

УДК 614.2+616-082:618.2/5+616-053.31(477)

Р.В. Марушко<sup>1</sup>, Н.Г. Гойда<sup>2</sup>, О.О. Дудіна<sup>1</sup>, Т.Л. Марушко<sup>1</sup>

## Оцінка ефективності перинатальної допомоги в Україні

<sup>1</sup>ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ<sup>2</sup>Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2023. 1(93): 26-36; doi 10.15574/PP.2023.93.26

**For citation:** Marushko RV, Goida NG, Dudina OO, Marushko TL. (2023). Assessment of the efficiency of perinatal care in Ukraine. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 1(93): 26-36. doi: 10.15574/PP.2023.93.26.

В умовах політичних змін, збільшення соціальної неоднорідності суспільства, високої диференціації населення за рівнем прибутків, агресивної війни Росії проти України, пандемії COVID-19, трансформації сфери охорони здоров'я найбільш уразливими групами населення стають жінки в період вагітності і пологів та новонароджені. Ефективне формування і підтримка здоров'я матерів та новонароджених можливі лише за наявності ефективних систем охорони здоров'я.

**Мета** — провести аналіз та оцінку інтегральної ефективності перинатальної допомоги в Україні на загальнодержавному та регіональному рівнях.

**Матеріали та методи.** Проведено комплексний аналіз регіональних особливостей і оцінку основних показників перинатальної допомоги в Україні у 2017, 2021 рр. за даними ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», перинатального аудиту за методикою Всесвітньої організації охорони здоров'я «MATRIX — BABIES». Для оцінки інтегральної ефективності перинатальної допомоги використано модифіковану модель кінцевих результатів. Застосовано методи системного підходу, порівняльного аналізу, бібліографічний, статистичної обробки даних.

**Результати.** Проведене на популяційному рівні суцільне дослідження інтегральної ефективності діяльності перинатальної допомоги на загальнодержавному та регіональному рівнях засвідчило достатній (вищий за середній) рівень досягнення результатів (коефіцієнт комплексної оцінки (ККО) — 0,77 у 2017 р. і 0,73 у 2021 р.) при високому рівні коефіцієнта досягнення нормативних значень компонентів ресурсів (0,82 і 0,86) і діяльності (0,76 і 0,77, відповідно), що, імовірно, зумовлено переорієнтацією діяльності закладів та установ перинатальної допомоги на доказові медико-організаційні технології. Негативний тренд ККО перинатальної допомоги за 2017–2021 рр. (темп убутку — 5,19%) зумовлений зниженням коефіцієнта досягнення нормативного значення компонента результативності з 0,79 до 0,64 за рахунок стрімкого зростання рівня материнської смертності з 12,5 до 42,5 на 100 тис. народжених живими та збільшення кровотеч у післяродовому і післяродовому періодах з 7,1 до 8,9 на 1000 пологів, відповідно, що, імовірно, може бути пов'язано з пандемією COVID-19.

Зміни ККО інтегральної ефективності регіональних систем перинатальної допомоги в Україні у 2021 р. порівняно з 2017 р. відбулися у бік зменшення на переважній більшості (15) територій (при найвищих темпах зменшився рівень ККО (темп убутку — 19,05–15,0%) у Житомирській, Дніпропетровській, Запорізькій і Полтавській областях), у бік збільшення — на 9 територіях (при найвищих темпах збільшився рівень ККО (темп приросту — 9,37–7,58%) у Закарпатській, Чернівецькій і Волинській областях), при стабілізації цього показника в Рівненській області.

Лідерами інтегральної ефективності перинатальної допомоги (I група) з високим рівнем коефіцієнта досягнення результатів (ККО ≥ 0,80), що свідчить про достатньо ефективну діяльність перинатальної служби регіонів, стали м. Київ, Тернопільська, Івано-Франківська, Львівська і Чернівецька області. До II групи регіонів із вищим за середній рівень ККО (0,7–0,79), що потребує посилення окремих компонентів діяльності закладів і установ перинатальної служби, увійшли 13 регіонів. Аутсайдерами інтегральної ефективності перинатальної допомоги (III група регіонів із середнім рівнем ККО (0,6–0,69), що потребують прийняття управлінських рішень з питань ефективності діяльності закладів і установ перинатальної служби, стали 7 територій (Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Запорізька, Київська, Полтавська і Херсонська області).

**Висновки.** Інтегральна оцінка ефективності перинатальної допомоги дає змогу визначити ефективність управлінських дій у сфері забезпечення доступності та якості перинатальної допомоги, своєчасно реагувати на зміни в макро- і мікросередовищі. Враховуючи, що модель інтегральної оцінки ефективності перинатальної допомоги має динамічні властивості, надалі в міру трансформації сфери охорони здоров'я, досягнення нормативних значень окремих показників комплексної оцінки передбачається їхній перегляд. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** інтегральна оцінка, перинатологія, вагітність, пологи, новонароджені, мертвонароджуваність, мертвонароджуваність, перинатальна, материнська смертність.

## Assessment of the efficiency of perinatal care in Ukraine

R.V. Marushko<sup>1</sup>, N.G. Goida<sup>2</sup>, O.O. Dudina<sup>1</sup>, T.L. Marushko<sup>1</sup><sup>1</sup>SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after academian O.M. Lukyanova of the NAMS of Ukraine», Kyiv<sup>2</sup>Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv

In the context of political changes, increasing social heterogeneity of society, high income differentiation, Russia's aggressive war against Ukraine, and the COVID-19 pandemic, women during pregnancy and childbirth and newborns are becoming the most vulnerable groups in the population. Effective maternal and newborn health can only be promoted and maintained through effective healthcare systems.

**Purpose** — to analyze and evaluate the integrated effectiveness of perinatal care in Ukraine at the national and regional levels.

**Materials and methods.** A comprehensive analysis of regional peculiarities and an assessment of the main indicators of perinatal care in Ukraine in 2017, 2021 according to the data of the State Institution «Centre for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine», perinatal audit according to the World Health Organization «MATRIX — BABIES» methodology were carried out. A modified outcome model was used to assess the integrated effectiveness of perinatal care. Methods of systematic approach, comparative analysis, bibliographic, statistical data processing were used.

**Results.** The population-based comprehensive study of the integrated performance of perinatal care at the national and regional levels showed a sufficient, above-average level of achievement of results (comprehensive assessment ratio (CAR) — 0.77 in 2017 and 0.73 in 2021) with a high level of coefficient of achievement of normative values of resource components (0.82 and 0.86) and activities

(0.76 and 0.77, respectively), which is likely due to the reorientation of perinatal care facilities and institutions to evidence-based medical and organizational technologies. The negative trend in the perinatal care CAR for 2017–2021 (5.19% decline rate) is due to a decrease in the ratio of achievement of the normative value of the performance component from 0.79 to 0.64 due to the rapid increase in maternal mortality from 12.5 to 42.5 per 100 thousand live births and an increase in bleeding in the sequential and postpartum periods from 7.1 to 8.9 per 1000 births, respectively, which may be due to the COVID-19 pandemic.

Changes in the CAR of the integrated effectiveness of regional perinatal care systems in Ukraine in 2021 compared to 2017 were downward in the vast majority (15) of territories (the highest rate of decrease in the CAR (19.05–15.0%) was in Zhytomyr, Dnipro, Zaporizhzhia, and Poltava regions), and upward in 9 territories (the highest rate of increase in the CAR (9.37–7.58%) was in Zakarpattia, Chernivtsi, and Volyn regions), with stabilization of this indicator in Rivne region.

The leaders of the integrated perinatal care efficiency (the Group 1) with a high level of results achievement ratio ( $CAR \geq 0.80$ ), which indicates that the perinatal service in the regions is quite effective, are Kyiv, Ternopil, Ivano-Frankivsk, Lviv, and Chernivtsi regions. Another group of regions (the Group 2) with above average CAR (0.7–0.79), which requires strengthening of certain components of perinatal service facilities and institutions, includes 13 regions. The outsiders of the integral effectiveness of perinatal care (the Group 3 of regions with an average CAR of 0.6–0.69), requiring management decisions on more efficient operation of perinatal service facilities and institutions, are 7 regions (Dnipro, Donetsk, Zhytomyr, Zaporizhzhia, Kyiv, Poltava and Kherson regions).

**Conclusions.** The integrated assessment of the effectiveness of perinatal care makes it possible to evaluate the effectiveness of management actions in ensuring the availability and quality of perinatal care, and to respond in a timely manner to changes in the macro- and microenvironment. Given that the model of integrated assessment of perinatal care effectiveness has dynamic properties, it is planned to revise them in the future as the healthcare sector transforms and the normative values of individual indicators of the integrated assessment are achieved.

No conflict of interests was declared by the authors.

**Keywords:** integral assessment. perinatology, pregnancy, childbirth, newborns, stillbirth, stillbirth, perinatal, maternal mortality.

## Вступ

Збереження здоров'я матерів і новонароджених є першочерговим завданням демографічної політики держави та основою національної безпеки країни. Несприятлива демографічна ситуація в Україні характеризується як зниженням рівня народжуваності, що зумовлено скороченням чисельності жінок фертильного віку з 12582,7 тис. у 2000 р. до 9659,9 тис. у 2021 р. при низькій їхній фертильності (сумарний коефіцієнт народжуваності — 1,1 і 1,2 на одну жінку, відповідно), так і значними при позитивному тренді репродуктивними втратами — зменшенням вимушених самовільних (спонтанних) і медичних легальних абортів у терміні від 12 до 22 тижнів вагітності, з 68,8 у 2000 р. до 43,2 на 1000 народжених живими у 2021 р. і померлих на першому році життя з 11,9% до 7,2%, відповідно, при збільшенні мертвонароджуваності з 5,4% до 6,5%, відповідно [1,3–5,9,11]. Заходи щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я матері і новонародженого, а також щодо зменшення репродуктивних втрат реалізуються закладами перинатальної допомоги, об'єктивними критеріями результативності роботи яких є як показники здоров'я населення, так і показники ефективності їхньої діяльності.

Якісна і своєчасна перинатальна допомога в переважній більшості випадків дає змогу зберегти вагітність, забезпечити повноцінний розвиток плода, зберегти здоров'я і життя матерів і дітей. У зв'язку з цим виникає необхідність об'єктивної комплексної оцінки ефектив-

ності перинатальної допомоги на державному і регіональному рівнях [6,12].

**Мета** дослідження — провести комплексну оцінку ефективності перинатальної допомоги в Україні в сучасних умовах.

## Матеріали та методи дослідження

Оцінку ефективності діяльності акушерсько-гінекологічної і педіатричної служб проведено на основі індикаторів, що характеризують: ресурсне забезпечення, діяльність і результативність закладів та установ перинатальної допомоги. Дослідження проведено на основі матеріалів державної статистичної звітності ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» та перинатального аудиту за методикою Всесвітньої організації охорони здоров'я «MATRIX — BABIES» [7,8]. Комплексну оцінку ефективності перинатальної допомоги здійснено на основі моделі комплексної оцінки діяльності закладів та установ перинатальної допомоги на державному і регіональному рівнях [2,10]. Ця модель передбачає вивчення кожного показника залежно від бальної оцінки його нормативного значення (коефіцієнт досягнення нормативного значення — КДНЗ) і сумарної оцінки кожного компонента моделі в цілому по державі та в кожному регіоні (коефіцієнт комплексної оцінки — ККО). ККО вимірюється в діапазоні від 0 до 1, де 0 — найнижчий, а 1 — найвищий рівень досягнення запланованих (контрольних) результатів. За результатами розрахунку ККО робиться висновок про його відповідність градаціям. Градація ККО:

- низький рівень — від 0 до 0,49;
- нижчий за середній — від 0,50 до 0,59;
- середній рівень — від 0,60 до 0,69;
- вищий за середній — від 0,70 до 0,79;
- високий рівень — від 0,80 до 0,99.

Такий підхід дає змогу за потреби змінювати склад окремих показників та їхніх нормативних значень, при цьому діапазон значень ККО не змінюється.

Застосовано методи системного підходу, бібліографічний, статистичної обробки даних, графічного зображення.

### Результати дослідження та їх обговорення

Застосована модель для комплексної оцінки ефективності перинатальної допомоги включає показники, які використовуються національною галузевою статистикою або які можливо розрахувати на підставі наявних статистичних даних:

- ресурсів за показниками забезпеченості родильними і неонатальними ліжками, акушер-гінекологами і педіатрами-неонатологами;

- діяльності за даними питомої ваги хворих, виявлених у ранніх стадіях (I–II), серед хворих з уперше встановленим діагнозом онкології молочної залози;

- питомої ваги хворих, виявлених у ранніх стадіях (I–II), серед хворих з уперше встановленим діагнозом онкології шийки матки, своєчасності постановки вагітних на облік, частоти анемій, прееклампсій та еклампсій вагітних, співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних, частоти нормальних пологів, розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину, індексу неонатального трансферу;

- результативності за даними невиношування вагітності, частоти кровотеч у послідовому і післяродовому періодах, частоти маловагових новонароджених, виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні, індексу здоров'я новонароджених, рівнів мертвонароджуваності, перинатальної і материнської смертності.

За даними проведеного за адаптованою методикою моделі кінцевих результатів аналізу ефективності комплексної оцінки перинатальної допомоги в Україні у 2021 р. (табл. 1), сумарна оцінка фактичних показників у балах становила 95,47 при оцінці нормативу в балах 130, а ККО — 0,73, що, відповідно до градації коефіцієнтів ККО, оцінюється як вищий за середній рівень досягнення запланованих (контрольних) результатів. Характерно, що достатній рівень

ККО перинатальної допомоги зумовлений її оптимальним ресурсним забезпеченням — КДНЗ цього компонента становить 0,86, що відповідає високому рівню досягнення результатів. Достатні (вищі за середні) показники КДНЗ компонента діяльності (0,77) зумовлені високими рівнями КДНЗ своєчасності постановки на облік вагітних (0,93), частоти нормальних пологів (0,92), питомої ваги хворих, виявлених у ранніх стадіях (I–II), серед хворих з уперше встановленим діагнозом онкології молочної залози (0,86) та раку шийки матки (0,78), при недостатніх КДНЗ частоти розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину (0,33), співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних (0,68), індексу неонатального трансферу (0,74). Лише середній рівень досягнення запланованих результатів у 2021 р. (КДНЗ — 0,64) був характерний для компонента результативності перинатальної допомоги переважно за рахунок надвисокого рівня при стрімкому зростанні материнської смертності та кровотеч у послідовому і післяродовому періодах (КДНЗ — 0,0 і 0,23, відповідно). При цьому вдалося утримати на достатньому рівні показники виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні, індексу здоров'я новонароджених, рівнів невиношування вагітності та перинатальної смертності (КДНЗ — 0,92; 0,89; 0,87 і 0,8, відповідно).

У цілому по Україні показник ККО перинатальної допомоги зменшився з 0,77 у 2017 р. до 0,73 у 2021 р. (темп убутку — 5,19%) лише за рахунок зменшення КДНЗ компонента результативності з 0,79 до 0,64, що зумовлено зростанням за цей період кровотеч у послідовому і післяродовому періодах з 7,1 до 8,9 на 1000 пологів та рівня материнської смертності з 12,5 до 42,5 на 100 тис. народжених живими, відповідно. При цьому була характерна позитивна тенденція КДНЗ компонентів структури та діяльності з 0,82 до 0,86 та з 0,76 до 0,77, відповідно.

Зміни ККО ефективності регіональних систем перинатальної допомоги України за 2017–2021 рр. відбулися у бік зменшення на більшості (15) територій. Найвищими темпами зменшився показник ККО у Житомирській, Дніпропетровській, Запорізькій, Полтавській і Херсонській областях (темп убутку — 19,05%; 1,33%; 16,25%; 15% і 10,45%, відповідно) за рахунок зменшення КДНЗ усіх компонентів у Запорізькій і Полтавській областях та КДНЗ компонентів діяльності і результатів при

Таблиця 1

## Комплексна оцінка діяльності закладів перинатальної допомоги в Україні у 2021 р.

Нормативний показник	Норматив (контрольний показник)	Оцінка нормативу (бал)	Оцінка відхилення в балах на 1 одиницю виміру	Знак	Фактичний показник	Оцінка фактичного показника	КДНЗ
Число акушер-гінекологів, на 10 тис. жіночого населення	5,5	6	1,1	-	4,02	4,37	0,73
Число педіатрів-неонатологів, на 1000000 народжених живими	5,5	6	1,1	-	5,87	5,84	0,97
Число акушерських ліжок, на 1000 жінок віком 15–49 років	1,2	5	4,2	+	1,3	4,5	0,9
Число ліжок для недоношених і хворих новонароджених, на 1000 народжених живими	6,0	5	0,8	+	6,93	4,26	0,85
Компонент ресурсів		22				18,97	0,86
Питома вага хворих, виявлених у ранніх стадіях (I–II), серед хворих з уперше встановленим діагнозом онкології молочної залози, %	80	6	0,08	-	69,2	5,18	0,86
Питома вага хворих, виявлених у ранніх стадіях (I–II), серед хворих з уперше встановленим діагнозом онкології шийки матки, %	80	6	0,08	-	63,3	4,66	0,78
Своєчасність постановки на облік вагітних	95	7	0,07	-	87,8	6,5	0,93
Число анемій, на 100 вагітних	20	4	0,20	+	24,75	3,05	0,76
Число преєклампсій та еклампсій, на 100 вагітних	1,7	7	4,00	+	2,1	5,4	0,77
Співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних	10	6	0,60	-	6,7	4,09	0,68
Число нормальних пологів, %	70	5	0,07	-	58,6	6,44	0,92
Число розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину, на 1000 пологів	160	8	0,05	+	267,0	2,65	0,33
Індекс неонатального трансферу, %	4	7	1,75	+	5,6	5,15	0,74
Компонент діяльності		56				43,12	0,77
Невиношування вагітності, %	5,5	7	1,3	+	6,2	6,06	0,87
Число кровотеч у послідовому і післяродовому періодах	5	9	1,80	+	8,9	2,07	0,23
Число маловагових новонароджених	4	5	1,25	+	5,99	3,41	0,68
Вживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні після 168 годин життя, %	90,0	8	0,09	-	78,26	7,52	0,94
Індекс здоров'я новонароджених, %	90	6	0,07	-	80,3	5,32	0,89
Рівень перинатальної смертності, ‰	8	6	0,75	+	9,6	4,8	0,8
Рівень мертвороджуваності, ‰	5	6	1,2	+	6,5	4,2	0,7
Рівень материнської смертності, на 100 тис. живонароджених	11,5	5	0,43	+	42,5	0,0	0,0
Компонент результативності		52				33,38	0,64
Комплексна оцінка		130				95,47	0,73

позитивній динаміці компонента структури в Житомирській, Дніпропетровській і Херсонській областях. Менші темпи зменшення ККО перинатальної допомоги (темп убутку — 7,89–1,25%) були характерні для Харківської, Одеської, Івано-Франківської, Київсь-

кої, Луганської, Вінницької, Тернопільської, Донецької, Хмельницької і Сумської областей, за рахунок зменшення КДНЗ усіх компонентів в Івано-Франківській і Харківській областях, компонента ресурсів у Тернопільській, Хмельницькій і Одеській областях, компонента діяль-

Таблиця 2

**Характеристика комплексної оцінки перинатальної допомоги в розрізі регіонів  
за основними компонентами, 2017, 2021 рр.**

Адміністративна територія	ККО		Темп приросту, (убутку), %	Компонент ресурсів		Компонент діяльності		Компонент результативності	
	2017 р.	2021 р.		2017 р.	2021 р.	2017 р.	2021 р.	2017 р.	2021 р.
Україна	0,77	0,73	-5,19	0,82	0,86	0,76	0,77	0,79	0,64
Вінницька	0,77	0,75	-2,60	0,92	0,96	0,77	0,84	0,71	0,57
Волинська	0,66	0,71	7,58	0,72	0,78	0,52	0,65	0,84	0,75
Дніпропетровська	0,75	0,62	-17,33	0,76	0,77	0,71	0,69	0,8	0,48
Донецька	0,67	0,66	-1,49	0,65	0,69	0,69	0,74	0,65	0,53
Житомирська	0,84	0,68	-19,05	0,76	0,87	0,81	0,71	0,91	0,57
Закарпатська	0,64	0,70	9,37	0,69	0,74	0,64	0,78	0,63	0,60
Запорізька	0,8	0,67	-16,25	0,88	0,73	0,81	0,71	0,77	0,61
Ів.-Франківська	0,84	0,81	-3,57	1,0	0,85	0,88	0,86	0,75	0,73
Київська	0,71	0,69	-2,82	0,73	0,86	0,69	0,64	0,72	0,68
Кіровоградська	0,71	0,73	2,82	0,77	0,84	0,82	0,78	0,54	0,64
Луганська	0,72	0,70	-2,78	0,72	0,84	0,82	0,82	0,61	0,46
Львівська	0,79	0,81	2,53	1,0	0,87	0,77	0,75	0,76	0,86
Миколаївська	0,69	0,73	5,80	0,56	0,74	0,63	0,79	0,82	0,65
Одеська	0,73	0,70	-4,11	0,78	0,74	0,73	0,75	0,72	0,62
Полтавська	0,80	0,68	-15,00	0,84	0,77	0,78	0,63	0,84	0,68
Рівненська	0,72	0,72	0,00	0,79	0,77	0,66	0,85	0,78	0,55
Сумська	0,8	0,79	-1,25	0,87	0,87	0,78	0,86	0,8	0,67
Тернопільська	0,86	0,84	-2,33	0,91	0,75	0,87	0,80	0,82	0,93
Харківська	0,76	0,70	-7,89	1,0	0,76	0,74	0,71	0,72	0,66
Херсонська	0,67	0,60	-10,45	0,71	0,79	0,65	0,62	0,69	0,48
Хмельницька	0,75	0,74	-1,33	0,9	0,82	0,75	0,73	0,72	0,72
Черкаська	0,7	0,71	1,43	0,82	0,87	0,78	0,80	0,56	0,54
Чернівецька	0,74	0,80	8,11	0,88	0,75	0,66	0,74	0,81	0,87
Чернігівська	0,68	0,70	2,94	0,65	0,84	0,61	0,80	0,79	0,53
м. Київ	0,82	0,84	2,44	0,96	0,96	0,77	0,84	1,0	0,79

ності в Київській, Тернопільській і Хмельницькій областях, компонента результату в Донецькій, Вінницькій, Київській, Луганській, Одеській і Сумській областях (табл. 2).

Лише на 9 територіях (Волинська, Закарпатська, Кіровоградська, Київська, Львівська, Миколаївська, Чернівецька, Черкаська, Чернігівська області та м. Київ) вдалося підвищити досягнуті у 2017 р. показники ККО перинатальної допомоги (темпи приросту — 7,58%; 9,367%; 2,82%; 2,53%; 5,8%; 1,43%; 8,11%; 2,94% і 2,44%, відповідно), за рахунок підвищення КДНЗ структурного компонента та компонента діяльності у Волинській, Закарпатській, Миколаївській, Черкаській і Чернігівській областях, компонента структури у Волинській, Чернівецькій областях та м. Києві, компонента результату у Львівській, Кіровоградській і Чернівецькій областях.

У цілому показник ККО ефективності перинатальної допомоги в розрізі територій коливався від 0,64 у Закарпатській до 0,84 у Тер-

нопільській у 2017 р. та від 0,6 у Херсонській до 0,84 у Тернопільській областях і м. Києві у 2021 р. З метою порівняльної характеристики ефективності перинатальної допомоги в просторовому аспекті, виявлення проблемних територій з цього питання нами здійснено розподіл регіонів на три групи: I група з високим рівнем ККО ( $\geq 0,80$ ), що свідчить про достатньо ефективну діяльність перинатальної служби регіонів; II група з вищим за середній рівень ККО (0,7–0,79), що потребує посилення окремих компонентів діяльності закладів та установ перинатальної служби; III група проблемних регіонів із середнім рівнем ККО (0,6–0,69), що потребують прийняття управлінських рішень із питань ефективнішої діяльності закладів та установ перинатальної служби (табл. 3; 4; 5). Розподіл регіонів на групи проведено як за даними ККО в цілому, так і за даними КДНЗ кожного показника перинатальної допомоги.

За результатами дослідження, у 2021 р. лідерами інтегральної ефективності перина-



Таблиця 3

**Коефіцієнти досягнення нормативних значень показників перинатальної допомоги в регіонах із високим рівнем досягнення ККО, 2021 р.**

Нормативний показник	Чернівецька	Львівська	Івано-Франківська	Тернопільська	м. Київ
Число акушер-гінекологів, на 10 тис. жіночого населення	1,0	1,0	1,0	0,91	1,0
Число педіатрів-неонатологів, на 1000000 народжених живими	1,0	1,0	1,0	0,98	0,98
Число акушерських ліжок, на 1000 жінок віком 15–49 років	0,59	0,97	0,4	0,57	1,0
Число ліжок для недоношених і хворих новонароджених на 1000 народжених живими	0,3	0,92	0,96	0,45	0,93
Питома вага хворих, виявлених у ранніх стадіях (I–II), серед хворих з уперше встановленим діагнозом онкології молочної залози, %	0,77	0,88	0,81	0,8	0,89
Питома вага хворих, виявлених у ранніх стадіях (I–II), серед хворих з уперше встановленим діагнозом онкології шийки матки, %	0,58	0,83	0,55	0,97	0,83
Своєчасність постановки на облік вагітних	0,98	0,96	0,93	0,98	0,86
Число анемій, на 100 вагітних	0,88	0,61	0,82	1,0	0,44
Число прееклампсій та еклампсій, на 100 вагітних	0,18	0,57	1,0	0,29	0,77
Співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних	0,2	0,38	1,0	0,85	1,01
Число нормальних пологів, %	1,0	0,97	0,94	0,88	0,94
Число розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину, на 1000 пологів	0,72	0,27	0,19	0,41	0,33
Індекс неонатального трансферу, %	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Невиношування вагітності, %	1,0	1,0	1,0	0,94	1,0
Число кровотеч у післяродовому і післяпологовому періодах	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Число маловагових новонароджених	0,72	0,68	0,77	0,8	0,76
Вживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні після 168 годин життя, %	0,93	0,96	0,9	0,86	1,0
Індекс здоров'я новонароджених, %	0,93	0,91	0,93	0,97	0,84
Рівень перинатальної смертності, ‰	0,96	0,99	1,0	1,0	0,98
Рівень мертвонароджуваності, ‰	1,0	0,9	1,0	0,98	0,94
Рівень материнської смертності, на 100 тис. живонароджених	0	0	0	0,81	1,0
Коефіцієнт комплексної оцінки	0,8	0,81	0,81	0,84	0,84

тальної допомоги (І група регіонів із високим рівнем ККО) стали м. Київ (0,84), Тернопільська (0,084), Львівська (0,81), Івано-Франківська (0,81) і Чернівецька (0,8) області. Високий рівень ККО цих регіонів зумовлений достатнім досягненням нормативних значень більшості показників ефективності перинатальної допомоги — оптимальним забезпеченням перинатальних служб цих регіонів акушер-гінекологами (КДНЗ — 1,0–0,91), педіатрами-неонатологами (1,0–0,9), раннім охопленням вагітних диспансерним наглядом (0,98–0,86), достатньою частотою нормальних пологів (1,0–0,88), індексом неонатального трансферу (1,0), невиношуванням вагітності (1,0–0,94), індексом здоров'я новонароджених (0,97–0,84), вживанням новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні (1,0–0,86), коефіцієнтами перинатальної смертності (1,0–0,96) і мертвонароджуваності (1,0–0,9). Незважаючи на високі загальні коефіцієнти досягнення

результатів, все ще не повною мірою в цих регіонах забезпечені заходи з мінімізації частоти кесаревих розтинів (КДНЗ — 0,18–0,77), у Чернівецькій, Тернопільській, Львівській областях — прееклампсій та еклампсій вагітних (0,18; 0,29 і 0,57), у Чернівецькій, Львівській та Івано-Франківській областях — коефіцієнта материнської смертності (0,0).

До II групи територій з вищим за середній рівень інтегральної ефективності перинатальної допомоги (ККО — 0,7–0,79) увійшли 13 регіонів (табл. 4). Для цих регіонів були характерні значні диспропорції досягнень КДНЗ різних показників. За даними аналізу, недостатньою залишалася забезпеченість акушер-гінекологами в Луганській, Миколаївській і Закарпатській областях (КДНЗ — 0,59; 0,62 і 0,64), педіатрами-неонатологами — у Закарпатській і Волинській областях (КДНЗ — 0,58 і 0,61) при наднормативній забезпеченості педіатрами-неонатологами в 7 регіонах цієї групи

Таблиця 4

**Коефіцієнти досягнення нормативних значень показників перинатальної допомоги в регіонах із вищим за середній рівень досягнення ККО, 2021 р.**

Показник	Вінницька	Волинська	Закарпатська	Миколаївська	Кірово-градська	Луганська	Одеська	Рівненська	Сумська	Харківська	Хмельницька	Черкаська	Чернігівська
Число акушер-гінекологів, на 10 тис. жіночого населення	0,85	0,83	0,64	0,62	0,67	0,59	0,8	0,87	0,65	0,85	0,86	0,65	0,65
Число педіатрів-неонатологів, на 1000000 народжених живими	1,0	0,61	0,58	0,7	1,0	1,0	0,67	0,72	1,0	1,0	1,0	1,0	0,82
Число акушерських ліжок, на 1000 жінок віком 15–49 років	1,0	0,71	1,0	0,87	0,67	0,79	0,49	0,5	0,87	0,77	0,71	0,84	0,92
Число ліжок для недоношених і хворих новонароджених, на 1000 народжених живими	1,0	1,0	1,0	0,8	1,0	1,0	0,92	1,0	1,0	0,35	0,63	1,0	1,0
Питома вага хворих, виявлених у ранніх стадіях (I–II), серед хворих з уперше встановленим діагнозом онкології молочної залози, %	0,99	0,84	0,79	0,98	0,88	0,76	0,83	0,83	0,98	0,52	1,0	0,81	0,92
Питома вага хворих, виявлених у ранніх стадіях (I–II), серед хворих з уперше встановленим діагнозом онкології шийки матки, %	0,76	0,7	0,59	0,95	0,75	0,63	0,57	0,85	1,0	0,85	1,0	0,88	0,56
Своєчасність постановки на облік вагітних	0,73	0,89	0,9	0,9	0,96	0,95	0,94	1,0	1,0	0,89	0,98	0,89	0,97
Число анемій, на 100 вагітних	0,55	1,0	1,0	0,76	0,85	0,44	0,83	0,76	1,0	0,83	1,0	0,75	1,00
Число преєклампсій та еклампсій, на 100 вагітних	0,91	0,66	1,0	1,0	1,0	1,0	0,86	1,0	0,8	0,74	0,43	0,7	0,67
Співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних	1,0	0,77	0,33	0,37	0,16	1,0	0,53	0,18	0,49	1,0	0,87	0,6	0,2
Число нормальних пологів, %	0,88	0,9	0,94	1,0	0,81	0,96	0,88	0,91	0,5	0,91	0,91	0,98	0,97
Число розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину, на 1000 пологів	0,72	0,35	0,27	0,5	0,2	0,34	0,22	0,54	0,31	0,13	0,32	0,57	0,42
Індекс неонатального трансферу, %	0,49	0,03	1,0	0,57	1,0	0,92	0,96	1,0	1,0	0,27	0,12	0,78	1,0
Невиношування вагітності, %	0,69	1,0	0,91	0,95	0,77	0,46	1,0	0,83	0,95	0,96	0,66	0,74	0,51
Число кровотеч у послідовому і післяродовому періодах	0,15	0,21	0,14	0,00	0,23	0,0	0,23	0	0,014	0,34	0,51	0,0	0,0
Число маловагових новонароджених	0,74	0,88	0,44	0,79	0,49	0,6	0,67	0,86	0,85	0,65	0,76	0,78	0,72
Виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні після 168 годин життя, %	0,87	1,0	1,0	0,92	0,96	0,87	0,94	0,87	0,96	0,92	0,95	0,9	1,0
Індекс здоров'я новонароджених, %	0,91	0,93	0,95	0,95	0,95	0,8	0,91	0,9	0,9	0,91	0,9	0,95	0,84
Рівень перинатальної смертності, ‰	0,63	1,0	0,55	0,99	0,84	0,0	0,65	0,14	0,88	0,7	0,73	0,6	0,75
Рівень мертворооджуваності, ‰	0,56	1,0	0,18	0,72	0,82	0,0	0,38	0,42	0,76	0,74	0,78	0,46	0,48
Рівень материнської смертності, на 100 тис. живонароджених	0,0	0,0	0,13	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Коефіцієнт комплексної оцінки	0,7	0,71	0,7	0,73	0,73	0,7	0,7	0,72	0,78	0,7	0,74	0,71	0,7

Таблиця 5

**Коефіцієнти досягнення нормативних значень показників перинатальної допомоги в регіонах із середнім рівнем досягнення ККО, 2021 р.**

Показник	Дніпро- тровська	Донецька	Житомир- ська	Запорізька	Київська	Полтавська	Херсонська
Число акушер-гінекологів, на 10 тис. жіночого населення	0,7	0,53	0,65	0,77	0,66	0,75	0,66
Число педіатрів-неонатологів, на 1000000 народжених живими	0,84	1,0	0,89	1,0	0,87	1,0	0,76
Число акушерських ліжок, на 1000 жінок віком 15–49 років	0,78	0,94	1,0	1,0	0,97	0,76	0,91
Число ліжок для недоношених і хворих новонароджених, на 1000 народжених живими	0,76	0,08	0,92	0,09	0,97	0,52	0,97
Питома вага хворих, виявлених у ранніх стадіях (I–II), серед хворих з уперше встановленим діагнозом онкології молочної залози, %	0,83	0,83	0,8	0,76	0,84	0,75	0,91
Питома вага хворих, виявлених у ранніх стадіях (I–II), серед хворих з уперше встановленим діагнозом онкології шийки матки, %	0,8	0,66	0,78	0,74	0,79	0,88	0,58
Своєчасність постановки на облік вагітних	0,94	0,96	0,98	0,96	0,9	0,9	1,0
Число анемій, на 100 вагітних	0,51	0,28	1,0	0,94	0,61	0,51	0,78
Число преєклампсій та еклампсій, на 100 вагітних	1,0	0,61	1,0	0,98	0,11	0,37	0,15
Співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних	0,55	1,0	0,32	0,33	0,44	1,0	1,0
Число нормальних пологів, %	0,8	0,96	0,82	0,92	0,87	0,96	0,88
Число розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину, на 1000 пологів	0,31	0,28	0,13	0,33	0,25	0,36	0,14
Індекс неонатального трансферу, %	0,25	0,77	0,51	0,34	0,79	0,0	0,22
Невиношування вагітності, %	0,25	0,79	0,78	0,78	0,7	0,38	0,96
Число кровотеч у післяродовому і після-родовому періодах, ‰	0,3	0,0	0,14	0,46	0,5	0,67	0,0
Число маловагових новонароджених	0,6	0,6	0,65	0,58	0,4	0,63	0,61
Вживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні після 168 годин життя, %	0,96	0,94	0,88	0,92	0,91	0,96	0,7
Індекс здоров'я новонароджених, %	0,84	0,89	0,84	0,88	0,82	0,81	0,84
Рівень перинатальної смертності, ‰	0,49	н/д	0,66	0,55	1,0	1,0	0,5
Рівень мертвонароджуваності, ‰	0,18	н/д	0,58	0,46	0,96	0,84	0,66
Рівень материнської смертності, на 100 тис. живонароджених	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Коефіцієнт комплексної оцінки	0,62	0,66	0,68	0,67	0,69	0,68	0,6

Примітка: н/д — немає даних.

територій. При в цілому наднормативній забезпеченості акушерськими і неонатологічними ліжками, що зумовлено значним зменшенням жінок фертильного віку та живонароджених (з 10,12 тис. і 363,9 тис. у 2017 р. до 9,66 тис. і 271,9 тис. у 2021 р., відповідно), надвисокою була забезпеченість акушерськими ліжками жінок фертильного віку в Івано-Франківській, Львівській, Одеській і Рівненській областях (КДНЗ — 0,4; 0,47; 0,49 і 0,5); неонатальними ліжками — у Донецькій, Закарпатській, Чер-

нівецькій, Харківській і Тернопільській областях (КДНЗ — 0,08; 0,09; 0,3; 0,35 і 0,45). Нижча за середні значення утримувалася частота раннього виявлення злоякісних новоутворень молочної залози в Харківській області (КДНЗ — 0,52), шийки матки — у Чернігівській, Одеській і Запорізькій областях (КДНЗ — 0,56; 0,57 і 0,59, відповідно). Характерно, що майже у всіх регіонах цієї групи на вищому за середній і високому рівні досягнення нормативних значень утримувалася своєчасність постановки на



облік вагітних, нормальних пологів (за винятком Сумської області), частота прееклампсій та еклампсій (за винятком Черкаської області). Суттєві відмінності КДНЗ регіонів цієї групи були характерні для частоти маловагових новонароджених (у 2 рази), невиношування вагітності (у 2,2 рази), анемії вагітних (2,3 рази), співвідношення безпечних і небезпечних видів абортів (у 5 разів), індексу неонатального трансферу (у 33,3 рази). На низькому і нижчому за середній рівень КДНЗ утримувалися у всіх регіонах із вищим за середній рівень ККО частота розроджень шляхом кесаревого розтину та кровотеч у послідовому і післяродовому періодах, а лише високі рівні КДНЗ показників були характерні для частоти виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні (0,87–1,0) та індексу здоров'я новонароджених (0,8–0,95). У всіх регіонах цієї групи відмічалися надвисокі рівні материнської смертності (КДНЗ — 0,0–0,18), у Луганській області — перинатальної смертності та мертвонароджуваності (КДНЗ — 0,0 і 0,0), у Рівненській області — перинатальної смертності (КДНЗ — 0,14), у Закарпатській області — мертвонароджуваності (КДНЗ — 0,18). Близькі до орієнтовних показників перинатальної смертності були характерні лише для Волинської, Миколаївської, Сумської і Кіровоградської областей (КДНЗ — 1,0; 0,95; 0,88 і 0,84), а мертвонароджуваності — для Волинської і Кіровоградської областей (КДНЗ — 1,0 і 0,82).

До III групи увійшли 7 територій з ККО середнього ступеня. При цьому в усіх регіонах цієї групи був низький рівень материнської смертності (КДНЗ — 0,0), частоти розроджень шляхом кесаревого розтину (КДНЗ — 0,13–0,36), низький, нижчий за середній і середній рівні частоти кровотеч у послідовому і післяродовому періодах (КДНЗ — 0,0–0,67), частоти маловагових новонароджених (КДНЗ — 0,4–0,63), нижчий за середній і середній рівні забезпеченості жіночого населення акушер-гінекологами (КДНЗ — 0,53–0,77). Водночас досягнуто вищого за середній і високого рівня забезпеченості педіатрами-неонатологами та акушерськими ліжками (КДНЗ — 1,0–0,76), виявлення на ранніх стадіях злоякісних новоутворень молочної залози (КДНЗ — 0,91–0,79), своєчасності постановки на облік вагітних (КДНЗ — 1,0–0,9), частоти нормальних пологів (КДНЗ — 0,96–0,8), виживання новонародже-

них із дуже малою масою тіла при народженні (КДНЗ — 0,96–0,7), індексу здоров'я новонароджених (КДНЗ — 0,89–0,81).

Як і в інших групах, у групі регіонів із середнім рівнем ККО відмічено значні диспропорції КДНЗ: раннього виявлення раку шийки матки від 0,88 у Полтавській до 0,66 у Донецькій областях; частоти анемії вагітних — від 1,0 у Житомирській і Херсонській областях до 0,28 у Донецькій області; співвідношення безпечних і небезпечних видів абортів — від 1,0 у Донецькій, Полтавській і Херсонській областях до 0,32 у Житомирській області; частоти прееклампсій і еклампсій вагітних — від 1,0 у Дніпропетровській і Житомирській областях до 0,11 у Київській області; індексу неонатального трансферу — від 0,79 у Київській області до 0,0 у Полтавській області; невиношування вагітності — від 0,96 у Херсонській до 0,25 у Дніпропетровській областях. При в цілому низькому, нижчому за середній і середньому рівні КДНЗ компонента результативності (від 0,68 у Київській і Полтавській областях до 0,48 у Дніпропетровській і Херсонській областях) і нульовому рівні КДНЗ материнської смертності на всіх територіях III групи, у Київській і Полтавській областях забезпечено високий рівень КДНЗ перинатальної смертності (1,0) і мертвонароджуваності (0,96 і 0,84).

## Висновки

Дані дослідження ефективності перинатальної допомоги в Україні у 2017, 2021 рр. на загальнодержавному і регіональному рівнях за показниками ККО засвідчили достатній (вищий за середній — 0,77 і 0,73) рівень досягнення результатів, що, імовірно, зумовлене переорієнтацією діяльності закладів та установ перинатальної допомоги на доказові медико-організаційні технології.

Негативний тренд ККО перинатальної допомоги за досліджуваний період (темп убутку — 5,19%) зумовлений зниженням рівня КДНЗ компонента результативності з 0,79 до 0,64 за рахунок збільшення за цей період кровотеч у послідовому і післяродовому періодах з 7,1 до 8,9 на 1000 пологів і стрімкого зростання рівня материнської смертності з 12,5 до 42,5 на 100 тис. народжених живими, що, імовірно, зумовлене пандемією COVID-19, при позитивній тенденції КДНЗ компонента структури (0,82 — у 2017 р., 0,86 — у 2021 р.) та компонента діяльності (0,76 і 0,77, відповідно).

Зміни рівня ККО ефективності регіональних систем перинатальної допомоги України у 2021 р. порівняно 2017 р. відбулися у бік зменшення на переважній більшості (15) територій, у бік збільшення — на 9 територіях, при стабілізації цього показника в Рівненській області. Найвищими темпами зменшився рівень ККО перинатальної допомоги (темп убутку — 19,05–15,0%) у Житомирській, Дніпропетровській, Запорізькій і Полтавській областях, а збільшився (темп приросту — 9,37–7,58%) — у Закарпатській, Чернівецькій і Волинській областях.

Зіставлення із середнім по Україні показником ефективності регіональних систем перинатальної допомоги засвідчило, що у 2021 р. середньоукраїнські показники ККО зафіксовано в Кіровоградській і Миколаївській областях, близькі до середньоукраїнських — у Закарпатській, Луганській, Одеській, Харківській, Чернігівській, Черкаській, Волинській і Рівненській областях (нижчі за показник по Україні на 4,1–1,4%), а також у Хмельницькій, Вінницькій і Сумській областях (вищі за показник по Україні на 1,3–8,2%).

У цілому регіональну комплексну оцінку діяльності перинатальної служби у 2021 р. проведено шляхом розподілу регіонів на три групи. Лідерами інтегральної ефективності перинатальної допомоги (І група) із високим рівнем ККО ( $\geq 0,80$ ), що свідчить про досить ефективну діяльність перинатальної служби регіонів, стало місто Київ. До II групи регіонів із вищим за середній рівень ККО (0,7–0,79), що потребує посилення окремих компонентів діяльності закладів та установ перинатальної служби, увійшло 13 регіонів. Суттєві відмінності КДНЗ регіонів цієї групи були характерні для частоти маловагових новонароджених (у 2 рази), невиношування вагітності (у 2,2 раза), анемії вагітних (у 2,3 раза), співвідношення безпеч-

них і небезпечних видів абортів (у 5 разів), індексу неонатального трансферу (у 33,3 раза). На низькому і нижчому за середній рівні КДНЗ утримувався у всіх регіонах із вищим за середній рівень ККО частоти розроджень шляхом кесаревого розтину та кровотеч у післяродовому і післяродовому періодах, материнської смертності. Аутсайдерами інтегральної ефективності перинатальної допомоги (III група регіонів із середнім рівнем ККО — 0,6–0,69), що потребують прийняття управлінських рішень із питань ефективнішої діяльності закладів та установ перинатальної служби, стали 7 територій (Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Запорізька, Київська, Полтавська і Херсонська області).

Інтегральна оцінка ефективності перинатальної допомоги дає змогу визначати ефективність управлінських дій у сфері забезпечення доступності та якості перинатальної допомоги, своєчасно реагувати на зміни в макро- і мікросередовищі, може використовуватися для аналізу й оцінки роботи окремих регіонів, закладів, підрозділів перинатальної допомоги та окремих медичних працівників. Враховуючи, що модель інтегральної оцінки ефективності перинатальної допомоги має динамічні властивості, надалі в міру трансформації сфери охорони здоров'я, досягнення нормативних значень окремих показників комплексної оцінки передбачається їхній перегляд.

**Фінансування.** Роботу виконано за фінансування НАМН України в межах НДР «Розробити системи аналізу та інтегральної оцінки різних ланок служби охорони здоров'я матері і дитини в сучасних умовах діяльності сфери охорони здоров'я».

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та особистої фінансової зацікавленості в підготовці статті.*

## References/Література

1. Antypkin YuH, Lapshyn VF, Marushko RV, Dudina OO, Bondarenko Nlu. (2020). Suchasnyi stan reproduktyvnoho potentsialu zhinok Ukrainy. Reproduktyvna endokrynologhiia. 53: 9–18. [Антипкін ЮГ, Лапшин ВФ, Марушко РВ, Дудіна ОО, Бондаренко НЮ. (2020). Сучасний стан репродуктивного потенціалу жінок України. Репродуктивна ендокринологія. 53: 9–18].
2. Dudina OO, Slabkyi HO, Dudnyk SV. (2019). Kompleksna otsinka diialnosti zakladiv ta ustanov perynatalnoi dopomohy. Metodichni rekomendatsii. K.: 34. [Дудіна ОО, Слабкий ГО, Дудник СВ. (2019). Комплексна оцінка діяльності закладів та установ перинатальної допомоги. Методичні рекомендації. К.: 34].
3. Grshybowksyj JL, Smiianov VA, Myronyuk JV et al. (2019). Ten Indicators Which Characterize Medical-Demographic Processes in Adjacent Regions of Ukraine and Poland. Wiadomości Lekarskie. 72 (5; 1): 868–876.
4. Kalynychenko DO. (2019). Kilkisna otsinka reproduktyvnoho potentsialu zhinok rannoho fertylnoho viku. Dovkillia ta zdorov'ia. 3: 11–16. [Калиниченко ДО. (2019). Кількісна оцінка репродуктивного потенціалу жінок раннього фертильного віку. Довкілля та здоров'я. 3: 11–16].

5. Marushko RV, Dudina OO, Marushko TL. (2022). Reproductive losses in Ukraine: current situation. *Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics*. 1 (89): 5–10. [Марушко РВ, Дудіна ОО, Марушко ТЛ. (2022). Репродуктивні втрати в Україні: сучасна ситуація. *Український журнал Перинатологія і Педіатрія*. 1 (89): 5–10]. doi: 10.15574/PP.2022.89.5.
6. MOZ Ukrainy, DU «UISD MOZ Ukrainy». (2018). Shchorichna dopovid pro stan zdorov'ia naselennia, sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorov'ia Ukrainy. 2017 rik. Kyiv: MVTs «Medinform»: 458. [МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». (2018). Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік. Київ: МВЦ «Медінформ»: 458].
7. MOZ Ukrainy, DZ «Tsentr medychnoi statystyky MOZ Ukrainy». (2022). Stan zdorov'ia zhinochoho naselennia v Ukraini za 2021 roku (za terytoriiamy, shcho pidkontrolni Ukraini). Kyiv [МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». (2022). Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2021 роки (за територіями, що підконтрольні Україні). Київ].
8. MOZ Ukrainy, DZ «Tsentr medychnoi statystyky MOZ Ukrainy». (2022). Monitoryng yakosti nadannia medychnykh posluh pid chas reformuvannia akushersko-pediatrychnoi dopomohy naselenniu Ukrainy u zakladakh okhorony zdorov'ia, shcho перебувають у сфері управління МОЗ України. Analitichno-statystychnyi dovidnyk protiahom 12 misiatsiv 2017–2021 rokiv. Kyiv [МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». (2022). Моніторинг якості надання медичних послуг під час реформування акушерсько-педіатричної допомоги населенню України у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України. Аналітично-статистичний довідник протягом 12 місяців 2017–2021 років. Київ].
9. Sehyda E. (2020). Strukturno-dynamycheskye osobennosti rozhdaemosti v Ukrainy v KhKhI veke. *Mohylevskiy meridian*. 21; 1–2 (49–50): 21–26. [Сегида Е. (2020). Структурно-динамические особенности рождаемости в Украине в XXI веке. *Могилевский меридиан*. 21; 1–2 (49–50): 21–26].
10. Slabkyi HO, Dudina OO, Dudnyk SV. (2019). Kompleksna otsinka diialnosti zakladiv perynatalnoi dopomohy Ukrainy. *Ukraina. Zdorov'ia natsii*. 1 (54): 79–87. [Слабкий ГО, Дудіна ОО, Дудник СВ. (2019). Комплексна оцінка діяльності закладів перинатальної допомоги України. *Україна. Здоров'я нації*. 1 (54): 79–87].
11. Tsvihun IA. (2013). Demografichna bezpeka Ukrainy ta napriamy yii rehuliuвання (monohrafiia). Kam'ianets-Podilskiy. Vydavets PP Zvoleiko D.H.: 400. [Цвігун ІА. (2013). Демографічна безпека України та напрямки її регулювання (монографія). Кам'янець-Подільський. Видавець ПП Зволейко Д.Г.: 400].
12. Zhylka NJ, Myronjuk IS, Slabkyi GO. (2018). Characteristics of Some Indicators of Reproductive Health of the Female Population of Ukraine. *Wiadomości Lekarskie (Poland)*. LXXI; 9: 1803–1808.

## Відомості про авторів:

**Марушко Ростислав Володимирович** — д. мед. н., зав. науково-організаційним відділенням ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м Київ, вул. Платона Майбороди, 8; тел. 484-18-71. <https://orcid.org/0000-0001-7855-1679>.

**Гойда Ніна Григорівна** — д. мед. н., проф., Професор кафедри управління охороною здоров'я Національний університет охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика імені П.Л. Шупика. Адреса: м Київ, вул. Дорогожицького, 9; тел. 205-49-90. <https://orcid.org/0000-0001-6625-0078>.

**Дудіна Олена Олександрівна** — к. мед. н., ст. н. с., пров. н. с. науково-організаційного відділення ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м Київ, вул. Платона Майбороди, 8; тел. 483-92-59. <https://orcid.org/0000-0001-9828-976X>.

**Марушко Тетяна Лемарівна** — к. мед. н., ст. н. с. відділення проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 483-92-59. <https://orcid.org/0000-0001-5139-882X>.

Стаття надійшла до редакції 30.11.2022 р.; прийнята до друку 13.03.2023 р.