

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Заболотнов Віталій Олександрович
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 332.142
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА НАДАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В
УМОВАХ МОДЕРНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

В. О. Заболотнов
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
Симоненко Леся Іванівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат економічних наук, доцент
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

за результатами попереднього захисту: **Заболотнова Віталія Олександровича**

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «_____» грудня 2021 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор _____ Якобчук В.П.
(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (прізвище ,ім'я, по батькові)

«_____» грудня 2021 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти _____ **Заболотнов Віталій Олександрович** _____ захистив
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за шкалою ECTS _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

_____ Пугачова Н.С.
(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (прізвище ,ім'я, по батькові)

(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (прізвище ,ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

Заболотнов В.О. Державна політика надання перинатальної допомоги в умовах модернізації медичної галузі – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування – Поліський національний університет, 2021.

У роботі визначено основні наукові підходи у державній політиці надання перинатальної допомоги в умовах модернізації медичної галузі та проведено їх аналіз у громадському секторі. Дано характеристику особливостей державної політики, відображено специфіку модернізаційних напрямів надання перинатальної допомоги, менеджменту в закладах охорони здоров'я. У дослідженні зроблено акценти на сучасних напрямках у державній політиці надання перинатальної допомоги в умовах модернізації медичної галузі в Україні, відображено напрями створення публічного та ефективного перинатального закладу. У роботі знайшли відображення інструменти реалізації проектів та напрямів удосконалення механізмів при наданні перинатальної допомоги в умовах модернізації медичної галузі.

Ключові слова: публічне управління, перинатальна допомога, модернізації медичної галузі.

SUMMARY

Zabolotnov VO State policy of perinatal care in the modernization of the medical field - Qualification work on the rights of the manuscript.

Qualification work for a master's degree in specialty 281 - Public Administration and Administration - Polissya National University, 2021.

The paper identifies the main scientific approaches in the state policy of perinatal care in the modernization of the medical sector and analyzes them in the public sector. The characteristics of the state policy are characterized, the specifics of modernization directions of perinatal care, management in health care institutions are reflected. The study focuses on current trends in public policy of perinatal care in the modernization of the medical sector in Ukraine, reflects the directions of creating a public and effective perinatal institution. The paper reflects the tools for implementing projects and ways to improve mechanisms for providing perinatal care in the modernization of the medical industry.

Key words: public administration, perinatal care, modernization of the medical field.

ЗМІСТ

	Стор.
Вступ	5
Розділ 1. Теоретико-методичні передумови надання перинатальної допомоги в Україні	7
1.1 Стапи реформування надання перинатальної допомоги в Україні	7
1.2 Міжнародний досвід надання перинатальної допомоги	12
Розділ 2. Аналіз Ефективності Надання Перинатальної Допомоги В Україні	16
2.1 Суть та механізми надання перинатальної допомоги в Україні	16
2.2 Організація і надання перинатальної допомоги в Житомирській області	17
Розділ 3. Перспективи І Шляхи Розвитку Управління Перинатальної Допомоги Україні В Умовах Модернізації Медичної Галузі Здоров'я України На Прикладі Діяльності Комунального Некомерційного Підприємства «Обласний Перинатальний Центр» Житомирської Обласної Ради	21
3.1 Нормативно-правова база управління	21
3.2 Функції управління відповідно до покладених завдань	22
ВИСНОВКИ	33
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	35

ВСТУП

Адміністративні методи управління в системі охорони здоров'я є важливою складовою. У той же час на тлі фінансування набули характеру екстенсивного розвитку медичних установ [1].

У рамках ринкової економіки такий шлях розвитку не є ефективним, оскільки система, що не адекватно використовує економічний вплив і не сприяє утворенню нових видів органів охорони здоров'я, а також різних варіантів надання медичних послуг, що відповідають сучасним вимогам тощо, формує основу посилення диспропорцій та нарощування медичних, соціальних та, нарешті, економічних втрат [2].

Цікавим варіантом у системі охорони здоров'я України є розвиток приватного сектору медичних закладів. Організація роботи приватних установ безумовно має свої характерні риси: гнучка фінансова політика, врахування вимог та очікувань стейкхолдерів, що проявляється в управлінській діяльності. І цікавою є участь приватного сектора в системі пологової допомоги.

Метою кваліфікаційної роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо подальшого розвитку надання перинатальної допомоги в Україні в умовах модернізації медичної галузі.

Реалізація мети потребує вирішення ряду завдань:

- дати характеристику особливостей надання перинатальної допомоги в умовах модернізації медичної галузі;
- показати специфіку надання перинатальної допомоги в умовах модернізації медичної галузі;
- визначити сучасні напрями реформування надання перинатальної допомоги в умовах модернізації медичної галузі.

Предмет дослідження – надання перинатальної допомоги.

Об'єкт дослідження – умови модернізації медичної галузі.

Інформаційною базою написання кваліфікаційної роботи стали наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених з питань публічного

адміністрування і управління при наданні перинатальної допомоги. Вивчені нормативно-правові акти і умови модернізації медичної галузі.

Практичне значення дослідження полягає в розробці рекомендацій по створенню публічного та ефективного медичного закладу в системі охорони здоров'я України.

Кваліфікаційна робота складається з трьох розділів, висновку, списку використаних джерел та додатків. За темою дослідження надруковано та видано три тези.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ НАДАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНИ

1.1. Стапи реформування надання перинатальної допомоги в Україні

Безумовно кожна держава стверджує, що турбується про своїх громадян. Україна не є винятком і заявляє, що людське життя та здоров'я є найвищими соціальними цінностями держави, які закріплені в Конституції України. Для держави важливим є цей комплекс політичних, економічних, соціальних факторів, які забезпечують реалізації репродуктивної функції та позначаються на демографічній ситуації та на здоров'ї населення [3].

Охорона материнства та дитинства збереження репродуктивного здоров'я населення позитивно впливають на демографічну ситуацію в державі. У зв'язку з цим була розроблена і впроваджена в життя Указом Президента України Національна програма "Репродуктивне здоров'я 2001-2005" [4].

Дані з офіційних джерел, що отримуються сьогодні, свідчать про те, що демографічна ситуація в Україні катастрофічно погіршується від року до року. Фактично ці дані свідчать, що населення України фактично вимирає, адже за 30 років державності чисельність населення зменшилася приблизно на одну третину. І ця демографічна криза продовжує заглиблюватися. Це негативно впливає на розвиток продуктивних сил, рівень добробуту населення, загальну економічну ситуацію у державі [4].

В умовах такої демографічної кризи кожне людське життя надає ще більш важливого значення а реалізація репродуктивної функції і народження здорових дітей є невід'ємною складовою здоров'я нації в цілому і має стратегічне значення для забезпечення сталого розвитку суспільства [4].

В останні роки в Україні прийнято низку законів, впроваджено державні програми зі створення служби планування сім'ї, покращилися результати

лікування безплідних пар, досягнуто вражаючих успіхів у застосуванні сучасних методів контрацепції, що призвело до значного зниження небажаних вагітностей та виконання переривання вагітностей (абортів), що сприяє припинення негативних процесів у сфері репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, поінформованості населення про контрацепцію та відповідальне батьківство [4].

Як результат цих негативних процесів збільшилася кількість випадків захворювань, що передаються статевим шляхом, своєчасно, на ранніх стадіях не виявляються онкологічні захворювання. Викликаної низьким рівнем поінформованості населення про здоровий спосіб життя та необхідність регулярних профілактичних оглядів [4].

На жаль, зруйнована система санітарно-епідеміологічної служби, а створені системи не відповідають сучасним вимогам, тому неадекватна соціальна та правова захищеність у сфері праці, зниження контролю за дотриманням правил та норм гігієни і є тими причинно-наслідковими факторами несприятливого стану здоров'я жіночого населення.

Тому на початку поточного тисячоліття розроблено Національну програму "Репродуктивне здоров'я 2001-2005". Головною метою даної програми є покращення демографічної ситуації в державі, відновлення та зміцнення, репродуктивного здоров'я населення, народження здорових дітей [4].

Були проведені серйозні перетворення та реформи у сфері надання практичної акушерсько-гінекологічної допомоги.

Важливими складовими цієї програми стали насамперед це соціальна та економічна база. Цей захід спрямований на покращення демографічної ситуації в країні.

Логічним продовженням Національної програми "Репродуктивне здоров'я 2001-2005" з'явилася постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 № 1849 "Про затвердження Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року". Важливим пунктом цієї програми є рівний доступ сім'ї

в цілому і безпосередньо жіночого населення до сучасних перинатальних послуг, вже на етапі первинної медико-санітарної допомоги [3].

Репродукція, що лежить в основі виживання індивідуумів та людства, визначається станом репродуктивного здоров'я, яка в свою чергу залежить від загального здоров'я нації та має основоположне значення у розвиток соціуму. До рамок Національної програми "Репродуктивне здоров'я 2001-2005" (203/2001) входить всеосяжний комплекс як медичних послуг так і соціальних та економічних. Служба планування сім'ї, підвищився рівень знань населення про прийнятій спосіб життя, сучасні правила статевої поведінки, бажане батьківство, персоналізовані методи контрацепції [3].

Про позитивний вплив проведених заходів у рамках цієї програми свідчить зниження частоти небажаної вагітності та безпосередньо пов'язану з нею частоти абортів. Незважаючи на досягнуті успіхи частота абортів у країні залишається досить високою, особливо в порівнянні з економічно розвиненими країнами. Наступним завданням є профілактика невиношування вагітності та підвищення рівня виходжування недоношених новонароджених. А вирішення проблем невиношування безпосередньо пов'язане з економічною складовою і з суто медичної проблеми стає соціальною. [3].

Ми бачимо, що поліпшення репродуктивного здоров'я вимагає свого подальшого розвитку та постійного вдосконалення із залученням широкого кола заходів та організаційних зусиль [3].

Метою Програмних рішень є поліпшення репродуктивної функції оздоровлення громадян як важлива складова загальних умов лікування, що в значній мірі вплине на демографічні зміни та забезпечить соціально-економічну модернізацію країни [3].

Сьогодні, логічним продовженням виглядає поява Наказу МОЗ України 726 від 31.10.2011 про регіоналізацію надання перинатальної допомоги [5], в якому викладені принципи забезпечення етапності «надання перинатальної допомоги за трьома рівнями перинатальної допомоги з урахуванням регіональних особливостей. У цьому Порядку термін «регіоналізація» має таке

значення – це система організації етапності надання перинатальної допомоги (жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим тощо) за трьома рівнями з урахуванням регіональних особливостей, яка максимально забезпечить своєчасність, доступність, адекватність, ефективність, безпечність перинатальної допомоги при раціональних витратах ресурсів системи охорони здоров'я» [4].

Рівні перинатальної допомоги визначаються за такими критеріями [5]:

- мережею закладів охорони здоров'я, що надають перинатальну допомогу;
- категорією пацієнтів, яким надається медична допомога (ступінь перинатального ризику);
- наявністю можливості виїзних консультацій;
- можливістю транспортування пацієнтів;
- кваліфікацією медичного персоналу;
- обсягом надання медичної допомоги;
- рівнем матеріально-технічного оснащення;
- перинатальними технологіями, що використовуються в закладі охорони здоров'я [4].

Метою регіоналізації перинатальної допомоги – покращення якості, доступності перинатальної допомоги з урахуванням раціонального використання можливостей існуючої системи надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим, захворюваності новонароджених, створення можливості виходжування дітей з малою та дуже малою масою тіла при народженні, що сприятиме зниженню материнської, малюкової смертності та попередженню дитячої інвалідності [5].

Регіоналізація перинатальної допомоги передбачає:

- розподіл системи організації медичної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим та малюкам у кожному окремому регіоні (Автономна Республіка Крим, області, міста Київ і Севастополь) за

трьома рівнями.

- розподіл перинатальної допомоги за рівнями надання медичної допомоги;
- визначення переліку показань до госпіталізації і правил транспортування вагітних та новонароджених у заклади охорони здоров'я II і III рівнів перинатальної допомоги залежно від ступеня ризику вагітності і пологів, розвитку плода;
- організацію дистанційного консультування з використанням інформаційних технологій, у тому числі телемедицини;
- організацію безперервного навчання працівників [6].

1.2. Міжнародний досвід надання перинатальної допомоги

Розвиток важливого аспекту охорони здоров'я – системи регіоналізації перинатальної допомоги – після початкового (досить ефективного) впровадження виявив останніми роками нові проблеми. У багатьох країнах, що розвиваються, він зайшов у глухий кут через брак фінансування від уряду. У більшості розвинутих країн створені регіональні програми разом із появою медичного забезпечення та приватного сектору охорони здоров'я [5].

Таблиця 1.1

Кількість ліжок інтенсивної терапії новонароджених (на 1000 народжених живими)

Країна	Кількість ліжок інтенсивної терапії новонароджених	Ліжка інтенсивної терапії та інтенсивного спостереження
США	3,3	5,1
Канада	/	2,6
Австралія	/	2,6
Велика Британія	0,67	/
Гонконг	1,6	/

Необхідна кількість ліжок інтенсивної терапії новонароджених найчастіше розраховується на 1000 дітей з низькою масою тіла при народженні. Ця кількість може відрізнятись в різних системах залежно від критеріїв направлення до відділення, від організації відділень інтенсивної терапії та регіоналізації допомоги, а також від політики в галузі охорони здоров'я та частоти народження дітей з низькою і екстремально низькою масою тіла серед населення. У таблиці 1 наведено відмінності в кількості ліжок інтенсивної терапії в різних країнах [6].

Регіоналізація перинатального догляду в США

Багаточисленні дослідження продемонстрували переваги регіоналізації допомоги при народженні глибоко недоношеної дитини і концентрації більшості таких пологів у стаціонарах третього рівня медичної допомоги. У США медичні заклади, які забезпечують стаціонарний догляд за новонародженим, поділяються на три рівні [9].¹

Регіоналізація перинатального догляду в Європі

В європейських країнах існують різні моделі організації медичної допомоги (стосовно кількості та розміру пологових стаціонарів, а також того, чи пов'язані вони зі спеціалізованими неонатальними відділеннями). З одного боку, закриття малопотужних пологових відділень і централізація всіх пологів у великих стаціонарах гарантують, що дитина з групи підвищеного ризику народиться в стаціонарі належного рівня і отримає спеціалізовану неонатальну допомогу. З іншого боку, за наявності значної кількості великих пологових відділень з різними рівнями спеціалізації є необхідною організація міжлікарняної мережі регіоналізації для забезпечення ведення пологів у жінок з групи високого ризику в спеціалізованих відділеннях [10].

У ході оцінки порівнювалися кількість спеціалізованих пологових відділень на 10 000 пологів, частка дітей, народжених в спеціалізованих відділеннях, і частка глибоко недоношених дітей, які за станом здоров'я

¹ AAP Committee on Fetus and Newborn. 2004. Levels of Neonatal Care. *Pediatrics* 114: 1341-1347

направлялися до спеціалізованих стаціонарів [10].²

Таблиця 1.2

Організація неонатальної допомоги в Європі

Країна	Кількість пологів 2000 рік	Кількість пологових стаціонарів	Стаціонари III рівня надання допомоги	Стаціонари, які мають змогу приймати немовлят до	Кількість пологових стаціонарів на 10 000 пологів	Кількість стаціонарів III рівня на 10 000 пологів
Бельгія	62 128	75	8	Ні	12,1	1,29
Данія	35 000	12	2	Так	3,4	0,57
Франція	167 295	112	11	Ні	6,7	0,66
Германія	58 817	81	12	Ні	13,8	2,04
Італія	49 163	61	12	Ні	12,4	2,44
Нідерланди	40 000	25	2	Ні	6,3	0,50
Польща	40 000	51	1	Ні	12,8	0,25
Португалія	44 521	19	8	Ні	4,3	1,80
Велика Британія	55 541	19	7	Так	3,4	1,26
	30 374	15	4	Так	4,9	1,32

Середня кількість пологових відділень варіювалася у межах від 5,5 і менше на 10 000 пологів у Данії, Франції, Португалії та Великій Британії до понад 10 у Бельгії, Німеччині, Італії та Польщі. Середня кількість пологових відділень III рівня становила 1 на 10 000 пологів. Дослідження MOSAIC також продемонструвало, що частка новонароджених 24–31 тиж. гестації, що народилися у відділеннях III рівня допомоги, дорівнювала від 63–64% у регіонах Данії та Польщі до понад 80% у регіонах Бельгії, Німеччині, Італії та Португалії [9].

Висновки по першому розділу

Незважаючи на проведені реорганізаційні заходи щодо поліпшення

² Béatrice Blondel et al., Organisation of obstetric services for very preterm births in Europe: results from the MOSAIC project. BJOG116:136401372

надання перинатальної допомоги в Україні, залишається ряд невирішених питань пов'язаних в першу чергу з соціально-економічними факторами- постійно погіршується демографічна ситуація (враховуючи швидкість скорочення народжуваності, сьогодні, мова вже може йти про вимирання нації); низька соціально-економічна забезпеченість громадян , саме багатодітні сім'ї, що зумовлюється підвищенням перинатальних ризиків; низьким рівнем зарплати медпрацівників, їх соціальна захищеність, особливо в сільській місцевості.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

2.1. Суть та механізми надання перинатальної допомоги в Україні

У практичних настановах «Національні засади впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги» представлено теоретичне підґрунтя та шляхи практичної реалізації алгоритму дій з розбудови трирівневої системи перинатальної допомоги в Україні, нормативно-правова база для її реалізації та інструменти оцінки якості надання такої допомоги [11, 12].

Виникла потреба у послідовних організаційних і адміністративних заходах які б сприяли забезпеченню доступності відповідної перинатальної допомоги усім категоріям населення відповідно до складності випадку [13].

Згідно з Цілями Розвитку Тисячоліття (№ 5), перед урядами держав постало завдання скоротити у 1990–2015 рр. коефіцієнт материнської смертності на три чверті та забезпечити до 2015 р. вільний доступ до послуг з репродуктивного здоров'я. Це можна вирішити шляхом створення дієвої системи управління якістю медичної допомоги (ЯМД) [18].



Рис. 2.1. Схема безперервного поліпшення якості

Запропоноване А. Donabedian [19] поняття «ЯМД» модифікували наразі Г.І. Назаренко і О.І. Полубенцева, враховуючи різні підходи (позиції лікарів, пацієнтів, експертів). ЯМД – це досягнення максимально можливого, науково прогнозованого результату; мінімальна вартість при збереженні заданої результативності; обґрунтованість конкретного виду медичної допомоги; законність; відповідність очікуванням пацієнта і доступність для усіх категорій населення [19].

2.2. Організація і надання перинатальної допомоги в Житомирській області

Надання перинатальної допомоги в Житомирській області базується на наказі Житомирської обласної державної адміністрації Управління охорони здоров'я від 05.04.2011 року № 276-а «Про затвердження Концепції розвитку перинатальної допомоги в Житомирській області» [20]. Розрахованого на головних лікарів лікувально-профілактичних закладів області і головного акушера гінеколога УОЗ ОДА

Аналіз рівня надання перинатальної допомоги в області показав, що в області, як і в цілому по Україні, має місце демографічна криза, яка характеризується показниками:

Тому збереження життя кожного немовляти має дуже важливе значення.

В області функціонує 23 пологових відділень та ЖОЦОЗМД, 10 жіночих консультацій, 36 акушерсько-гінекологічних кабінетів, 26 кабінетів планування сім'ї, де надається належна допомога жінкам в післяпологовий період.

Таблиця 2.1

Рівень народжуваності та смертності в Житомирській області

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Народжуваність	10,2	9,7	8,8	8,8	8,3	8,9	9,2
Смертність	16,0	15,6	16,1	16,2	16,7	17,9	17,7
Природній приріст	- 5,8	- 5,9	- 7,3	- 7,4	- 8,4	- 8,8	- 8,5

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Народжуваність	9,8	9,67	10,3	10,4	11,3	11,75	11,45
Смертність	18,3	18,69	18,3	18,2	18,3	16,94	16,55
Природній приріст	- 8,5	- 9,02	- 8,0	- 7,8	- 7,0	- 5,19	- 5,11

Також, працює обласна медико-генетична консультація з цитогенетичною лабораторією та обласний кабінет планування сім'ї на базі обласного центру охорони здоров'я матері і дитини.

Допомогу жінкам області надають 272 акушера-гінеколога (312 посади). Забезпеченість лікарями акушерами-гінекологами складає 3,95 на 10 тис. населення (Україна – 4,94).

Є кадровий дефіцит в Андрушівському, Брусилівському, Лугинському, Володарсько-Волинському, Червоноармійському, Малинському та Любарському районах. Сьогодні турбує те, що 30% лікарів акушерів-гінекологів – це лікарі пенсійного віку.

Проблемою в області є і передчасні пологи. Вони відносяться до несприятливих наслідків вагітності разом з самовільними викиднями та перериваннями вагітності за медичними показами.

Таблиця 2.2

Несприятливі наслідки вагітності

В %	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Україна
Кількість передчасних пологів	3,9	3,6	3,9	3,5	3,0	3,1	3,1	3,3	3,39	3,4	2,8%

На фоні негативних демографічних процесів велике занепокоєння викликають і показники здоров'я жінок репродуктивного віку та дітей.

Таблиця 2.3

Серед ускладнених пологів

В %	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Пізній токсикоз	10,5	10,0	11,5	3,6	3,2	2,4	6,4	7,9	4,1%	4,2%
Хвороби сечостатевої системи	9,6	11,0	12,6	11,9	12,3	11,1	9,0	8,9	4,2%	4,3%
Цукровий діабет	6	4	2	2	11	4	14	13	22	17

Хвороби щитовидної залози	12,	14,0	12,0	12,1	14,6	12,9	11	10.8	9,3%	9.7%
Хвороби системи кровообігу	6,1	6,8	6,9	8,5	6,0	8,2	5,6	6.2	4.8%	5.2%
Анемії	23,8	24,4	25,6	25,2	23,6	18,5	14,9	13.4	12	17
Затрудненні пологи	7,6	12,0	7,7	7,5	6,1	6,9	5,2	5.1	3.9	3.8%
Аномалії пологової діяльності	15,1	12,6	13,7	13,8	10,8	11,2	10,1	9.9	5.8	5.7

Як бачимо є тенденція до зниження ускладнень пологів, високою залишилась кількість пологів у хворих із цукровим діабетом.

Все це негативно впливає на показник материнської смертності.

Таблиця 2.4

Материнська смертність в області за 1998-2010 роки

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Кількість померлих	6	0	2	2	2	2	0	1	0	0	2	0	1
На 100 тис. народжених живими в області	43.2	0	15.8	17.0	16.8	15.8	0	7.7	0	0	13.66	-	6.81
На 100 тис. народжених живими по Україні	29.5	26.6	25.1	24.1	22.5	18.9	13.8	17.5	11.5	17.8	14.7	25.4	

Ускладнення вагітності та пологів зумовлюють високі рівні перинатальних втрат та маючої смертності

Інтегрованим показником якості надання медичної допомоги матерям і дітям є рівень та структура перинатальної смертності, які знаходяться на постійному контролі управління охорони здоров'я облдержадміністрації.

Таблиця 2.5

Перинатальна смертність та складові її компоненти (%)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Перинатальна смертність	9,3	8,8	8,4	7,8	9,7	7,87	7,81	8,15	8,36	8.0
Мертвонароджуваність	5,1	5,0	4,7	4,7	6,4	4,9	5,4	5,3	5,53	4.68

Рання неонатальна смертність	3,2	3,8	3,7	3,1	3,3	3,0	2,5	2,85	2,85	3.34
------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------

Викладена ситуація в значній мірі зумовлена відсутністю чіткого розмежування закладів по рівнях надання рододопомоги.

Очікувані результати

Виконаних завдань дає підстави, у відповідності до «Цілей розвитку Тисячоліття», які визначено ООН, зменшити рівні:

- у материнській смертності не менше, чим на 50%;
- штучного переривання небажаної вагітності;
- захворювання категорії жінок репродуктивного віку;
- дитячої смертності на 25%;
- гемолітичних захворювань серед новонароджених;
- смертність від синдромів проблем з диханням.

РОЗДІЛ 3.

**ПЕРСПЕКТИВИ І ШЛЯХИ РОЗВИТКУ УПРАВЛІННЯ
ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ УКРАЇНИ В УМОВАХ МОДЕРНІЗАЦІЇ
МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА ПРИКЛАДІ ДІЯЛЬНОСТІ
КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА
«ОБЛАСНИЙ ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ЦЕНТР» ЖИТОМИРСЬКОЇ
ОБЛАСНОЇ РАДИ**

3.1. Нормативно-правова база управління

Управлінські функції керуються:

- Конституційними нормами;
- законодавством «Про державну службу»;
- законами України «Про місцеві державні адміністрації»;
- законами України «Про запобігання корупції»;
- законами України «Про доступ до публічної інформації»;

а також іншими законами України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України, наказами відповідних Міністерств Кабінету Міністрів України, іншими нормативно-правовими актами, розпорядженнями голови обласної, районної державних адміністрацій, рішеннями обласної та районної рад.

Управлінські функції підпорядковані районним державним адміністрації, а також підзвітне і підконтрольне Департаменту економічного розвитку, торгівлі та міжнародного співробітництва, Департаменту містобудування, архітектури, будівництва та житлово-комунального господарства, управлінню агропромислового розвитку та управлінню цивільного захисту населення Житомирської обласної державної адміністрації.

На виконання протокольного рішення від 16 вересня 2010 року за результатами наради під головуванням Першого заступника Глави Адміністрації Президента України Акімової І. М., Державної програми

"Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року", затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 р. № 1849, з метою покращення репродуктивного здоров'я населення, зниження рівня материнської, малюкової захворюваності і смертності та поліпшення якості надання медичних послуг вагітним, роділлям, та породіллям і новонародженим та на виконання наказу МОЗ України від 02.02.2011 № 52 «Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та Плану реалізації заходів Концепції» [3, 21].

3.2. Функції управління відповідно до покладених завдань

1.1. Концепція розвитку перинатальної допомоги в Житомирській області (далі – Концепція).

1.2. План реалізації заходів Концепції розвитку перинатальної допомоги в Житомирській області.

2. Головним лікарям лікувально-профілактичних закладів області:

2.1. Забезпечити виконання плану реалізації Заходів.

2.2. Подавати інформацію про хід виконання заходів в УОЗ ОДА для узагальнення до 05 березня кожного року.

Організовує виконання Конституції і законів України, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, наказів Міністерства аграрної політики та продовольства України, Міністерства економічного розвитку і торгівлі України, інших міністерств та центральних органів виконавчої влади, розпоряджень голів обласної, районної державної адміністрацій та здійснює контроль за їх реалізацією [22-25].

Житомирський обласний перинатальний центр є спеціалізованим лікувально-профілактичним закладом 3-го рівня надання акушерсько-гінекологічної і неонатологічної допомоги мешканцям м. Житомира та області. Центр був створений на базі існуючого закладу – Житомирський обласний

центр охорони здоров'я матері і дитини в рамках реалізації Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства». Офіційне відкриття перинатального центру відбулося 05.07.2012 року [26].

В 2019 році обласна комунальна установа Житомирський обласний перинатальний центр Житомирської обласної ради перетворено в комунальне некомерційне підприємство «Обласний перинатальний центр» Житомирської обласної ради. Реєстрація в ЄДРПОУ 27.11.2019 року.

В структуру центру входять:

❖ Адміністрація закладу охорони здоров'я:

- Директор;
- Медичний директор (з медичної частини);
- Медичний директор (з амбулаторно-поліклінічної допомоги);
- Медичний директор з медсестринства;
- Заступник директора з економічних питань;
- Головний бухгалтер;
- Начальник відділу кадрів;
- Організаційно-методичний відділ

Лікувально-профілактичний підрозділ

❖ Консультативно-діагностичний блок (120 відвідувань у зміну):

- реєстратура;
- обласний центр планування сім'ї;
- кабінети лікарів акушер-гінекологів;
- кабінети УЗД;
- кабінет лікаря – терапевта;
- кабінет лікаря – психотерапевта;
- процедурна;
- обласний медико-генетичний центр:
- кабінети лікарів-генетиків;
- кабінети лікарів УЗД;
- кабінет інвазійної пренатальної діагностики;

- генетична лабораторія.

❖ Стационарні відділення (115ліжок):

Акушерський стаціонар:

- Приймальне відділення;
- Відділення патології вагітних та екстрагенітальною патології (з ліжками для невиношування) – 50 ліжок;
- кабінет електрокардіографії та функціональної діагностики;
- кабінет УЗД
- - кабінет трансфузіології;
- Відділення сумісного перебування матері та дитини; - 35 ліжок
- відділення анестезіології та інтенсивної терапії з методами еферентної терапії – 6 ліжок.

❖ Неонатологічний та педіатричний стаціонар:

- відділення неонатального догляду та 2-й етап виходжування новонароджених - 30 ліжок;
- відділення інтенсивної терапії новонароджених – 9 ліжок;
- рентгенологічний кабінет.

Допоміжно-діагностичний підрозділ

❖ Лабораторний блок:

- клініко – біохімічний відділ, включаючи ургентну службу;
- бактеріологічний відділ;
- відділ досліджень методом ланцюгової полімеразної реакції.

❖ Адміністративно-господарський підрозділ

- бухгалтерія;
- планово-економічний відділ;
- медичний архів;
- центральний стерилізаційний відділ;
- харчоблок.

Стаціонар обласного перинатального центру працює у відповідності до наказу МОЗ України від 31.10.2011 р. № 726 «Про вдосконалення організації

надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах» [5], наказу МОЗ України від 26.01.2012 р. № 55 «Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Гігієнічні вимоги до розміщення, облаштування, обладнання та експлуатації перинатальних центрів» [27], методичного керівництва «Національні підходи до регіоналізації перинатальної допомоги».

Пологове відділення центру працює за системою індивідуальних пологових залів у відповідності до вимог наказу МОЗ України від 10.05.2007 р. № 234 «Про організацію профілактики внутрішньо лікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах» [28] та наказу МОЗ України від 03.11.2008р. № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15.12.03 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської допомоги» [29], наказу МОЗ від 31.12.04 № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської допомоги» [30].

У відділеннях центру впроваджуються сучасні перинатальні технології.

Для проведення пологів в центрі обладнано 12 індивідуальних пологових залів, 6 з них – пологові зали завершеного циклу (сімейні пологові зали). Всі післяпологові палати є палатами сумісного перебування матері і дитини.

Члени родини вагітних та породіль мають вільний доступ у пологові кімнати, післяпологові палати, відділення інтенсивної терапії новонароджених та відділення акушерської реанімації.

В поточному році перинатальний центр уклав договори з Національною службою здоров'я України та отримав наступні пакети надання медичних послуг:

«Амбулаторна Вторинна (Спеціалізована) та Третинна (Високоспеціалізована) Медична Допомога Дорослим Та Дітям, Включаючи Медичну Реабілітацію Та Стоматологічну Допомогу»; «Медична Допомога При Пологах» «Медична Допомога Новонародженим У Складних Неонатальних Випадках» «Стаціонарна Допомога Дорослим Та Дітям Без Проведення Хірургічних Операцій» «Хірургічні Операції Дорослим Та Дітям У

Стаціонарних Умовах» [3].

Фінансування

На I квартал 2020 року затверджено кошторисом – 11 523,0 тис. грн.

Починаючи з квітня 2020 року фінансування перинатального центру здійснюється Національною службою здоров'я України на підставі договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Договір укладається між замовником медичних послуг (Національною службою здоров'я України) та надавачом послуг (КНП «Обласний перинатальний центр»). У договорі вказується запланована вартість медичних послуг і умови надання медичних послуг.

За квітень-грудень 2020 року від Національної служби здоров'я України отримано по програмі медичних гарантій 38 211,9 тис. грн.

Загальна сума бюджетного фінансування обласного перинатального центру складає 49 734,9 тис. грн.. (2019 р. – 45 919,8 тис. грн.)

Крім того отримано позабюджетних коштів на загальну суму – 8 463,4 тис. грн. (2019р. – 5 877,8 тис. грн.), з обласного та державного бюджету додатково отримано 6 672,3 тис. грн. (2019р. – 9 165,7 тис. грн.). Загальний фонд склав 64 870,6 тис. грн.. (2019р. – 60 963,3 тис. грн.)

В структурі бюджетного фінансування протягом поточного року складала видатки:

- на заробітну плату – 79,2% (2019р. - 85,4%. 2018р. - 83,1%, 2017р. - 83,8%, 2016р. - 78,0%),

- на закупівлю медикаментів – 5 841,5 тис. грн. – 11,7% (2019р. - 2,7%, 2018р. - 3,5%, 2017р. - 3,2%, 2016р. - 5,1%),

Вартість медикаментів на 1 ліжко-день – 159,8 грн. (2019р. - 31,6 грн., 2018р. - 39,4 грн., 2017р. - 27,3 грн., 2016р. - 29,65 грн.,).

Медикаментозне лікування одній пацієнтки з новонародженим складає 1230,5 грн. (2019р. - 325,5 грн., 2018р. - 418,7 грн., 2017р. - 357,6 грн., 2016р. - 343,2 грн.).

Організаційно-методична робота

1. Упродовж 2020 року на базі центру за підтримки Всеукраїнської благодійної організації «Джей. Ес. Ай - України» заплановане продовження впровадження проекту «Збережемо життя матерям України Впровадження новітньої ініціативи по запобіганню післяпологових кровотеч». Фінансову підтримку даного проекту здійснює компанія MCD/Merk/. Впровадження проекту дасть .Але у зв'язку з проведенням карантинних заходів очні тренінги були відмінені.

2. Спеціалісти Житомирського обласного центру охорони здоров'я матері і дитини надають організаційно-методичну допомогу районним спеціалістам з питань впровадження ефективних перинатальних технологій, підготовки до акредитації на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини» (в поточному році всі консультації проводилися в онлайн-режимі).

3. Проведено 16 внутрішніх аудитів щодо виконання та дотримання вимог ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» [31], Настанови з якості, методик виконання процесів.

4. Проведений зовнішній аудит щодо виконання та дотримання вимог ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги», Настанови з якості, методик виконання процесів. Заключення: Система управління якістю функціонує. Перинатальний центр отримав сертифікат на відповідність вимогам ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги»[6].

5. Всі керівники структурних підрозділів мають сертифікат аудитора з впровадження ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» та можуть брати участь в зовнішніх аудитах лікувально-профілактичних закладів області.

6. В поточному році перинатальний центр уклав договори з Національною службою здоров'я України та отримав наступні пакети надання різного напрямку медичних послуг:

7. Впроваджена робота з веденням медичних записів в електронній системі охорони здоров'я.

8. На базі обласного перинатального центру створений обласний центр

підтримки грудного вигодовування, де сконцентрована вся методична література з питань підтримки грудного вигодовування та з питань акредитації на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини».

9. Спеціалісти центру (2 лікаря акушер-гінеколога, неонатолог, психолог) є експертами з акредитації ЛПЗ на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини».

10. Лікар-генетик бере участь у планово-консультативних виїздах в райони області у складі реабілітаційної педіатричної бригади (за графіком ДОЗ).

11. Розроблені і впроваджені локальні клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим на Ковід – 19. Всього в центрі розроблено і впроваджено 75 клінічних протоколи.

12. В стимуляційному центрі проведені залікові заняття для працівників закладу з питань медичної допомоги при невідкладних станах (12 занять), заняття з питань первинної реанімації новонароджених (8 занять).

13. З 2020 продовжено проведення Дня відкритих дверей для інформування населення про можливості перинатального центру, але у зв'язку з карантинними заходами основна інформація про можливості і досягнення перинатального центру розповсюджується через засоби масової інформації та соцмережі.

Впровадження нового за 2020 рік в Житомирському обласному перинатальному центрі

1. Удосконалення медичної допомоги при акушерських кровотечах. Удосконалюються командні принципи роботи під час надання допомоги роділлям з післяпологовою кровотечею;

2. Застосування сучасних анестетиків тривалої дії при розродженні;

3. Терапія FAST-TRACK;

4. Впроваджено та вдосконалено роботу комп'ютерної програми “Доктор Елекс”. Вся медична документація ведеться виключно в електронному вигляді.

6. Комбіноване лікування немовлят з гіпоксично-ішемічною

енцефалопатією шляхом застосування краніо-церебральної гіпотермії та еритропоєтину;

7. Тотальне використання одноразових систем для проведення інвазійної та неінвазійної вентиляційної підтримки;

8. Інтранатальне застосування сульфату магнія з нейропротекторною метою при передчасних пологах в терміні до 32 тижнів вагітності;

9. Інновації у преіндукції пологів за допомогою міфепростону (методичні рекомендації ДУ НІПАГ НАМНУ, національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупіка).

Завдання на 2021 рік

1. Подальше удосконалення системи управління якістю у відповідності до ДСТУ 9001:2015;

2. Проведення внутрішніх аудитів та проведення державної акредитації перинатального центру.

3. Продовження співпраці з фахівцями дитячої обласної лікарні, районними фахівцями.

4. Надання організаційно-методичної допомоги районним фахівцям з питань впровадження сучасних перинатальних технологій.

5. Продовжити реконструкцію приміщень центру для створення більш комфортних умов перебування вагітних, роділь, породіль.

6. Удосконалення надання медичної допомоги дітям з екстремально низькою масою тіла при народженні.

7. Забезпечення екзогенними сурфактантами ВІТН з метою лікування дихальних розладів у недоношених новонароджених.

8. Удосконалення роботи медичної інформаційної системи «Доктор Елекс» для автоматизації ключових позицій роботи сучасного закладу охорони здоров'я: реєстратури, робочого місця лікаря, лабораторії, діагностики, фінансів, звітності та менеджменту.

9. Основним завданням на 2021 рік є продовження договору про надання

медичних послуг з Національною службою здоров'я України (пакети медичних послуг («Амбулаторна медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та ургентну стоматологічну допомогу», «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах», « Медична допомога при пологах», «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках» [8] «Стаціонарна допомога дорослим та дітям з нехірургічними (соматичними) захворюваннями», «Ведення вагітних в амбулаторних умовах.»))

10. Продовження впровадження у життя технології NIDCAP (догляд за новонародженою дитиною спрямований на розвиток «як рибка у воді»)

11. Впровадження в практику стабілізації немовлят у пологовому залі з використанням Neoruf + REM канюлі

12. Впровадження в практику стабілізації немовлят у пологовому залі з використанням Neoruf + REM канюлі + батьки (родичи). Подовжений контакт «шкіра – шкіра» під час проведення СРАР терапії

13. Впровадження в практику концепції фізіологічного перетискання пуповини у активних та неактивних немовлят після народження

14. Впровадження в практику СРАР-підтримки під час транспортування немовлят з дихальними розладами

15. Використання модифікованої шкали «Sarnat» з метою оцінки неологічного стану немовля, з важкою асфіксією.

16. Використання препарату МЕЗОКАР з метою лікування судом у новонароджених з гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС та судомним синдромом недоношених немовлят

17. Використання препарату ІНОВІТУМ, як комплексної терапії при проведенні виходжування немовлят з екстремально-низькою вагою при народженні

Важлива роль функції планування в системі управління зумовлює необхідність дотримання «планової дисципліни». Тісний взаємозв'язок контролю та планування зумовлюється тим, що в планах є норми функціонування, які необхідно контролювати. Контроль та планування мають

єдину інформаційну базу, тому система контролю забезпечує зворотний зв'язок між суб'єктами та об'єктами управління, забезпечуючи перших необхідною інформацією [9].

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження показало, що розвиваючи механізми публічного управління перинатальними послугами для населення можна досягти значних позитивних результатів в реалізації реформ медичної галузі.

В умовах модернізації медичної галузі надання ефективної, що задовольняє потреби пацієнток-стейкхолдерів та соціуму в цілому, перинатальної допомоги є соціально-значущою складовою розвитку публічної сфери. При наданні перинатальної допомоги необхідно враховувати не тільки ступінь та групи перинатального ризику виникнення ускладнень у пацієнток, але й економічні та соціальні елементи державної політики, з її безперервним процесом та механізмами зворотного зв'язку.

Державна політика надання перинатальної допомоги має бути інтегрована в систему охорони здоров'я України, має бути ефективною, комплексною та інтегрованою в інші галузі медицини, забезпечуючи високий рівень її надання, сприяючи зниженню рівня материнської та перинатальної захворюваності та смертності. Завдяки впровадженню простих, але ефективних репродуктивних технологій, принципів безпечного материнства в Україні суттєво знизився показник як материнської захворюваності та смертності, так і дитячої захворюваності та смертності. Однак у порівнянні з Європейськими державами цей показник залишається шокуючим високим. Показник материнської смертності вдвічі перевищує середньоєвропейський рівень. Трохи більше половини пологів є фізіологічними. У зв'язку зі зниженням кількості пологів держава змушена скорочувати пологові допоміжні установи, тим самим віддаляючи місця надання акушерсько-гінекологічної допомоги під час гестації. Знижується рівень надання медичної допомоги та поінформованість населення щодо можливих проблем репродуктивного здоров'я. Стан здоров'я новонароджених також викликає особливе занепокоєння, оскільки практично кожен третій новонароджений має проблеми з фізичним та/або психічним розвитком, а в останнє десятиліття ми не бачимо позитивної тенденції у

зниженні цього показника.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Назарко С.О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я Електронне наукове фахове видання // "Ефективна економіка" включено до переліку наукових фахових видань України з питань економіки № 1.2020 30.01.2020 р.
2. Смирнов С. О. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я / С. О. Смирнов, В. Г. Бикова // Управління розвитком. – 2016. – № 3. – С. 78–83.
3. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 р. N 1849.
4. Указ Президента України Про Національну програму "Репродуктивне здоров'я 2001-2005" від 2001 року.
5. Наказу МОЗ України 726 від 31.10.2011 Про регіоналізацію надання перинатальної допомоги.
6. Про затвердження та впровадження Примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання Наказ МОЗ України 204 від 11.04.2011.
7. American Academy of Pediatrics. Committee on Environmental Health. Noise: a hazard for the fetus and newborn. Pediatrics. – 1997. – Vol. 100 (4). – P. 724–727.
8. National Vital Statistics Reports. – 2008. – V. 57. – № 7.
9. AAP Committee on Fetus and Newborn. 2004. Levels of Neonatal Care. Pediatrics 114: 1341-1347.
10. Béatrice Blondel et al., Organisation of obstetric services for very preterm births in Europe: results from the MOSAIC project. VJOG116:136401372.
11. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні : практичні настанови / за ред. Р.О. Моїсеєнко. Міністерство охорони здоров'я України, 2012. – 111 с.
12. Хачатурян Х.В. Інновації в державному управлінні / Х.В. Хачатурян; Національна академія держ. управління при Президентіві України.

К.: Вид-во НАДУ, 2015. 251 с.

13. Improved care and growth outcomes by using hybrid humidified incubators in very preterm infants / SM. Kim, EY. Lee [at al.] // *Pediatrics*. – 2010. – V. 125 (1). – P. 137–145/

14. Raghuvеer T S. A Paradigm Shift in the Prevention of Retinopathy of Prematurity / TS. Raghuvеer, BT. Bloom // *Neonatology*. – 2011. – Vol. 100(2). – P. 116–129.

15. Г.О. Слабкий, О.М. Дзюба, О.О. Дудіна, Ю.Ю. Габорець Стан Регіоналізації Перинатальної Допомоги в Україні // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016. № 2 (68).- с. 12-19.

16. Указ Президента України від 20.10.2005 р. № 1497/2005 “Про першочергові завдання щодо впровадження новітніх інформаційних технологій”.

17. Наказ МОЗ України від 15.08.2011 р. № 514 «Про затвердження Примірного статуту Перинатального центру зі стаціонаром та Примірного положення про Перинатальний центр у складі закладу охорони здоров'я».

18. Цілі Розвитку Тисячоліття (№ 5)
<https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/sustainable-development-goals.html>

19. A Donabedian Model of the Quality of Nursing Care From Nurses' Perspectives in a Portuguese Hospital: A Pilot Study December 2015 *Journal of Nursing Measurement* 23(3):474-484.

20. Наказ Житомирської обласної державної адміністрації Управління охорони здоров'я від 05.04.2011 року № 276-а «Про затвердження Концепції розвитку перинатальної допомоги в Житомирській області».

21. Наказ МОЗ України від 02.02.2011 № 52 «Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та Плану реалізації заходів Концепції».

22. Цегольник П. А. Технологія управління проектами в державному управлінні : потенціал застосування та шляхи підготовки. *Вісник Української*

академії державного управління при Президентові України : зб.наук.пр. К. : Вид-во УАДУ, 2001. Вип. 3. С. 346–353.

23. Чемерис А. Розроблення та управління проектами у публічній сфері: європейський вимір для України. Практичний посібник. Швейцарсько-український проект «Підтримка децентралізації в Україні DESPRO». К. : ТОВ «Софія-А». 2012. 80 с.

24. Чернов С. Комплексна експертиза публічних проектів в управлінні регіональним розвитком . Ефективність державного управління. 2017. ВИП. 2 (51). Ч. 1 URL. http://www.lvivacademy.com/vidavnitstvo_1/edu_51/fail/22.pdf

25. Чикаренко І. Сутність і характерні особливості муніципальних проектів розвитку . *Актуальні проблеми державного управління* : зб. наук.пр. – Дніпропетр. : Вид-во ДРІДУ НАДУ, 2017. – Вип. 4. – С. 253–259.

26. РОЗПОРЯДЖЕННЯ КАБІNET МІНІСТРІВ УКРАЇНИ Про затвердження плану заходів з реалізації у 2013 році національного проекту “Нове життя” - нова якість охорони материнства та дитинства” від 27 травня 2013 р. № 334-р.

27. Наказ МОЗ України від 26.01.2012 р. № 55 «Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Гігієнічні вимоги до розміщення, облаштування, обладнання та експлуатації перинатальних центрів».

28. Наказ МОЗ України від 10.05.2007 р. № 234 «Про організацію профілактики внутрішньо лікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах» та

29. Наказ МОЗ України від 03.11.2008р. № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15.12.03 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської допомоги».

30. Наказ МОЗ від 31.12.04 № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської допомоги»

31. Вимоги ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги»