

І. В. Білоус,
аспірант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,
Національна академія державного управління при Президенті України

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЩОДО БЕЗПЕЧНОГО МАТЕРИНСТВА НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

У статті здійснено аналіз підходів до безпечного материнства на світовому, національному та місцевому рівнях. Висвітлені механізми державного регулювання щодо безпечного материнства на місцевому рівні з метою зниження материнської смертності, післяпологових ускладнень, збереження репродуктивного здоров'я на прикладі Черкаської області. Окреслені проблемні питання галузі охорони здоров'я щодо безпечного материнства та запропоновано шляхи їх вирішення.

The article analyses patterns, trends and approaches to safe motherhood at the global, national and local levels. It outlines the issues related to the mechanisms of state regulation regarding safe motherhood at the local level to reduce maternal mortality, obstetric complications, reproductive health as an example of Cherkassy region. The problematic items are stressed concerning the health care and safe motherhood. The ways of solving them are suggested.

Ключові слова: безпечне материнство, Цілі тисячоліття, державне регулювання, материнська смертність, збереження репродуктивного здоров'я.

Key words: safe motherhood, millennium targets, government regulation, maternal mortality, preservation of reproductive health.

ВСТУП

Програмні документи Європейського економічно-го союзу, статистичні дані Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі — ВООЗ) щодо поліпшення здоров'я населення визначають, що рівень материнської смертності є одним з основних стратегічних показників соціально-економічного розвитку країн, а також чутливим показником соціальної нерівності, адже найменш освіченим та знедоленим жінкам загрожує найбільш високий ризик смерті під час вагітності та пологів [2; 14].

Відповідно до Цілей розвитку тисячоліття Організації Об'єднаних Націй (далі — ООН), стратегії ВООЗ у сфері репродуктивного та сексуального здоров'я для Європейського регіону одним з пріоритетних завдань України в системі охорони здоров'я є безпечне материнство — зниження материнської смертності, забезпечення доступності послуг з репродуктивного здоров'я [4]. Особливо актуальним є пошук шляхів вирішення зазначеної проблеми на місцевому рівні з урахуванням територіальних особливостей демографічних процесів, інфраструктури системи охорони здоров'я на фоні реформування галузі охорони здоров'я, відсутності адекватної нормативно-правової бази спеціалізованої допомоги відповідно до рівнів надання медичної допомоги, значних фінансових та кадрових проблем у галузі [10, с. 53].

В Україні визначено пріоритетом охорону материнства та дитинства. Цей пріоритет є універсальними, незалежно від рівня видатків на охорону здоров'я в державі та передбачає досягнення рівності, солідарності, соціальної справедливості для жінок та дітей в доступі до послуг з охорони здоров'я та врахування зростаючих очікувань населення у сучасному світі [6].

Визначальна роль у підвищенні якості надання медичних послуг щодо безпечного материнства є розробка та впровадження інноваційних організаційно-правових підходів щодо удосконалення надання медичної допомоги жінкам. А саме: комплексний підхід до надання медичної допомоги дівчинці, підлітку, вагітній та роділлі. Такий підхід до надання якісних послуг відповідає вимогам Національного проекту "Нове життя — нова якість охорони материнства та дитинства" Комітету з економічних реформ при Президенті України, Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги, Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року" [8].

ПОСТАНОВКА ЗАДАЧІ

Метою дослідження є аналіз світового досвіду та завдань, поставлених Урядом України, для розробки та впровадження інноваційних організаційно-правових підходів щодо удосконалення системи безпечного материнства на місцевому рівні на прикладі Черкаської області в частині виконання державної програми "Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року".

РЕЗУЛЬТАТИ

У вересні 2000 року на засіданні ООН була прийнята Декларація тисячоліття, яку підписали представники 189 країн світу. Ця Декларація була перетворена у вісім Цілей тисячоліття в сфері розвитку, які повинні бути досягнуті у 2015 році. Ціль розвитку тисячоліття № 5 — покращення охорони материнства. Перед урядами держав поставлені завдання скоротити на три чверті за період 1990—2015 роки коефіцієнт материнської смертності та забезпечити до 2015 року вільний до-

ступ до послуг з репродуктивного здоров'я населення [2, с. 8].

ООН у 2010 році розпочала Глобальну стратегію охорони здоров'я матері та дитини, яка передбачає наступні кроки: покращення фінансування галузі охорони здоров'я, покращення доступності медичних послуг, співпрацю з міжнародними організаціями у сфері охорони репродуктивного здоров'я та безпечного материнства, попередження незапланованих вагітностей та небезпечних абортів, надання високоякісної медичної допомоги під час вагітності та пологів [1].

Постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 року № 1849 затверджена державна програма "Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року", яка передбачає комплекс заходів для розв'язання проблем у сфері репродуктивного здоров'я населення України. Одним із завдань програми є створення умов безпечного материнства. Виконання програми надасть змогу знизити рівень материнської смертності на 20% [3].

Комітетом з економічних реформ при Президентові України розроблено концепцію реформування системи охорони здоров'я [11]. Уряд ініціював реалізацію Національного проекту "Новее життя — нова якість охорони материнства та дитинства" зі створення в усіх регіонах країни 27 високотехнологічних перинатальних центрів третього рівня. Створення мережі перинатальних центрів зумовлене незадовільним станом здоров'я матерів та новонароджених. Так, рівень смертності немовлят у 2,4 рази перевищує аналогічний показник у країнах Євросоюзу, материнської смертності — у 3—4 рази. [5]

Законом України від 07.07.2011 "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві" визначено порядок проведення експерименту у 2011—2014 роках в 4 регіонах країни з розділення рівнів надання медичної допомоги, в тому числі під час вагітності та пологів.

Проведений аналіз літературних джерел показав, що організація трирівневої медичної допомоги під час вагітності та пологів, модернізація технічного оснащення в Японії, США та країнах Західної Європи дозволили в декілька разів знизити репродуктивні втрати, захворюваність та смертність матерів та новонароджених [13]. Наприклад в Литві з 1991 року було впроваджено трирівневу систему перинатальної допомоги, створено перинатальні центри третього рівня (м.м. Вільнюс та Каунас). Виділені індикатори якості надання медичної допомоги відповідно до рівнів, переглянуто клінічні протоколи та систему статистичної звітності. Критерієм ефективності запроваджених змін є зниження материнської смертності — з 44 випадків у 1992 році до 9 випадків у 2004 році [12].

За даними Міністерства охорони здоров'я України, материнська смертність (показник 23,1 у 2010 році) при загальній позитивній тенденції — в 3—4 рази перевищує показники країн Євросоюзу (6,0), зокрема Фінляндії (5,2), Австрії (3,84), Іспанії (3,86). Основними причинами материнських втрат є захворювання, що не пов'язані зі статевою сферою, та післяпологові кровотечі.

Також в Україні спостерігаються негативні тенденції щодо великої кількості пологів та абортів у неповнолітніх, які пов'язані з більшим ризиком захворюваності та смертності. Частота пологів неповнолітніх протягом останніх років становить 9,1—10,2 на 1000 відповідного населення, що значно перевищує аналогічні показники у країнах Євросоюзу та середньосвітовий показник (3,0—4,0). Проблема зменшення абортів серед дівчат-підлітків, незважаючи на суттєве зниження (на 46% протягом 5 років), залишається актуальною в зв'язку з вкрай негативним впливом їх на стан репродуктивної системи жінки і наступного пору-

шення генеративної функції [5].

Забезпечення здорового початку життя нових поколінь має бути пріоритетним завданням розвитку будь-якого суспільства. Кожна країна, яка має на меті забезпечити сталий розвиток, повинна не тільки дбати про здоров'я своїх громадян, але й створювати належні умови для реалізації населенням репродуктивної функції та планування сім'ї [9].

У результаті реалізації поставлених перед галуззю завдань відповідно до концепції реформування охорони здоров'я уряд очікує досягти:

- забезпечення рівного та справедливого доступу усіх членів суспільства до якісних медичних послуг, у тому числі з охорони репродуктивного здоров'я;
- поліпшення стану здоров'я жінок та дітей;
- зниження рівня материнської та малюкової смертності;
- підвищення рівня задоволеності населення України наданням медичної допомоги [8].

Формування ефективних підходів до розробки та впровадження ефективних стратегій і програм в сфері безпечного материнства в умовах сучасного глобалізованого світу вимагає ґрунтовного аналізу його особливостей та тенденцій, закономірностей формування на світовому, національному та місцевому рівнях. Винятково важливим є здійснення моніторингу зрушень в громадському здоров'ї та впливу на нього визначальних соціально-економічних факторів [10, с. 28].

Материнська смерть — це зумовлена вагітністю (незалежно від її тривалості та локалізації) смерть жінки, що настала в період вагітності або протягом 42 днів після закінчення з будь-якої причини, пов'язаної з вагітністю, обтяженої нею або її веденням, але не від нещасного випадку чи з випадкових причин.

Материнська смертність є основним інтегральним показником, що характеризує не тільки діяльність служби охорони здоров'я, але й загальний рівень санітарно-го та соціально-економічного стану країни. Адаже заходи державного регулювання щодо безпечного материнства, крім збереження головної цінності — життя людини, має наступні вигоди для суспільства.

По-перше, боротьба з бідністю. Збільшення доступності до послуг з охорони здоров'я для жінок та дітей дозволяє менш заможним сім'ям витратити більше коштів на їжу, житло, освіту та бізнес. Здорові жінки працюють більш продуктивно і здатні заробити більше коштів за своє життя [9].

По-друге, стимуляція економічного виробництва та зростання. Материнська та пов'язана з нею малюкова смертність уповільнює темпи економічного зростання і в глобальному масштабі призводить до зниження виробництва. Інвестиції у здоров'я матерів та дітей мають велику економічну віддачу і є гарантією наявності робочої сили в майбутньому. Наприклад, від 30% до 50% економічного зростання в країнах Азії за період з 1965 по 1990 роки було зумовлено покращенням показників репродуктивного здоров'я, зниженням малюкової та дитячої смертності та коефіцієнта фертильності [14].

По-третє, економічна доцільність. За даними ВООЗ, кожний долар, який витрачено на планування сім'ї, економить чотири долари, які потрібно було б витратити для лікування ускладнень вагітності [15].

По-четверте, можливість жінок і дітей реалізувати свої права людини. Людина має право на найбільш досяжний рівень здоров'я. Цей принцип розвитку та прав людини закріплено у багатьох країнах у міжнародних та регіональних угодах з прав людини [9].

Аналізуючи статистичні дані, можна зробити висновки, що, починаючи з 1997 року, показник материнської смертності в Україні набув тенденції до стабільного зниження, але у зв'язку з епідемією грипу у 2009 та 2010 роках він значно збільшився.

Показник материнської смертності у Черкаській області вище середнього по Україні і становив у 2010

році 32,1 на 100 тис. народжених живими. Спостерігається значне зниження показника, адже у 2009 році він склав 55,6 на 100 тис. народжених живими, але порівняно з загальнодержавним все ще лишається високим — 23,1 на 100 тис. народжених живими (рис. 1).

Материнська смерть залежить не тільки від якості надання медичної допомоги, а і від соціально-економічного рівня країни, вирішення організаційних та кадрових питань в галузі. Особливо актуальним є врахування місцевих особливостей демографічних процесів, інфраструктури системи охорони здоров'я тощо [10, с. 134].

Державне регулювання щодо безпечного материнства з метою зниження материнської смертності та забезпечення доступності послуг з репродуктивного здоров'я в Україні передбачає наступне:

- доступність послуг з планування сім'ї для населення, в тому числі забезпечення засобами контрацепції жінок з групи високого ризику непланованої вагітності;
- впровадження трирівневої системи надання медичної допомоги під час вагітності та пологів;
- дотримання сучасних практик безпечного материнства в медичних закладах;
- забезпечення пологових стаціонарів належним медичним обладнанням та медикаментами;
- удосконалення системи підготовки медичних кадрів [3; 7, с. 22].

Для виконання вказаних завдань Державною програмою "Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року" передбачена закупівля з бюджетів різних рівнів контрацептивів, медичних препаратів для попередження та лікування акушерських кровотеч, медичного обладнання для моніторингу стану плода та матері, надання в пологах необхідної медичної допомоги в повному обсязі відповідно до рекомендацій ВООЗ, друк клінічних протоколів та інформаційних матеріалів для населення з питань збереження репродуктивного здоров'я [3].

Визначальна роль у підвищенні якості надання медичних послуг щодо безпечного материнства належить розробці та впровадженню інноваційних організаційно-правових підходів надання медичної допомоги. Зважаючи на високий показник материнської смертності на національному та місцевому рівнях, необхідне впровадження більш прогресивної та перспективної організаційної форми надання допомоги в пологах — перинатальних центрів [12].

Однією з передумов зниження материнської смертності в розвинених країнах світу була організаційно-управлінська регіоналізація зазначеної медичної допомоги. Основною метою удосконалення регіональної організації забезпечення медичної допомоги під час вагітності та пологів є підвищення стандарту вказаної допомоги в цілому регіоні. Регіоналізація повинна забезпечити надання необхідної допомоги всім вагітним, плодам та новонародженим відповідно до їх потреб. Визначальним принципом регіоналізації є створення трирівневої структури організації медичної допомоги. Реорганізація системи безпечного материнства на рівні регіонів, відповідно до Національного проекту "Нове життя — нова якість охорони материнства та дитинства" Комітету з економічних реформ при Президенті України, передбачає створення в усіх регіонах країни 27 високотехнологічних перинатальних центрів третього рівня. Таким чином буде здійснюватись концентрація вагітних високого ступеня ризику материнської смерті

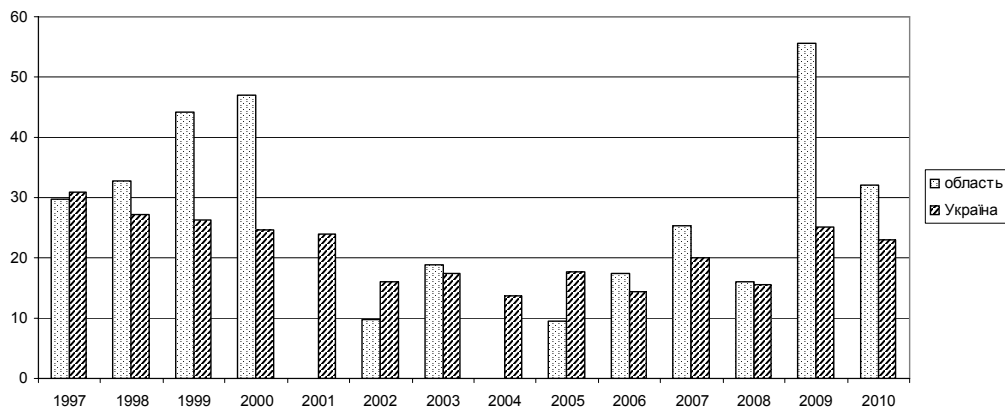


Рис. 1. Аналіз показників динаміки материнської смертності в Україні та Черкаській області протягом 1997–2010 років

в закладах, які мають можливість надання висококваліфікованої та спеціалізованої допомоги [15].

Невід'ємним компонентом для безпечного материнства є виїзна акушерсько-гінекологічна бригада. Відділення інтенсивної терапії третього рівня створює транспортну команду, яка сприяє розширенню сфери діяльності цього відділення на периферію. В Черкаській області виїзна акушерсько-гінекологічна бригада працює з 1997 року. Протягом 2010 року бригадою здійснено 79 виїздів до стаціонарів області, було виконано 32 оперативних втручань, 14 хворих були транспортовані на третій рівень надання медичної допомоги.

За визначенням ВООЗ, "акушерські стаціонари з кількістю пологів менше 300 на рік — є небезпечними для матері та дитини". Такі відділення не дають гарантії безпечності при наданні медичної допомоги та не забезпечують постійної підтримки висококваліфікаційного рівня лікарів, що може негативно вплинути на рівень материнської смертності у регіоні [14].

Перший рівень — це акушерські відділення центральних районних лікарень з кількістю пологів більше 300 на рік. Вони забезпечують базову стаціонарну допомогу жінкам при доношеній неускладненій вагітності. Також надається допомога при ускладненнях в пологах, є можливість здійснити терміновий кесарський розтин.

Другий рівень — міжрайонні перинатальні відділення на базі центральних районних лікарень або міських пологових будинків, на відстані 60–70 км. Заклади II рівня надають кваліфіковану та спеціалізовану медичну допомогу жінкам з помірним ризиком вагітності та пологів, передчасними пологами у терміні більше 32 тижнів. Такі стаціонари, крім базових можливостей I рівня, мають в своїй структурі відділення реанімації та інтенсивної терапії новонароджених.

Третій рівень — такі заклади надають вузькоспеціалізовану медичну допомогу вагітним з високим ризиком патології, ускладненими пологами, передчасними пологами при терміні менше 32 тижнів вагітності. В задачі перинатального центру входить координація діяльності лікувально-профілактичних закладів області для покращення надання медичної допомоги матерям. До складу обласного перинатального центру входить акушерський блок, відділення інтенсивної терапії немовлят, виїзна акушерсько-гінекологічна бригада.

Ще один аспект проблеми — значна невідповідність у навантаженні на акушерок: якщо на одну акушерку потужних пологових будинків на рік припадає близько 200 пологів, то в багатьох районних акушерських відділеннях ця цифра складає 10–30 пологів. З метою більш раціонального використання ліжкового фонду акушерських стаціонарів у Черкаській області обговорюється питання організації 5 міжрайонних перинатальних відділень, оснащених сучасною апаратурою, забезпечених цілодобовим чергуванням лікарів, які беруть

участь у процесі ведення пологів та догляду за немовлятами. Особливе місце займає рівень кваліфікації лікарів майбутніх міжрайонних відділень, які, безумовно, частіше мають справу з різноманітними ускладненнями і тому здатні надати більш кваліфіковану допомогу.

У Черкаській області є стаціонари з низьким рівнем народжуваності — це 7 акушерських відділень центральних районних лікарень. У цих закладах гостро постає кадрова проблема акушерської служби. Лікарів недостатньо, вони переважно пенсійного віку. Тому неможливим стає надання медичної допомоги в повному обсязі. Загалом по області не вистачає 20% лікарів акушерів-гінекологів. У якості міжрайонних перинатальних відділень плануються 5 потужних відділень центральних районних лікарень, які мають достатнє кадрове та матеріальне забезпечення, високий рівень кваліфікації спеціалістів. При цьому відбувається збільшення кількості хворих, можливість впровадження сучасних технологій в акушерстві, підтримка престижу закладу.

У зв'язку із вищезазначеним, було здійснено розрахунки вартості І пологів у пологових відділеннях центральних районних лікарень області та вартості пологів за умови транспортування вагітних до міжрайонних перинатальних відділень. Різниця у вартості становить від 3 до 5 разів.

Реформування акушерсько-гінекологічної допомоги дасть змогу:

— покращити надання амбулаторної допомоги жіночому населенню та стаціонарної допомоги гінекологічним хворим у зв'язку з відсутністю планової акушерської допомоги та оптимізацією навантаження на медичні кадри;

— надання більш кваліфікованої допомоги в пологах, зменшення захворюваності та смертності немовлят та породіль;

— ефективніше використовувати кошти районних лікарень (очікуваний економічний ефект впровадження програми регіоналізації акушерської допомоги в області — біля 1,5 млн грн.)

З метою удосконалення системи підготовки медичних кадрів, в Україні здійснюється перегляд програм додипломної та післядипломної підготовки, створення нових та перегляд старих протоколів лікування, впроваджується система постійного навчання медичних працівників.

Для попередження випадків материнської смерті, покращення надання медичної допомоги жінкам та новонародженим, Черкаська обласна державна адміністрація протягом трьох років співпрацювала з проектами американської Агенції з міжнародного розвитку "Разом до здоров'я" та "Здоров'я матері та дитини". Запроваджено системне навчання медичних працівників сучасним перинатальним технологіям та практикам з планування сім'ї. Діяльність спрямована на зниження рівня безпліддя і захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, зміну ставлення до абортів як основного методу регулювання народжуваності в Україні на користь сучасних засобів контрацепції. Проводяться просвітницькі заходи серед населення щодо планування сім'ї, навчання медичних працівників та надання лікувальним закладам області в якості гуманітарної допомоги сучасних контрацептивних засобів для категорій населення, визначених Державною програмою "Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року".

ВИСНОВКИ

Державне регулювання щодо безпечного материнства — це комплекс організаційних заходів, клінічних інноваційних практик та системи безперервної підготовки медичних кадрів. Програмою економічних реформ Президента України "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава" передбачено зниження показників материнської та дитячої смертності, підвищення якості надання медичної допомоги населенню. Державне регулювання щодо безпеч-

ного материнства на місцевому рівні є актуальним і потребує вирішення наступних питань.

1. Чітке структурне розмежування рівнів надання медичної допомоги матерям шляхом організації регіональних перинатальних центрів та міжрайонних відділень з ліжками спільного утримання.

2. Проведення інвентаризації та покращення матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я відповідно до примірних табелів оснащення.

3. Для попередження материнської смертності на місцевому рівні необхідна тісна співпраця органів виконавчої влади, місцевого самоврядування та надавачів послуг з охорони здоров'я різних форм власності.

4. Зміна підходів до фінансування закладів охорони здоров'я відповідно до рівнів з внесенням змін до чинного законодавства.

5. Подальше удосконалення системи безперервного навчання медичних працівників.

Література:

1. Веб-монітор досягнення Цілей розвитку тисячоліття. — Режим доступу: <http://www.mdgmonitor.org> — Заголовок з екрану.

2. Декларація тисячоліття ООН у сфері розвитку. — Нью-Йорк: [б.в.], 2000. — 23 с.

3. Державна програма "Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року", затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 року № 1849.

4. Доклад о выполнении целей в области развития, сформулированных в Декларации Тысячелетия, за 2010 год / ООН — база данных ООН по ЦРТ. — Режим доступа: <http://mdgs.un.org> — Заглавие с экрана.

5. Европейська база даних "Здоров'я для всіх". — Режим доступу: <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>. — Заголовок з екрану.

6. Конституція України: прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.черв. 1996 р. — К.: Просвіта. — 1996. — 80 с.

7. Міжгалузєва комплексна програма "Здоров'я нації на 2002—2011 роки". — К.: ОБ, 2002. — 88 с.

8. Програма економічних реформ України на 2010—2014 рр. — Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform — Заголовок з екрану.

9. Резолюція 11/8 Ради з прав людини Організації Об'єднаних Націй "Попереджувана материнська смертність та захворюваність і права людини", червень 2009 р. — Режим доступу: http://ap.ohchr.org/documents/R/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf — Заголовок з екрану.

10. Солоненко І.М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я: монографія / І.М. Солоненко, І.В. Рожкова. — К.: Вид-во "Фенікс", 2008. — 276 с.

11. Указ Президента України № 1154/2010 від 21.12.2010 "Про заходи щодо забезпечення ефективної реалізації Програми економічних реформ на 2010—2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава". — Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/documents/12683.html> — Заголовок з екрану.

12. Entre Nous. — 2005. — № 60. — Режим доступу: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/69767/en64r.Pdf — Заголовок з екрану.

13. Ho J.J., Subramaniam P., Henderson D.J., Davis P.G. The Cochrane Library, Issue 2, 2008.

14. Maternal, Newborn and Child Health Network for Asia and the Pacific. Investing in maternal, newborn and child health — the case for Asia and the Pacific / World Health Organization and the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. — Geneva, 2009.

15. The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation, 19 January 2009 / World Health Organization. — Geneva: World Health Organization, 2009. — Access mode: <http://www.who.int>. — Title from screen

Стаття надійшла до редакції 02.12.2011 р.