100/ кількість штатних посад лікарів педіатрів-неонатологів	95	7	0,07	-			
3.	Участь лікарів у наукових конференціях, пленумах асоціацій, наявність друкованих праць	Кількість лікарів, які протягом приймали участь в конференціях, пленумах асоціацій, або мали друковані праці X100/загальна кількість лікарів	10,0	7	0,47	-			
4.	Комп'ютеризація відділення з доступом до Інтернет-мережі	Наявність у структурному підрозділі закладу комп'ютера з доступом до Інтернет-мережі	так	8		-			
5.	Наявність сучасного медичного обладнання для надання перинатальної допомоги	Кількість наявного передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання X 100/ кількість передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання	95	8	0,08	-			
6.	Наявність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»	Наявність сертифікату «Лікарня, доброзичлива до дитини»	так	8		-			
7.	Частота ускладнених пологів	Кількість ускладнених пологів/загальна кількість пологів X100/ загальна кількість пологів	25,0	6	0,24	+			
8.	Частота партнерських пологів	Кількість партнерських пологів, × 100 / загальна кількість пологів	80,0	8	0,1	-			
9.	Активне ведення III періоду пологів	Кількість пологів з активним ведення III періоду /загальна кількість пологів X100	80,0	8	0,1	-			
10.	Частота розроджень шляхом кесаревого розтину	Кількість пологів шляхом КР, × 100 / загальна кількість	18,0	7	0,4	+			

		пологів							
11.	Своєчасність екстреного кесаревого розтину	Кількість екстрених кесаревих розтинів, розпочатих у перші 30хв.після прийняття рішенняX100/ загальна кількість екстрених кесаревих розтинів	95	8	0,08	-			
12.	Частота кровотеч в послідовому і післяродовому періодах	Кількість породіль, у яких були кровотечі в післяпологовому періоді, × 1000 / загальна кількість виписаних породіль	6,0	7	1,17	+			
13.	Частота новонароджених з масою тіла 1500 -2500г(термін гестації 34 -37тижнів)	Кількість новонароджених з масою тіла 1500-2500г (термін гестації 34 - 37тижнів)X100/загальна кількість новонароджених	10,0	8	0,8	-			
14.	Питома вага новонароджених з виключно грудним вигодовуванням	Кількість новонароджених, виписаних на виключно грудному вигодовуванні, × 100 / загальна кількість виписаних новонароджених	95,0	7	0,07	-			
15.	Контакт «шкіра до шкіри»	Кількість новонароджених, яким проведено контакт «шкіра до шкіри», × 100 / загальна кількість новонароджених	95,0	9	0,1	-			
16.	Догляд новонароджених за методом «кенгуру»	Кількість недоношених новонароджених і доношених хворих новонароджених з стабільним клінічним станом, які доглядалися за методом «кенгуру»X100 / загальна кількість виписаних недоношених новонароджених і доношених хворих новонароджених з стабільним клінічним станом X100	90,0	7	0,08	-			
17.	Індекс здоров'я новонароджених	На 100 живонароджених	80,0 0	6	0,075	-			
18.	Вживання новонароджених з малою масою тіла при народженні 1500-2499	Кількість новонароджених масою тіла при народженні 1500-2499г, які вижили після 168годин життя X 100//кількість новонароджених масою тіла при народженні 1500-2499г	98,8	6	0,06	-			
19.	Індекс неонатальних трансферів	Кількість новонароджених, які були переведені у ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомогиX100/ загальна кількість вибувших новонароджених	2,0	7	3,5	+			
20.	Рівень перинатальної смертності	Кількість народжених мертвими і померлих у перші 168 год. життяX1000/кількість народжених мертвими і	6,5	6	2,0	+			

		живими							
21.	Рівень мертвонароджуваності	Кількість народжених мертвими живимиX1000/кількість народжених мертвими	5,0	6	1,2	+			
22.	Рівень материнської смертності	На 100000 живонароджених	5,0	8	1,6	+			
23.	Розходження клінічного та патологоанатомічних діагнозів	Кількість розходжень патологоанатомічного та клінічного діагнозів (за основним діагнозом) x100/загальна кількість патологоанатомічних розтинів	10,0	8	0,8	+			
24.	Знання жінками загрозливих симптомів під час вагітності, пологів та післяпологового періоду	Кількість пацієнток, які, за даними анонімного анкетування, знали про загрозливі симптоми під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, × 100 / загальна кількість пацієнток, які заповнили анкети	95,0	7	0,07	-			
25.	Задоволеність пацієнтів медичною допомогою	Кількість пацієнток, які, за даними анонімного анкетування, задоволені медичною допомогою, × 100 / загальна кількість пацієнток, які заповнили анкети	80,0	7	0,09	-			
	Сума балів			181					

Модель комплексної оцінки діяльності ЗПД, що надають третинну (високоспеціалізовану) перинатальну допомогу

№ п.п.	Нормативний показник	Методика вимірювання (обчислення)	Норматив (контрольний показник)	Оцінка нормативу (бал)	Оцінка відхилення в балах на 1 одиницю виміру	Знак	Фактичний показник	Бальна оцінка фактичного показника	Коефіцієнт досягнення нормативного значення
1.	Укомплектованість лікарями акушер-гінекологами	Кількість фізичних осіб лікарів акушер-гінекологів Х100/ кількість штатних посад лікарів акушер-гінекологів	95	7	0,07	-			
2.	Укомплектованість лікарями педіатрами-неонатологами	Кількість фізичних осіб лікарів педіатрів-неонатологів Х100/ кількість штатних посад лікарів педіатрів-неонатологів	95	7	0,07	-			
3.	Участь лікарів в наукових конференціях, пленумах асоціацій, наявність друкованих праць	Кількість лікарів, які протягом останнього року приймали участь в конференціях, пленумах асоціацій, або мали друковані праці Х100/загальна кількість лікарів	20,0	7	0,35	-			
4.	Комп'ютеризація відділення з доступом до Інтернет-мережі	Наявність у структурному підрозділі закладу комп'ютера з доступом до Інтернет-мережі	так	8		-			
5	Наявність сучасного медичного обладнання для надання перинатальної допомоги	Кількість наявного передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання Х 100/ кількість передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання	95	8	0,08	-			
6	Наявність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»	Наявність сертифікату «Лікарня, доброзичлива до дитини»	так	8		-			
7	Частота ускладнених пологів	Кількість ускладнених пологів/загальна кількість пологів Х100/ загальна кількість пологів	50,0	6	0,12	-			
8	Частота партнерських пологів	Кількість партнерських пологів, × 100 / загальна кількість пологів	75,0	8	0,11	-			
9	Активне ведення III періоду пологів	Кількість пологів з активним веденням III періоду /загальна кількість пологів Х100	75,0	8	0,11	-			
10	Частота розроджень	Кількість пологів шляхом	22,0	7	0,32	+			

	вагітних шляхом кесаревого розтину	КР, $\times 100$ / загальна кількість пологів							
11	Своєчасність екстреного кесаревого розтину	Кількість екстрених кесаревих розтинів, розпочатих у перші 30хв. після прийняття рішення $\times 100$ / загальна кількість екстрених кесаревих розтинів	95	8	0,09	-			
12	Частота кровотеч в послідовому і післяродовому періодах	Кількість породіль, у яких були кровотечі в післяпологовому періоді, $\times 1000$ / загальна кількість виписаних породіль	12,0	7	0,58	+			
13	Частота новонароджених з масою тіла 500 - 1499г(термін гестації < 34 тижнів)	Кількість новонароджених з масою тіла 500-1499г (термін гестації < 34 - 37тижнів) $\times 100$ / загальна кількість новонароджених	4,0	7	1,75	-			
14	Питома вага новонароджених з виключно грудним вигодовуванням	Кількість новонароджених, виписаних на виключно грудному вигодовуванні, $\times 100$ / загальна кількість виписаних новонароджених	95,0	7	0,07	-			
15	Контакт «шкіра до шкіри»	Кількість новонароджених, яким проведено контакт «шкіра до шкіри», $\times 100$ / загальна кількість новонароджених	95,0	9	0,09	-			
16	Догляд новонароджених за методом «кенгуру»	Кількість недоношених новонароджених і доношених хворих новонароджених з стабільним клінічним станом, які доглядалися за методом «кенгуру» $\times 100$ / загальна кількість виписаних недоношених новонароджених і доношених хворих новонароджених з стабільним клінічним станом $\times 100$	90,0	7	0,08	-			
17	Індекс здоров'я новонароджених	На 100 живонароджених	70,0	6	0,09	-			
18	Забезпеченість новонароджених хірургічною корекцією	Кількість новонароджених з надзвичайно малою масою тіла, некротичним ентероколітом III Б (перфорація полого органу, перитоніт), яким здійснена хірургічна корекція в умовах закладу $\times 100$ / загальна кількість новонароджених, з надзвичайно малою масою тіла, некротичним ентероколітом III Б (перфорація полого органу, перитоніт)	90	5	0,06	-			
1	Виживання	Кількість новонароджених	85,0	6	0,07	-			

9	новонароджених з малою масою тіла при народженні 500-1499г	масою тіла при народженні 500-1499г, які вижили після 168годин життя X 100//кількість новонароджених масою тіла при народженні 500-1499г							
20	Рівень перинатальної смертності	Кількість народжених мертвими і померлих у перші 168 год. життяX1000/кількість народжених мертвими і живими	12,0	6	0,5	+			
21	Рівень мертвонароджуваності	Кількість народжених мертвими і живимиX1000/кількість народжених мертвими	10,0	6	0,6	+			
22	Рівень материнської смертності	На 100000 живонароджених	15,0	8	0,53	+			
23	Знання жінками загрозливих симптомів під час вагітності, пологів та післяпологового періоду	Кількість пацієнток, які, за даними анонімного анкетування, знали про загрозливі симптоми під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, × 100 / загальна кількість пацієнток, які заповнили анкети	95,0	7	0,07	-			
24	Задоволеність пацієнтів медичною допомогою	Кількість пацієнток, які, за даними анонімного анкетування, задоволені медичною допомогою, × 100 / загальна кількість пацієнток, які заповнили анкети	80,0	7	0,09	-			
	Сума балів			170	0				

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ТА УСТАНОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

Методичні рекомендації

Організації розробники:

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Ужгородський національний університет

Укладачі:

ДУДІНА Олена Олександрівна – к.мед.н., с.н.с.

СЛАБКІЙ Геннадій Олександрович – д. мед. н., професор

ДУДНИК Світлана Валеріївна – к.мед.н.

Наклад 50 примірників

Дата початок березня 2019 року