



АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Казахстан, 2019



Взгляды, выраженные в данной публикации, принадлежат авторам и не обязательно представляют взгляды Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Казахстане, Организации Объединенных Наций или аффилированных с ними организаций.

Разработано по заказу Министерства здравоохранения Республики Казахстан при технической и финансовой поддержке Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА).

Анализ результативности регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан был подготовлен при технической помощи Фонда ООН в области народонаселения и участия Республиканского центра электронного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

В документе представлен анализ деятельности 258 родовспомогательных организаций страны на их соответствие предписанному уровню перинатальной помощи. По результатам данного анализа были разработаны рекомендации по дальнейшему совершенствованию родовспомогательной службы и снижению материнской, перинатальной смертности в целом в Казахстане и в каждом из 17 регионов страны.

Отчет подготовлен для использования и принятия информированного решения Министерством здравоохранения и региональными управлениями здравоохранения Республики Казахстан.

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Данный анализ подготовлен командой национальных экспертов, представленных специалистами здравоохранения в области акушерской и неонатальной практики, организации и финансирования здравоохранения, включая систему оплаты медицинских услуг.

Проведение настоящего анализа не было бы возможным без поддержки Республиканского центра электронного здравоохранения Министерства здравоохранения, любезно предоставившего для работы данные информационных систем здравоохранения Республики Казахстан.

ЮНФПА выражают глубокую признательность вице-министру здравоохранения Актаевой Ляззат Мейрашевне и директору департаментов организации медицинской помощи Ембергеновой Магрипе Хамитовне и директору политики общественного здравоохранения Есмагамбетовой Айжан Серикбаевне, за помощь в проведении данной работы и оказании технического консультирования при подготовке отчета.

ЮНФПА выражают особую благодарность за техническую помощь Шайхиеву Саину Саиновичу, директору Республиканского центра электронного здравоохранения, а также Пономаревой Светлане Владимировне и Макашеву Данияру Манатовичу, национальным экспертам по медицинской статистике.

ОТЧЕТ ПОДГОТОВЛЕН

1. Абуовой Гаухар Омержановной – координатором проектов ЮНФПА;
2. Танирбергеновым Сериком Тарасовичем – координатором программ ЮНФПА;
3. Ахимовой Айсуну Дуйсеновной – национальным консультантом ЮНФПА;
4. Ан Зоей Николаевной – акушером – гинекологом, национальным консультантом ЮНФПА;
5. Асылбековой Гулюм Ошахпаевной – национальным экспертом по организации и финансированию здравоохранения, национальным консультантом ЮНФПА;
6. Чуваковой Тамарой Курмангалиевной, неонатологом, национальным консультантом ЮНФПА
7. Кариным Бектурган Тынымбаевичем – неонатологом, национальным консультантом ЮНФПА.

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ	iii
СОКРАЩЕНИЯ	iii
ГЛОССАРИЙ	iv
ВВЕДЕНИЕ	1
Методология анализа регионализации перинатальной помощи	2
ОБЗОР РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	3
Предыстория	3
Организационная структура и регулирование перинатальной службы в Республике Казахстан ...	5
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	7
Материнская смертность и плодово-младенческая смертность.....	7
Плодово-младенческая смертность.....	8
Материнская смертность.....	13
Проблемные аспекты результативности перинатальной регионализации.....	16
Четвертый уровень оказания перинатальной помощи.....	20
Тенденции в области применения хирургических вмешательств.....	21
Проблемные аспекты оплаты медицинских услуг родовспомогательных организаций.....	23
Кадровое обеспечение перинатальной службы.....	26
ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО ОБЛАСТЯМ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	27
ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ	32
Приложение	33
Акмолинская область.....	33
Актюбинская область.....	35
Алматинская область.....	37
Атырауская область.....	39
Восточно-Казахстанская область.....	41
Жамбылская область.....	43
Западно-Казахстанская область.....	45
Карагандинская область.....	47
Костанайская область.....	49
Кызылординская область.....	51
Мангистауская область.....	53
Павлодарская область.....	55
Северо-Казахстанская область.....	57
Туркестанская область.....	59
Город Нур-Султан.....	61
город Алматы.....	63
Город Шымкент.....	65

СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

Таблицы

Таблица 1. Динамика изменений специфических показателей мертворождаемости и смертности младенцев (неофициальный мониторинг) в Казахстане 2014, 2018 гг (на 1000 родившихся живыми).....	11
Таблица 2. Смертность новорожденных по месту родов и уровню регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан за 2014 и 2018 гг (абс. число и показатель на 1000 родившихся живыми, ‰).....	13
Таблица 3. Материнская смертность по месту смерти в стационарах в зависимости от уровня регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан в 2014 и 2018 гг (абс. число и на 100 тыс. живорожденных).....	15
Таблица 4. Доля осложненных и преждевременных родов от всех родоразрешений в Республике Казахстан в 2014 и 2018 году.....	17
Таблица 5. Показатели родовспомогательных организаций по уровням регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан за 2018 год (абс. число и %).....	189
Таблица 6. Распределение родившихся и умерших новорожденных на 3 и 4 уровнях регионализации в зависимости от массы тела.....	21
Таблица 7. Распределение сумм, предъявленных к оплате за случаи стационарной помощи по классу «О» по уровням регионализации перинатальной помощи (2018 год, в тенге).....	23
Таблица 8. Размеры средних тарифов за случаи стационарной помощи по классу «О» по уровням регионализации перинатальной помощи (2018-2019 гг., в тенге).....	25

Рисунки

Рисунок 1. Динамика показателей материнской, перинатальной и ранней неонатальной смертности в Республике Казахстан (на 1000 родившихся живыми).....	7
Рисунок 1. Показатели младенческой и неонатальной смертности в Республике Казахстан (на 1000 родившихся живыми).....	8
Рисунок 2. Структура младенческой смертности в Республике Казахстан в 2014 и 2018 году.....	8
Рисунок 3. Причины ранней и поздней неонатальной смертности в Республике Казахстан в 2014 и 2018 гг.....	9
Рисунок 5. Динамика показателей мертворождения, ранней неонатальной смертности и самопроизвольных выкидышей в Республике Казахстан за период 2008- 2018 гг.....	12
Рисунок 6. Доля осложненных и преждевременных родов в Республике Казахстан за 2014 и 2018 гг.....	13
Рисунок 7. Динамика показателей материнской смертности в Республике Казахстан за период 2000 - 2018 гг (на 100 тысяч живорожденных).....	14
Рисунок 8. Структура причин материнской смертности в Республике Казахстан за 2014 - 2018 гг (%).....	15
Рисунок 4. Динамика показателя материнской смертности среди городских или сельских жительниц Республики Казахстан за период 2007 - 2018 гг (%).....	15
Рисунок 50. Структура преждевременных родов по уровням регионализации (доля, %).....	18
Рисунок 61. Характеристика родовспомогательных организаций в зависимости от уровней регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан в 2018 году.....	18
Рисунок 72. Структура родов по уровням регионализации перинатальной помощи в 2018 году.....	19
Рисунок 83. Сравнительная структура родов на 3 и 4 уровне регионализации в 2018 году.....	20
Рисунок 94. Распределение неонатальных потерь на 3 и 4 уровнях регионализации в зависимости от массы тела в Республике Казахстан в 2018 году (на 1000 родившихся живыми).....	21
Рисунок 105. Динамика применения хирургических вмешательств по уровням регионализации в Республике Казахстан в 2014 и 2018 гг).....	22
Рисунок 116. Показатель абдоминального родоразрешения в родовспомогательных организациях зависимости в зависимости от регионов Республики Казахстан в 2014 и 2018 годы.....	22
Рисунок 17. Структура средних фактических оплат за одного пациента по группам КЗГ и уровням регионализации, произведенных в 2018 году.....	24
Рисунок 128. Распределение родовспомогательных организаций по уровням регионализации в регионах Республики Казахстан.....	28
Рисунок 13. Коэффициент рождаемости и искусственных абортов в зависимости от регионов Республики Казахстан, 2018 год (на 1000 женщин фертильного возраста).....	29
Рисунок 140. Показатели ранней неонатальной смертности, мертворождаемости, самопроизвольных выкидышей и недоношенности в зависимости от регионов Республики Казахстан.....	29
Рисунок 151. Показатель материнской смертности в зависимости от регионов Республики Казахстан (средние значения за трехлетний период с 2016 по 2018 годы).....	30
Рисунок 22. Показатель младенческой смертности на 1000 родившихся живыми в городе и селе в зависимости от регионов Республики Казахстан (среднее значение за период 2016-2018 годы).....	30

СОКРАЩЕНИЯ

Babies	Программное обеспечение ТОО Мединформ по результатам ежемесячного сбора данных по плодово-младенческим потерям
БЛД	Бронхолегочная дисплазия
ВЖК	Внутрижелудочковое (нетравматическое) кровоизлияние
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врач общей практики
ВПр	Врожденные пороки развития
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ЕИСЗ	Единая информационная система здравоохранения
ЖФВ	Женщины фертильного возраста (от 15 до 49 лет)
ИС	Информационные системы
КЗГ	Клинико-затратные группы
МА	Медицинский аборт
Мединформ	Компания по разработке, внедрению и сопровождению программных продуктов для медицинских организаций, и органов управления здравоохранения, а также разработки и публикации аналитических сборников о состоянии здоровья населения, и здравоохранения страны
МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МЛАД	Автоматизированная информационная система (АИС) для мониторинга младенческой смертности, а именно для персонального оперативного учета случаев живорождения, мертворождения детей, а также персонального учета данных по каждому случаю младенческой смертности
МО	Медицинские организации
НЭК	Неспецифический язвенный энтероколит
ОСМС	Обязательное социальное медицинское страхование
ПМСП	Организации первичной медико-санитарной помощи
РДС	Респираторный дистресс синдром
РК	Республика Казахстан
СА	Самопроизвольный аборт
ФСМС	Фонд социального медицинского страхования
ЭРСБ	Информационная система «Электронный регистр стационарных больных»
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения

ГЛОССАРИЙ

Вспомогательные репродуктивные методы и технологии – методы лечения бесплодия (искусственная инсеминация, искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона), при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства);

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи – объем медицинской помощи, предоставляемой за счет бюджетных средств по перечню, определяемому Правительством Республики Казахстан, гражданам Республики Казахстан, оралманам, а также иностранцам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Республики Казахстан;

Динамическое наблюдение - систематическое наблюдение за состоянием здоровья населения, а также оказание необходимой медицинской помощи по результатам данного наблюдения;

Искусственное прерывание беременности или аборт - прерывание беременности и изгнание продуктов зачатия из матки до сроков жизнеспособности плода с использованием хирургических или медикаментозных методов и письменного информированного согласия женщины (законного представителя);

Искусственный аборт (abortus artificialis) - аборт, вызванный преднамеренно воздействием непосредственно на плодное яйцо, плодо-вместилище, организм беременной;

Клинико-затратные группы – клинически однородные группы заболеваний, сходные по затратам на их лечение;

Контрацепция - методы и средства предупреждения нежелательной беременности;

Крайне тяжелые состояния матери, связанные преимущественно с беременностью, родами, послеродовым периодом – установленная в Республике Казахстана клинико-затратная группа № 175, куда включены коды МКБ – 10 в зависимости от состояния пациента и по которой была осуществлена оплата за пролеченный случай (приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 сентября 2018 года № ҚР ДСМ-10 «Об утверждении тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования»);

Малая масса тела при рождении – масса менее 2500г. (от 1500 г до и включая 2499 г);

Медицинская организация - организация здравоохранения, основной деятельностью которой является оказание медицинской помощи;

Медицинский аборт – искусственное прерывание беременности, выполненное обученным медицинским персоналом с соблюдением всех требований метода;

Нетяжелые состояния матери, связанные преимущественно с беременностью, родами, послеродовым периодом - установленная в Республике Казахстана клинико-затратная группа № 172, куда включены коды МКБ – 10 в зависимости от состояния пациента и по которой была осуществлена оплата за пролеченный случай (приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 сентября 2018 года № ҚР ДСМ-10 «Об утверждении тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования»);

Организация здравоохранения - юридическое лицо, осуществляющее деятельность в области здравоохранения;

Очень малая масса тела при рождении - масса тела при рождении менее 1500 г (от 1000 г. до и включая 1499 г);

Преждевременными родами называют роды, наступившие при сроке беременности от 22 до 37 недель (154-258 дней);

Ребенок - лицо, не достигшее восемнадцатилетнего возраста (совершеннолетия);

Репродуктивное здоровье - здоровье человека, отражающее его способность к воспроизводству полноценного потомства;

Репродуктивное здоровье - здоровье человека, отражающее его способность к воспроизводству полноценного потомства;

Репродуктивные права – это право мужчин и женщин на получение информации и на доступ к безопасным, эффективным, недорогим и доступным способам регулирования рождаемости, в соответствии с их выбором, а также право на доступ к надлежащим службам здравоохранения, которые могут обеспечить для женщин безопасные беременность и роды, а также создать для супружеских пар наилучшие возможности для того, чтобы иметь здорового ребенка;

Самопроизвольный аборт (СА) – спонтанная потеря клинической беременности, произошедшая ранее 22 полных недель гестационного срока или при неизвестном гестационном сроке, потеря эмбриона/плода весом менее 500 граммов;

Тяжелые состояния матери, связанные преимущественно с беременностью, родами, послеродовым периодом - установленная в Республике Казахстан клиничко-затратная группа № 174, куда включены коды МКБ – 10 в зависимости от состояния пациента и по которой была осуществлена оплата за пролеченный случай (приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 сентября 2018 года № ҚР ДСМ-10 «Об утверждении тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования»);

Умеренно тяжелые состояния матери, связанные преимущественно с беременностью, родами, послеродовым периодом - установленная в Республике Казахстан клиничко-затратная группа № 173, куда включены коды МКБ – 10 в зависимости от состояния пациента и по которой была осуществлена оплата за пролеченный случай (приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 сентября 2018 года № ҚР ДСМ-10 «Об утверждении тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования»);

Уполномоченный орган в области здравоохранения - центральный исполнительный орган, осуществляющий руководство и межотраслевую координацию в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обращения лекарственных средств и медицинских изделий, контроля за качеством медицинских услуг;

Фонд социального медицинского страхования – некоммерческая организация, производящая аккумулирование отчислений и взносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, предусмотренных договором закупа медицинских услуг, и иные функции, определенные законами Республики Казахстан;

Чрезвычайно малая масса тела при рождении - масса тела при рождении менее 1000 (от 500 до и включая 999 г);

Эффективный перинатальный уход и помощь - это комплекс современных, основанных на достижениях научно-технического прогресса перинатальных технологий, имеющих высокий уровень доказательности в деле снижения материнской и перинатальной смертности и объединенных в глобальной стратегии ВОЗ по обеспечению безопасной беременности и родов.

В Республике Казахстан на протяжении последних пятнадцати лет в системе родовспоможения внедряются инновационные, высокоэффективные, ресурсосберегающие технологии, основанные на принципах доказательной медицины, такие как - критерии ВОЗ\СДС живо и мертворождения, эффективный перинатальный уход и помощь, конфиденциальный аудит материнской заболеваемости и смертности, регионализация перинатальной помощи. Начиная с пилотной модели, указанные технологии были расширены в 2011 году на национальный уровень с охватом всех регионов страны.

Целью регионализации перинатальной помощи является обеспечение доступа каждой женщины к медицинским услугам, соответствующим ее рискам развития осложнений беременности и родов. Согласно проводимой регионализации, акушерские стационары каждого региона страны были распределены по трехуровневой системе оказания перинатальной помощи, что позволило рационально использовать технические возможности службы родовспоможения страны, включая кадровый ресурс, лекарственные средства, оборудование и специализированный санитарный транспорт. На первом этапе регионализации была проведена ревизия каждого стационара на соответствие предписанному уровню перинатальной помощи, включая вопросы технического оснащения и медицинского обеспечения. Следующим этапом было создание консультативно-транспортной системы госпитализации и переводу беременных и новорожденных с низшего уровня на высший по принципу «на себя». Далее усилия были направлены на обеспечение адекватного финансирования акушерских и неонатальных услуг, дифференцированной оплаты труда сотрудников родовспомогательных организаций в соответствии с уровнем оказываемой перинатальной помощи.

Благодаря проведенным работам, регионализация сыграла свою положительную роль в обеспечении доступа беременных, рожениц и новорожденных к специализированной помощи, были снижены показатели материнской и младенческой смертности, основная интенсивность снижения которых приходится в период с 2009 по 2014 годы. Так, показатель материнской смертности был снижен в четыре раза с 47,0 в 2007 году до 11,7 на 100 тыс. родившихся живыми в 2014 году, а показатель младенческой смертности – в два раза с 20,4 ‰ в 2008 году до 10,0 ‰ в 2014 году.

Вместе с тем, по мере внедрения регионализации появились новые вызовы, в частности в системе оплаты услуг родовспомогательных учреждений. Так, для покрытия финансовых затрат на медицинский уход и помощь пациенткам в тяжелом состоянии, а также на выхаживание недоношенных новорожденных, имеет место заинтересованность акушерских стационаров третьего уровня в большем количестве физиологических родов. А в родовспомогательных организациях первого уровня, финансово не зависящих от количества родов, отмечается стремление направить беременных женщин в учреждения второго и третьего уровня без наличия на то показаний, но прежде всего, в целях перестраховки из-за существующей системы жестких наказаний за каждый случай материнской смертности. Необходимо также отметить, что управления здравоохранения не проводят регулярную оценку эффективности регионализации перинатальной помощи, что в конечном итоге, привело к перегрузке учреждений третьего уровня, негативно влияющей на качество оказываемой ими помощи и оттоку медицинских работников из этих учреждений.

Наряду с вышеизложенной проблемой, выявляется острая необходимость в улучшении качества выхаживания недоношенных новорожденных, особенно с чрезвычайно низкой массой тела, что определяет потребность в развитии высокоспециализированной неонатальной службы в регионах, где ключевым аспектом является кадровая политика. Мировой опыт показывает, что наличие перинатальных центров с постоянной до 50% загруженностью недоношенными новорожденными дает импульс для развития знаний и практических навыков неонатологов.

Кроме того, в условиях низкой плотности населения в Казахстане, с меньшим количеством сельских жителей на большой территории и концентрацией населения в городах, особенно в региональных центрах, значительные расстояния между родовспомогательными организациями и их большое количество, все это значительно осложняет развитие регионализации в свете современных требований. Максимальная эффективность трехуровневой системы может быть достигнута только при условии целевого использования ресурсов и правильной маршрутизации пациенток в

соответствии с имеющимися рисками. Иначе можно получить лишь набор различных специализированных профессиональных кадров, которые, как правило, сосредоточены в густонаселенных сообществах, вместо реальной регионализации. Только при соблюдении такого порядка возможно обеспечить доступность и высокое качество помощи для всех матерей и детей.

В связи с вышеизложенным, был проведен анализ потоков пациентов в родовспомогательные организации и эффективности организации перинатальной помощи на уровне каждого региона и страны в целом, используя информацию, полученную из существующих баз данных Министерства здравоохранения.

Целью данного исследования является разработка на основе проведенного анализа рекомендаций по дальнейшему развитию перинатальной помощи для принятия стратегических решений Министерством здравоохранения и региональными управлениями здравоохранения по совершенствованию организации службы родовспоможения в современных условиях.

Методология анализа регионализации перинатальной помощи

В 2007 году в Республике Казахстан была учреждена Единая информационная система здравоохранения, которая объединила различные информационные ресурсы и системы здравоохранения для сбора, обработки и агрегации актуальной информации в области здравоохранения, в том числе о состоянии здоровья казахстанцев. Для проведения настоящего ретроспективного анализа были использованы данные следующих информационных систем: Электронный регистр стационарных больных (ЭРСБ) 2014, 2018 гг; Системы управления ресурсами (СУР); программное обеспечение «BABIES» и статистические отчетные данные «Мединформ» по материнской и детской смертности (программный комплекс МЛАД).

В Казахстане учет каждого случая живорождения, мертворождения и смерти детей до одного года ведется по ежедневным данным, предоставляемым медицинскими организациями страны. Причем сбор, учет и мониторинг рутинных данных производится с помощью двух программных решений:

- матрица «BABIES», позволяющая осуществлять ежемесячный сбор агрегированных данных, систематизировать их и преобразовывать эти данные в информацию для выбора наиболее приемлемых видов вмешательств;
- программа «МЛАД», по которой осуществляется сбор персонифицированных данных для учета новорожденных по дате выписки из стационара.

Следует отметить, что указанные программы по плодово-младенческим потерям и новорожденным детям, умершим до 1 года имеют разный дизайн и отличаются различиями в отчетных решениях на выходе информации. «BABIES», более ранняя версия программного обеспечения, внедренная в официальную статистику Р.К. с 2008 года, содержащая данные о потерях плодов, новорожденных и младенцах по весу при рождении и возрастному периоду. «МЛАД» содержит данные по умершим новорожденным детям в разрезе уровней регионализации. Для подготовки настоящего раздела были изучены данные обеих информационных баз за 2014 и 2018 годы.

ИС «Электронный регистр стационарных больных» (ЭРСБ) был введен в эксплуатацию и функционирует, начиная с 2012 года. Этот регистр предназначен для автоматизации процесса сбора данных о пролеченных случаях стационарной и стационар-замещающей помощи в объеме статистических карт выбывшего из стационара и выписных эпикризов для решения задач финансирования стационарной и стационар-замещающей помощи из средств государственного бюджета и получения статистической отчетности по деятельности стационаров и структуре пролеченных больных.

Всего было изучено 395 280 записей родоразрешения в медицинских организациях различных уровней регионализации и 72 904 записи о прерываниях беременности на различных сроках ИС ЭРСБ за 2014 год. В 2018 году данные ИС ЭРСБ содержали 394 052 записей о родах на различных сроках гестации и 74 112 записей об абортах.

В ходе проведенного ретроспективного анализа данных ЭРСБ был выявлен ряд несовершенств, требующих доработки для повышения эффективности мониторинга получаемых данных в будущем. Так, было определено, что:

1) отсутствует интеграция данных между информационными системами для обеспечения преемственности ПМСП и стационаров, например, отсутствуют полные данные о предыдущих исходах беременностей, не отражаются данные о переводе рожениц на другие уровни регионализации, а также о количестве проведенных койко-днях на каждом профиле коек отдельно. При этом в графе исход пребывания значится только 0,2% записей в 2018 году и около 0,3% записей в 2014 году, непосредственно касающихся только факта перевода в пролеченном случае. Кроме того, в ЭРСБ отсутствуют интегрированные из ИС СУР данные об уровне регионализации родовспомогательной организации;

2) отсутствует форматно-логический контроль (ФЛК) для предотвращения ошибок, например, при кодировании МКБ-10 или неправильного заполнения информации (например, 216 записей в 2014 году о прерывании беременности в 0 сроке и т.д.) и исключения дублирования записей по одному пациенту;

3) имеет место искажение результатов за счет неправильного кодирования, а именно:

- до 1,5% ошибок при кодировании родов О80, например, при беременности в 6 недель указан диагноз - самопроизвольные роды в затылочном предлежании и далее пишется о том, что проведена операция малое кесарево сечение;

- несоответствие присвоенного кода и количества дней госпитализации, например, указание тяжелых осложнений и сроков госпитализации 3 дня. Так, в базе из 510 тысяч случаев родов с кодами О80 только лишь 261 тыс. родов в сроке беременности 37-41 неделя и сроком госпитализации 3 койко/дней;

- при анализе данных по абортам и родам определено около 200 записей в 2018 году и 130 в 2014 году, проходящих в ИС по кодам МКБ О03, О05, О06, как аборт, в том числе самопроизвольные, на сроках 22 недели беременности и выше, которые должны были быть отнесены к очень ранним и ранним родам.

Следует отметить, что в целом затруднено проведение анализа по новорожденным, так как информация по этому контингенту младенцев вносится в карту матери при рождении здорового ребенка, а в случаях заболевания и пребывания новорожденного в специализированном отделении на ребенка заводится отдельная карта с другим набором данных, что весьма затрудняет получение единой структурированной информации. Кроме того, в целом нет единого подхода к кодированию пролеченных случаев, например, единый подход к раздельному кодированию случаев с наличием одного или двух рубцов на матке.

С 2008 года в официальной статистике РК используется матрица «BABIES» по учету специфических и пропорциональных показателей плодово-младенческих потерь, позволяющая определить проблему, выявить основную причину проблемы, разработать вмешательства, провести оценку эффективности вмешательств.

Программа «МЛАД» содержит данные по умершим новорожденным детям в разрезе уровней регионализации. Рекомендуется структурировать информацию с возможностью получения единых данных по необходимым критериям для обеспечения эффективного мониторинга младенческих потерь.

ОБЗОР РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Предыстория

Переход Казахстана на международные критерии живорождения с 2008 года, предусматривал внедрение в практику родовспоможения высокоэффективной перинатальной помощи и технологий по выхаживанию маловесных младенцев. Соответственно, было инициировано проведение регионализации перинатальной помощи, которая дала дополнительный импульс развитию перинатальных центров в регионах для оказания перинатальной помощи третьего уровня.

Регионализация также дала возможность организовать в регионах страны направления потоков женщин с высоким риском осложнений беременности и родов в родовспомогательные организации соответствующего уровня оказания помощи, а также возможность транспортировать маловесных и больных новорожденных на специализированном транспорте.

Хотя регионализация перинатальной помощи в Республике Казахстан была начата в 2007 году (Приказ Министра здравоохранения РК от 21 декабря 2007 года № 746), фактически реальный процесс начался значительно позже, поскольку подготовительный этап занял определенное время. В рамках обговоренной регионализации была проведена большая работа по обеспечению необходимых ресурсов, специализированных кадров, специфического оборудования, специализированного транспорта необходимого в условиях значительных расстояний между родовспомогательными организациями.

Первым пилотным регионом по регионализации перинатальной помощи была Южно-Казахстанская область (ЮКО)¹, опыт которой был распространен в дальнейшем на другие области. При поддержке ВОЗ и ЮНФПА в 2008 году в ЮКО была создана рабочая мульти-дисциплинарная группа национальных и международных экспертов, которая подготовила критерии для направления и пере-направлений женщин и новорожденных, определила расчетные прогнозы потоков пациентов, необходимое оборудование и медицинские кадры для организации трехуровневой системы перинатальной помощи в масштабах каждого региона страны (область, города регионального значения).

Дальнейшее развитие регионализации было поддержано в рамках отраслевой программы Министерства здравоохранения по снижению материнской и детской смертности в Республике Казахстан на 2008-2010 годы. Реализация данной Программы позволила выделить финансовые средства из государственного бюджета на строительство перинатальных центров (родовспомогательных организаций третьего уровня), родильных домов, а также открытие в составе многопрофильных больниц акушерско-гинекологических, педиатрических и неонатальных отделений. Также была существенно улучшена материально-техническая база, оснащенность детских и родовспомогательных организаций с доведением их до минимального норматива оснащения в соответствии с уровнем оказания медицинской помощи, в том числе реанимаций и интенсивной терапии, II этапа выхаживания недоношенных, а также организована и оснащена специализированными реанимобилями транспортная служба. Повсеместно проводилось обучение специалистов перинатальной службы эффективной перинатальной помощи и уходу.

Позднее, в рамках проекта «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане на 2009–2011 гг.», финансируемого Европейским Союзом и внедряемого Европейским Региональным Офисом ВОЗ было продолжено дальнейшее улучшение клинической практики посредством усиления тренингов и внедрения механизмов поддерживающей внешней курации для непрерывного повышения качества медицинской помощи на уровне медицинской организации. В этот период были пересмотрены и внедрены клинические руководства, протоколы диагностики, лечения заболеваний и состояний во время беременности, родов в соответствии с требованиями международных подходов и доказательной медицины.

В марте 2010 года в предпринят второй очень важный шаг – регионализация неонатальной помощи по совершенствованию транспортировки недоношенных и больных новорожденных в специализированные центры. В стране была обновлена и внедрена консультативно транспортная система с учетом критериев регионализации перинатальной помощи. В этот период все родовспомогательные организации страны уже были распределены по трем уровням оказания перинатальной помощи, обеспечивающим роды женщинам в учреждениях, соответствующих степени риска их беременности и родов, а новорожденные, нуждающиеся в хирургической помощи и с врожденными пороками развития, стали госпитализироваться в специализированные отделения с вызовом транспорта «на себя» на специализированном транспорте.

В 2011 году Указом Президента Республики Казахстан была принята комплексная Государственная программа развития здравоохранения на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан»,

¹ Gelmius Šiupšinskas, Audrius Mačiulevičius, Inna Glazebnaya, Magripa Yembergenova, Gaukhar Abuova, Alberta Bacci «Регионализация перинатальной помощи в Южно-Казахстанской области»

в рамках которой были усилены меры поддержки эффективных перинатальных технологий путем создания координационного центра и региональных учебных центров, совершенствование центра стандартизации для разработки и внедрения клинических протоколов для акушерской и неонатальной практики.

Таким образом, внедрение эффективной перинатальной помощи и ухода, регионализация перинатальной помощи, обеспечившая повышение доступности беременных женщин и новорожденных к специализированной помощи позволили значительно снизить показатели материнской смертности, с 31,2 в 2008 до 17,4 в 2011, и ранней неонатальной смертности с 12,1 до 7,1 соответственно (рисунок 1), прежде всего, за счет улучшения неотложной акушерской и неонатальной помощи.

Организационная структура и регулирование перинатальной службы в Республике Казахстан

Организационная структура системы здравоохранения Республики Казахстан носит централизованный характер. Разработка политики и основных направлений развития относится к компетенции Правительства Республики Казахстан, которую представляет Министерство здравоохранения. Вопросы медицинского обслуживания населения относятся к ведению региональных органов управления здравоохранением страны, которые наделены самостоятельностью в отношении управления медицинскими организациями на подведомственной им территории. Соответственно, главными функциями МЗ РК является формулирование политики по ключевым аспектам деятельности системы здравоохранения, регулирование в области здравоохранения посредством соответствующих нормативных правовых актов, стандартов, регламентов, правил, а также контроль и координация межотраслевого и внутриотраслевого сотрудничества. Кроме того, МЗ РК частично исполняет функции по управлению медицинской помощью, предоставляемой в медицинских организациях республиканского значения.

Региональные органы управления здравоохранением 14 областей и трех городов регионального значения (города Нур-Султан, Алматы и Шымкент) управляют всеми государственными поставщиками медицинских услуг на принадлежащей им территории. Областные органы управления здравоохранением являются структурными подразделениями областных администраций, которые собирают большую часть государственных доходов, часть которых остается в их распоряжении, а другая часть консолидируется на национальном уровне. Поэтому областные администрации (в том числе управления здравоохранением) обладают определенной властью, хотя это (как и уровень собираемых доходов) очень зависит от конкретной области. Они реализуют государственную политику в области здравоохранения на соответствующей административно-территориальной единице; обеспечивают реализацию гражданами права на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи; эффективное планирование и использование ресурсов здравоохранения в пределах своей территории; принимают меры по строительству и развитию сети организаций здравоохранения; их финансовому и материально-техническому обеспечению; организуют контроль за кадровым обеспечением государственных организаций здравоохранения; обеспечивают подготовку, повышение квалификации и переподготовку кадров в области здравоохранения и др. Поскольку области республики поделены на районы, в каждом районе имеются районные органы исполнительной власти, которые не имеют финансовых полномочий. В соответствии с Бюджетным Кодексом Республики Казахстан ответственность районных органов исполнительной власти ограничивается организацией транспортировки больных с ограниченными возможностями передвижения до медицинских организаций².

Сегодня деятельность системы здравоохранения регулируется Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», который представляет собой комплексный правовой документ, интегрирующий и систематизирующий всю существующую нормативную правовую базу в области здравоохранения. Деятельность родовспомогательных медицинских организаций в масштабах области по трем уровням оказания перинатальной

² Katsaga A, Kulzhanov M, Karanikolos M, Rechel B. Kazakhstan: Health system review. Health Systems in transition, 2012; 14(4):1–154;

стационарной помощи женщинам и новорожденным в соответствии со степенью риска течения беременности и родов, регламентируется приказом МЗ РК от 7 мая 2010 года № 325 «Об утверждении Инструкции по совершенствованию регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан». Кроме того, разработаны и внедрены в рутинную практику следующие стандарты:

1) стандарт организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан³;

2) стандарт организации оказания педиатрической помощи в Республике Казахстан⁴.

Анализ установленных стандартов и норм показал, что в Казахстане четко обозначены уровни помощи, что позволяет официально определять специализированные медицинские организации для рождения детей группы повышенного риска. Так, определено, что организации первого уровня предназначены для женщин с неосложненной беременностью и срочными физиологическими родами. Сегодня в республике функционирует 171 организация первого уровня, с коечным фондом 14 781, в том числе койками акушерского профиля, которые широко представлены по всей территории страны, в каждой области. По своей характеристике это в основном районные больницы, в которых организованы родильные палаты, отделение для совместного пребывания матери и ребенка, прививочный кабинет, палаты интенсивной терапии для новорожденных, а также предусмотрены штатным расписанием ставка врача по специальности "Педиатрия (неонатология)" и круглосуточный пост неонатальной медицинской сестры, а также клинико-диагностическая лаборатория.

Организации второго уровня предназначены для женщин с неосложненной беременностью, риском преждевременных родов в сроках гестации от 34 недели и более, а также для беременных, рожениц и родильниц, имеющих умеренные риски реализации перинатальной патологии и установленные показания (например, преэклампсия легкой степени, рубец на матке после кесарева сечения/миомэктомии, многоплодная беременность от 34 и более недель и др.). Всего по республике функционирует 49 организаций второго уровня мощностью 10 858 коек, в том числе койками акушерского профиля. Это в основном родильные дома, многопрофильные, межрайонные, городские, центральные районные и областные больницы. В медицинских организациях второго уровня организованы палаты реанимации и интенсивной терапии новорожденных с соответствующим оснащением (аппараты искусственной вентиляции легких, кувезами и др.), а также круглосуточный пост «врач неонатолог и детская медицинская сестра» предусмотренный штатным расписанием.

Организации третьего уровня предназначены для госпитализации женщин при осложненной беременности, преждевременных родах в сроках гестации от 22 до 34 недель, а также беременных, рожениц и родильниц, имеющих высокие риски реализации перинатальной патологии и установленные показания (например, преэклампсия тяжелой степени, задержка внутриутробного развития плода). Всего в стране 38 организаций третьего уровня, мощностью 10 011 коек, которые распределены и также представлены во всех областях республики. По своей характеристике родовспомогательные медицинские организации третьего уровня - это крупные перинатальные центры, расположенные в основном в крупных городах или областных центрах страны, а также родовспомогательные организации при многопрофильных областных больницах.

Сегодня третий уровень оказывает все виды медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и больным новорожденным, нуждающимся в специализированной акушерской и неонатальной помощи, в том числе недоношенным новорожденным с массой тела 1500,0 грамм и менее, включая переведенных из организаций более низкого уровня. В структуре медицинских организаций третьего уровня функционируют отделения интенсивной терапии новорожденных, отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных, оснащенные современным лечебно-диагностическим оборудованием, лекарственными препаратами, круглосуточным постом (врачебный и сестринский), экспресс-лабораторией.

Следует обратить внимание на то, что при анализе данных информационных систем в разрезе уровней регионализации в Казахстане регистрируется четвертый уровень регионализации, который присвоен двум медицинским организациям республиканского значения, расположенным в городе Нур-Султан: Национальный научный центр материнства и детства КФ «University Medical Center» и

³ приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173;

⁴ приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 декабря 2017 года № 1027.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК. Вместе с тем не было найдено каких-либо норм, регламентирующих 4 уровень регионализации, установленных стандартов, порядка и/или критериев направления пациентов, а также оснащения и уровня квалификации специалистов.

На каждом уровне родовспоможения регламентируется работа службы «санитарной авиации», неонатальной консультативно-транспортной службы (КТС). Согласно установленным нормам, транспортировка беременных, рожениц и новорожденных проводится по принципу «на себя» из организаций более высокого уровня. При необходимости КТС формирует бригаду профильных специалистов. В каждом конкретном случае состав бригады КТС формируется на основании совместного решения направляющей и принимающей сторон. Сегодня КТС оснащена реанимобилями с GPS-мониторами, а также имеется все необходимое для организации консультаций посредством телемедицины, спутниковой связи THURAVA, SCYPE.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Материнская смертность и плодово-младенческая смертность.

Одним из основных критериев качества работы службы родовспоможения и системы здравоохранения в целом является положительная динамика изменений показателей материнской смертности (МС), перинатальной смертности (ПС), мертворождаемости (МР), а также смертности новорожденных в раннем и позднем неонатальном периодах (РНС, ПНС).

В Республике Казахстан за последнее десятилетие, в основном за период до 2014 года, отмечается положительная динамика в снижении материнской и перинатальной (за счет раннего неонатального периода) смертности. Данный темп снижения был обеспечен за счет повышения уровня жизни казахстанцев и улучшения материально-технического оснащения службы родовспоможения; внедрения современных эффективных перинатальных технологий и совершенствования оказания экстренной акушерской и неонатальной помощи; организации регионализации перинатальной помощи в стране (рисунок 1). Вместе с тем, стагнация показателей за последние пять лет требует проведение дальнейшего анализа причин материнских и плодово-младенческих потерь для определения резервов системы в улучшении ситуации.

Рисунок 1. Динамика показателей материнской, перинатальной и ранней неонатальной смертности в Республике Казахстан (на 1000 родившихся живыми).

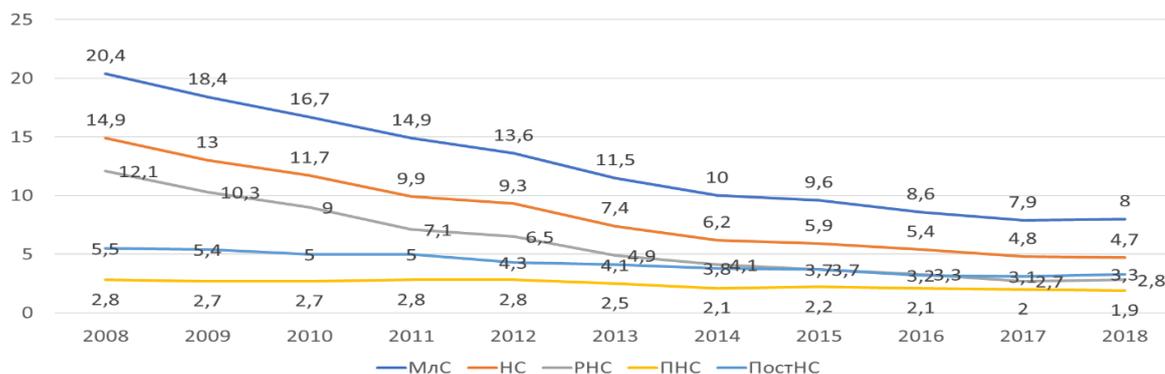


Источник: данные Комитета по статистике МНЭ РК и «Мединформ»

Плодово- младенческая смертность.

Анализ данных информационной базы свидетельствует, что основные плодово-младенческие потери происходят в перинатальном периоде и данная тенденция сохраняется в динамике последних лет. При этом, структуре неонатальных потерь последовательно снижается смертность новорожденных в раннем неонатальном периоде и не отмечается ощутимых положительных сдвигов в позднем неонатальном и постнеонатальном периодах за последние пять лет (рисунок 2).

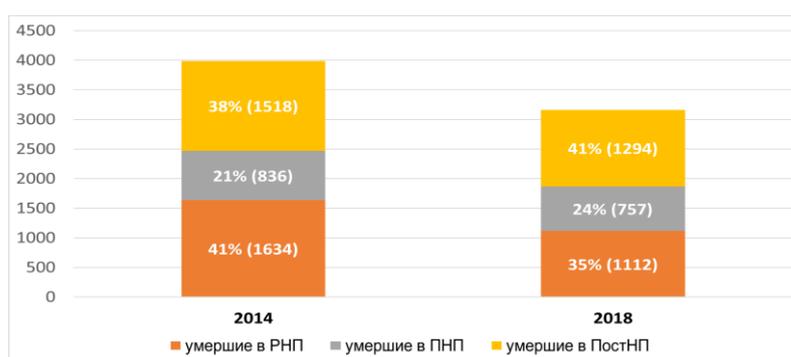
Рисунок 16. Показатели младенческой и неонатальной смертности в Республике Казахстан (на 1000 родившихся живыми).



Источник: данные «Мединформ»

Данная ситуация объясняется приоритетным вниманием здравоохранения на внедрение эффективных перинатальных технологий на уровне акушерских стационаров, направленных на улучшение и стабилизацию новорожденных в родах, готовность оказания реанимационных мероприятий, а также улучшение методов выхаживания недоношенных детей в раннем неонатальном периоде. Вместе с тем, недооцениваются вопросы инфекционного контроля, которые в условиях выживаемости новорожденных в раннем периоде, влияют на исходы позднего неонатального периода. Обеспечение качества ухода, включая должный контроль инфекций, связанных с оказанием перинатальной помощи, становится особенно актуальным в условиях перегрузки родами медицинскими организациями 3 уровня регионализации (рисунок 3).

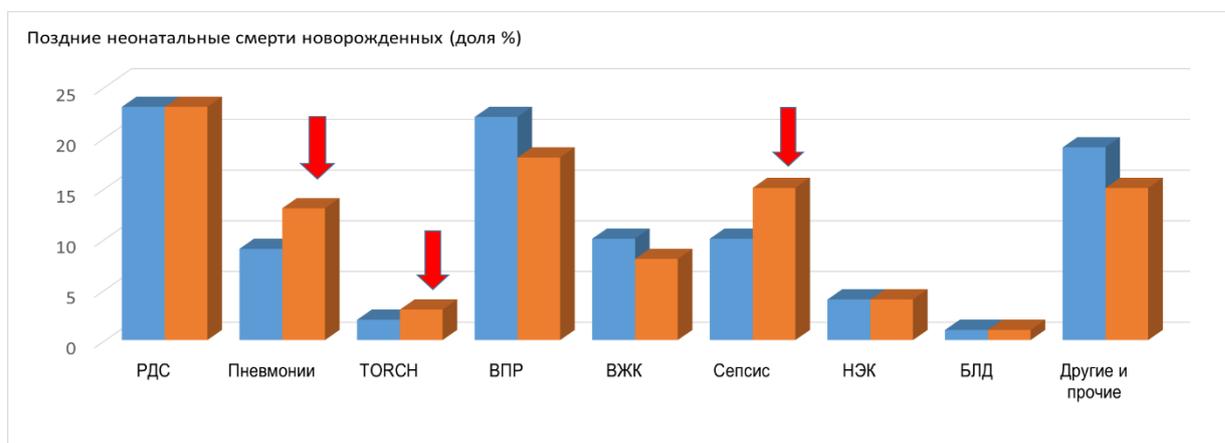
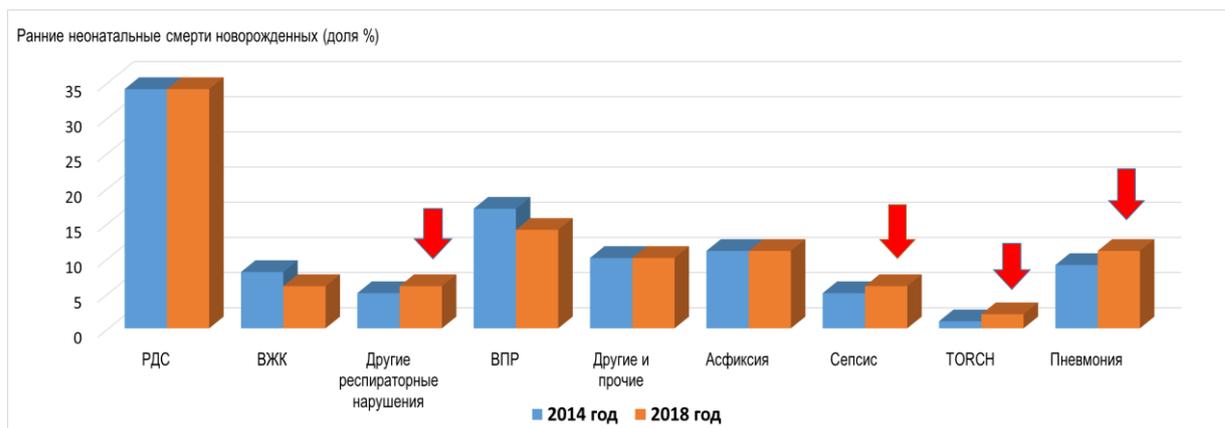
Рисунок 17. Структура младенческой смертности в Республике Казахстан в 2014 и 2018 году.



Источник: ИС «Babies», 2014 и 2018 гг (аббревиатура: РНП-ранний неонатальный период, ПНП – поздний неонатальный период, ПостНП – постнеонатальный период)

Анализ причин неонатальной смертности в Республике Казахстан показал, что более половины потерь новорожденных как в 2014, так и 2018 году происходят по трем основным причинам, таким как респираторный дистресс синдром, врожденные пороки и инфекции (рисунки 4, 5).

Рисунок 18. Причины ранней и поздней неонатальной смертности в Республике Казахстан в 2014 и 2018 гг.



Источник: ИС «МЛАД», 2014 и 2018 гг

Респираторный дистресс синдром (РДС) — это заболевание, характерное преимущественно для недоношенных новорожденных, в основе которого лежит нарушение синтеза и экскреции сурфактанта в связи с незрелостью легочной ткани. РДС относительно управляемое заболевание, которое при должном выполнении необходимых лечебно-профилактических мероприятий позволяет улучшить выживаемость недоношенных детей с очень низкой и чрезвычайно низкой массой тела. В развитых странах их выживаемость составляет примерно 80% и 90%. В Республике Казахстан выживаемость указанного контингента новорожденных остается низкой и составляет соответственно 50% и 80%, что свидетельствует о наличии резервов по улучшению качества оказываемой помощи. Подтверждением данного факта, являются результаты проведенного в Казахстане конфиденциального аудита перинатальной смертности, выявившего недостаточный уровень помощи по ведению недоношенных с РДС. К резервам относятся мероприятия, соблюдение которых необходимо как на уровне ПМСП, так и акушерских стационаров в виде своевременного перевода беременных женщин с риском преждевременных родов на более высокий уровень перинатальной помощи; пролонгирование беременности, для проведения полного курса антенатальной стероидной профилактики, включая мониторинг ее проведения; своевременный перевод глубоко незрелых недоношенных новорожденных, родившихся в акушерских стационарах низкого уровня на более высокий, соблюдение показаний к применению препаратов сурфактанта; качественный уход за недоношенным новорожденным, оснащение родовых палат и наличие необходимых лекарственных средств и медицинского оборудования.

В структуре причин смертности в позднем неонатальном периоде респираторный дистресс синдром составляет более 1/5, что, скорее всего, является погрешностью кодирования. Благодаря применению препаратов сурфактанта и адекватной респираторной поддержки РДС, как правило, купируется в раннем неонатальном периоде. Следовательно, можно полагать, что под диагнозом РДС были зарегистрированы другие состояния незрелых новорожденных, которые находились на

продолжительной аппаратной вентиляции легких в позднем неонатальном периоде. Соответственно, совершенствование знаний и навыков неонатологов в оказании специализированной неонатальной помощи младенцам с очень низкой и чрезвычайно низкой массой тела имеет важное значение в снижении их смертности среди недоношенных новорожденных.

В Казахстане около 6% новорожденных младенцев рождаются недоношенными. Так, в 2018 году, по данным информационной базы данных «BABIES», всего родилось живыми и мертвыми 402209 младенцев, из которых у 23 900 недоношенных. Среди недоношенных 23% родившихся живыми и мертвыми были с массой тела при рождении до 1500 грамм (5 417 младенцев). Недоношенность является одной из лидирующих причин смертности новорожденных в Казахстане в раннем неонатальном периоде. Так в структуре смертности, новорождённые с экстремально низкой массой тела (500 — 999 г) занимают треть от всех ранних неонатальных потерь. Другая треть ранних неонатальных потерь (28%) приходится на доношенных новорожденных с нормальной массой тела (2500 г и более), в структуре причин смерти которых преобладают врожденные аномалии, асфиксия и инфекции.



Структура причин смертности новорожденных в динамике последних лет существенно не изменилась (рисунок 4, 5).

Критическим для службы родовспоможения является также устаревшие подходы в практике инфекционного контроля, требующие существенных изменений как на уровне национальном, так и на уровне родовспомогательных организаций. Для решения данного вопроса назрела необходимость в разработке и внедрении национальной программы профилактики и контроля инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, которая включает качественное эпидемиологическое наблюдение и внедрение риск-менеджмента, основанных на современных, основанных на принципах доказательной медицины, технологиях профилактики инфекций. В условиях существующего устаревшего подхода эпидемиологического надзора, решение данной задачи возможно путем принятия и внедрения национальной программы.

Частота возникновения врожденных аномалий плода или врожденных пороков развития определены ВОЗ⁵ как важная причина смертности в детском возрасте, хронических заболеваний и инвалидности во многих странах. По определению ВОЗ врожденные пороки развития — это структурные или функциональные отклонения от нормы, которые проявляются в период внутриутробного развития и могут быть выявлены до рождения, во время рождения или на более поздних этапах жизни. Формирование примерно 50% всех пороков развития нельзя связать с какой-либо конкретной причиной, однако некоторые причины или факторы риска известны: социально-

⁵ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>

экономические, генетические, экологические факторы, инфекции, а также питание матери. Профилактические медико-санитарные меры, принимаемые в период подготовки к беременности и в период зачатия, качественное дородовое наблюдение, а также своевременный качественный скрининг и своевременное хирургическое лечение детей с функциональными проблемами, могут значительно снизить частоту некоторых врожденных пороков развития.

Анализ динамики данных матрицы «BABIES» за последние 5 лет (с 2014 по 2018 годы) показал, что наиболее значимые плодово-младенческие потери отмечаются в весовой категории от 500 до 999 грамм (690,5 в 2014 г и 739,5 в 2018 г), которые имеют тенденцию к повышению и в основном обусловлены потерями плодов в антенатальном и интранатальном периодах. При этом смертность плодов в антенатальном периоде в течение последних 5 лет повысилась почти в 2 раза со 175 из 1000 родившихся в 2014 г до 339 из 1000 родившихся в 2018 г. (таблица 1). Напрашивается логичный вывод о том, что в стране в практике ПМСП недостаточно эффективно используются технологии ВОЗ по обеспечению качественного дородового ухода и помощи беременным женщинам.

Таблица 1. Динамика изменений специфических показателей мертворождаемости и смертности младенцев (неофициальный мониторинг) в Казахстане 2014, 2018 гг (на 1000 родившихся живыми)

Масса тела при рождении в граммах	Время наступления смерти										Всего	
	До родов		В родах		До выписки		После выписки		После выписки			
	Антенатальная смертность		Интранатальная смертность		0-6 суток		7-27 суток		28 суток –1 год			
	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018	2014	2018
500- 999	174,6	339,1	7,9	99,3	349,2	154,4	95,2	90,9	63,5	55,8	690,5	739,5
1000-1499	150,5	182,8	10,8	11,3	143,4	68,4	43,0	55,0	25,1	43,3	372,8	360,8
1500-2499	36,1	42,0	1,3	2,9	29,2	11,8	11,8	8,2	12,6	13,1	91,0	78,0
2500 и более	2,3	2,6	0,3	0,3	1,2	0,8	0,8	0,6	2,6	2,1	7,1	6,4
Всего	5,7	7,8	0,4	1,1	4,8	2,8	2,0	1,9	3,4	3,2	16,3	16,8

Источник: ИС «Babies», 2014 и 2018 гг

Не менее значимым проблемным показателем является интранатальная смертность, которая у плодов с чрезвычайно низкой массой тела возросла в 2018 г более чем в 10 раз, составив 99,3‰, против 7,9‰ в 2014 г, а у плодов с массой тела более 1500 грамм — в два раза (2,9‰ в 2018 г и 1,3‰ в 2014 г, см. таблицу 1- красные ячейки).

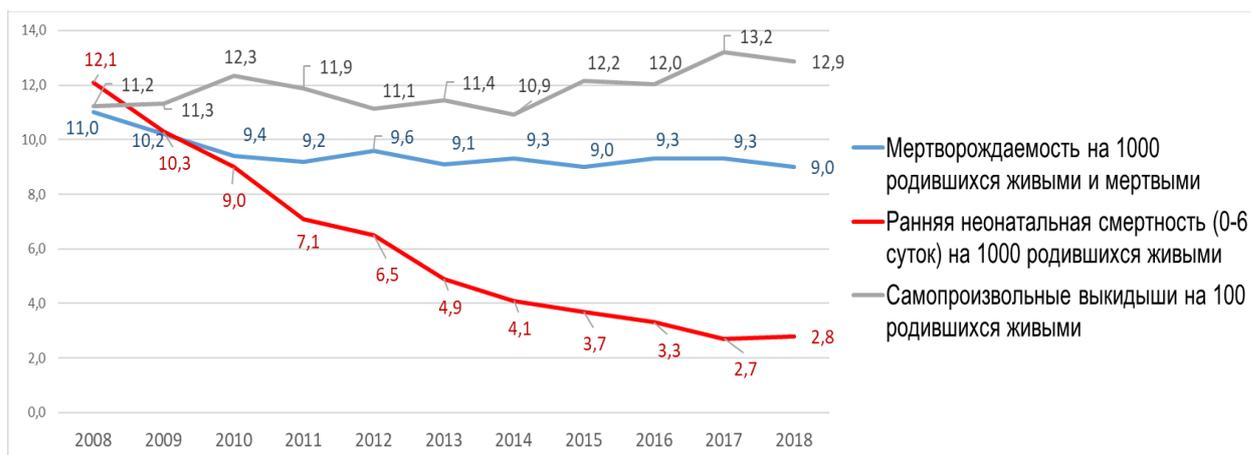
Увеличение показателя интранатальных потерь плодов с массой тела более 1500 грамм отражает проблемы в оказании помощи матери во время родов, в частности, это может быть результатом акушерской агрессии. Подтверждением этому, данные проведенного конфиденциального аудита материнской смертности за последние три года, когда либеральный подход к индуцированным родам и Кесареву сечению отмечены как одна из проблем существующей в стране акушерской практики. Соответственно меры, направленные на решение указанных проблем, определяются как области возможностей, которые могут стать хорошими резервами для снижения как неонатальных потерь, так и материнской смертности.

Анализ, с использованием данных матрицы «BABIES» позволяет также определить пакеты основных вмешательств в снижении перинатальных потерь. По результатам анализа в Республике Казахстан наиболее важным фактором, определяющим плодово-младенческие потери, является здоровье матерей (синие ячейки, таблица 1). Показатели мертворождаемости, самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов являются отражением нарушения репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста, в основе причин которых лежат многофакторные риски (социально-экономические, экологические факторы, наличие вредных привычек, инфекции и т.д.). Доказательная медицина утверждает, что в 30-40% случаев причины антенатальной гибели плодов установить не представляется возможным. Вместе тем, в определенной степени можно повлиять на перинатальные потери, за счет улучшения работы службы ПМСП по: пропаганде здорового образа жизни; контролю и профилактике инфекций, передаваемых половым путем; подготовке к беременности и оздоровлению женщин фертильного возраста; развитию среди населения культуры планирования семьи и использования современных средств контрацепции, а также обеспечением качественного

дородового наблюдения и подготовки женщин к родам. При этом ключевым фактором, является доступность женщин к качественному дородовому наблюдению, позволяющей своевременно выявлять и оказывать помощь при осложнениях беременности (преэклампсия, внутриутробная задержка развития плода, бессимптомная бактериурия и тд), а также готовность стационаров в квалифицированном ведении акушерских осложнений.

На рисунке 5 приведены показатели мертворождений, самопроизвольных выкидышей и ранней неонатальной смертности и в Республике Казахстан. В динамике последних лет отмечается снижение только показателя ранней неонатальной смертности, на которую на данном этапе и направлены основные усилия здравоохранения страны.

Рисунок 5. Динамика показателей мертворождения, ранней неонатальной смертности и самопроизвольных выкидышей в Республике Казахстан за период 2008- 2018 гг



Источники: «Мединформ» МЗ РК, статистические данные МЗ РК «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2016-2018гг»

Таким образом, для решения проблем перинатального и неонатального периодов необходимо усиление мер по следующим направлениям:

1) качественное дородовое наблюдение на уровне ПМСП и укрепление репродуктивного здоровья населения, с первоочередным вниманием к здоровью женщин и молодежи;

2) улучшению доступа населения к планированию семьи, современным средствам контрацепции и обеспечение подготовки женщин к родам.

3) совершенствование регионализации перинатальной помощи и дальнейшее развитие специализированной неонатальной помощи в регионах на уровне родовспомогательных организациях 3-го уровня;

4) внедрение эффективной программы профилактики и контроля инфекций, связанных с оказанием перинатальной помощи в медицинских организациях родовспоможения, патологии новорожденных и неонатальной хирургии.

5) поддерживающая курация регионов и обеспечение внедрения всех рекомендованных эффективных технологий перинатального ухода и помощи на уровне акушерских стационаров; снижение акушерской агрессии и усиление контроля за качеством внедрения указанных перинатальных технологий путем создания действенной системы поощрения лучшей практики.

Для снижения смертности новорожденных от состояний незрелости, а также для улучшения доступа недоношенных детей, особенно с чрезвычайно низкой массой тела, к специализированной неонатальной помощи и для обеспечения условий их выхаживания, в стране внедрена регионализация перинатальной помощи, основной целью которой было концентрация всех преждевременных родов в родовспомогательных организациях 2 и 3 уровней. Данная цель была достигнута и в 2018 году 94% преждевременных родов страны, происходили в организациях 2-3 уровня (таблица 2). Вместе с тем, в родовспомогательных организациях 3 уровня было принято 84% преждевременных родов в сроке гестации 23-33 недели, предназначенные для этого уровня и 65% преждевременных родов страны в сроке 34 - 36 недель, которые должны были произойти на 2 уровне.

При этом, 41% из всех физиологических родов страны, проведенны в организациях 3 уровня. Ситуация с указанным распределением родов была аналогичной и в 2014 году (таблица 2).

Родовспомогательные организации 2 уровня приняли только 28% из предписанных для них преждевременных родов страны в сроке 34-36 недель, а также 10% преждевременных родов в сроке 32-33 недели и 39% физиологических родов страны. Около 6% преждевременных родов в сроках от 32 -33 и 34-36 недель оставались на 1 уровне (таблица 2).

Таким образом, 51% из всех родов страны происходит в родовспомогательных организациях 3 уровня, 35% - на 2 уровне и 14% - 1 уровне регионализации. В 2018 году из всех родов страны 62% были физиологическими и 31% имели некоторые нетяжелые осложнения. Преждевременных родов было 5% и тяжелых осложнений родов 2% (рисунок 6).

Рисунок 6. Доля осложненных и преждевременных родов в Республике Казахстан за 2014 и 2018 гг.



Источники: базы данных «МПАД» и ИС ЭРСБ МЗ РК, 2014 и 2018 годы

Таблица 2. Смертность новорожденных по месту родов и уровню регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан за 2014 и 2018 гг (абс. число и показатель на 1000 родившихся живыми, ‰)

Пациенты (характеристики)		1 уровень		2 уровень		3 уровень	
		2014	2018	2014	2018	2014	2018
Новорожденные (n=500-999)	родилось	102	46	236	125	2 067	1 983
	умерло	22 (22%)	17 (37%)	93 (39%)	53 (42%)	786 (38%)	676 (34%)
Новорожденные (n=1000-1499)	родилось	224	126	443	195	2 332	2 499
	умерло	31 (14%)	21 (17%)	85 (19%)	49 (25%)	426 (18%)	405 (16%)
Новорожденные (n=1500-2499)	родилось	2 727	1 399	5 529	3 645	11 780	13 158
	умерло	91 (3%)	53 (4%)	165 (3%)	106 (3%)	499 (4%)	390 (3%)
Новорожденные (n=2500 ≥)	родилось	78 140	53 980	143 442	127 275	157 490	197 030
	умерло	231 (0,3%)	143 (0,3%)	408 (0,3%)	314 (0,2%)	761 (0,5%)	630 (0,3%)
Всего новорожденных	родилось	81 193	55 551	149 650	131 240	173 669	214 670
	умерло	375 (0,5%)	234 (0,4%)	751 (0,5%)	522 (0,4%)	2472 (1,4%)	2101 (1%)
Преждевременные роды 22-33 недели*	абсолютные числа	969	557	1263	999	8 757	8 038
	на 1000 родившихся живыми, ‰	12,0	10,1	8,5	7,6	51,2	37,8
Преждевременные роды 34-36 недель*	абсолютные числа	1 552	918	3 532	3 792	8 505	8 865
	на 1000 родившихся живыми, ‰	19,2	16,6	23,7	29,0	49,7	41,7
Всего преждевременных родов	абсолютные числа	2 521	1 475	4 795	4 791	17 262	16 903
	на 1000 родившихся живыми, ‰	31,0	26,6	32,0	36,5	99,4	78,7

Источники: базы данных «МПАД» и * ИС ЭРСБ, 2014 и 2018 годы

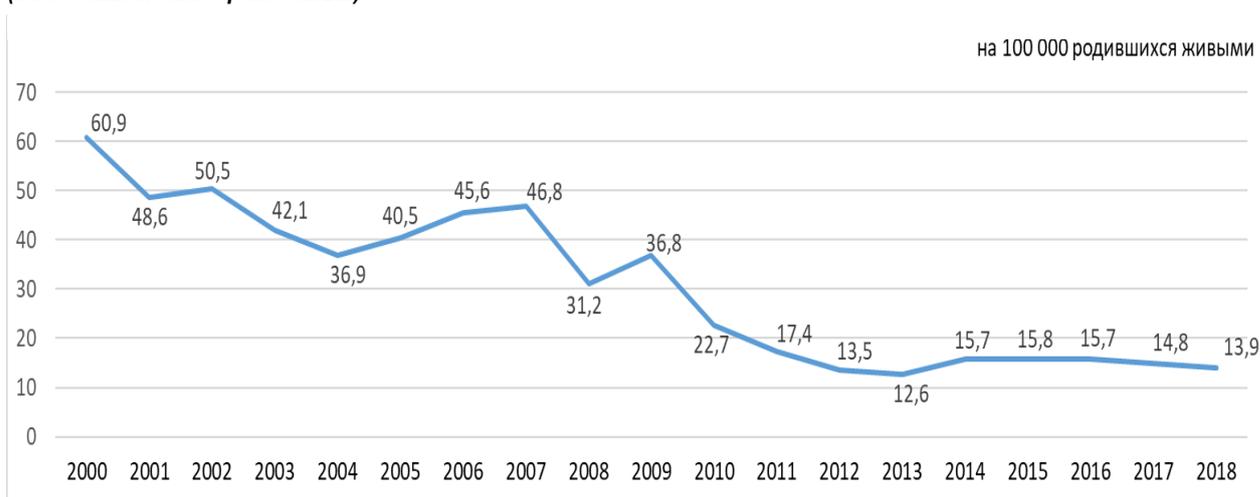
Материнская смертность

Международное сообщество уделяет пристальное внимание снижению показателей материнской смертности. В рамках достижения Целей устойчивого развития (цель 3) было взято

обязательство снизить материнскую смертность в мире к 2030 году с 216 на 100 000 живорождений в 2015 году до менее 70 на 100 000 живорождений к 2030 году, что потребует глобального годового снижения уровня этого коэффициента не менее, чем на 7,5%⁶, что более, чем в три раза превышает годовые темпы сокращения, достигнутые в период с 1990 по 2015 гг. Кроме того, ставится цель достичь существенного сокращения случаев материнской смертности от предотвратимых причин, так как медицинские методы предотвращения осложнений беременности, родов хорошо известны и достижимы. Всем женщинам необходима охрана их репродуктивного здоровья и подростков, возможность планировать семью и подготовиться к родам; обеспечение доступа к качественному дородовому наблюдению во время беременности и к качественной помощи во время родов, поддержка на уровне семьи в послеродовом периоде.

В Республике Казахстан в динамике последних десятилетий отмечается существенное снижение материнской смертности, которая достигла показателя 13,9 на 100 000 живорожденных в 2018 году (рисунок 7), с темпом снижения 11,0 % (9,2 - 13,0) за период 2000-2017 по расчетным данным международной экспертной группы⁷. Данный темп снижения материнской смертности за последнее десятилетие, в основном за период до 2014 года, был обеспечен за счет внедрения эффективных технологий и клинических протоколов, а также совершенствования оказания экстренной помощи. Вместе с тем, за последние пять лет отмечается стагнация данного показателя, без тенденций стабильного снижения доли предотвратимых причин в структуре смертности, которая остается около 70% по данным конфиденциального аудита материнской смертности.

Рисунок 7. Динамика показателей материнской смертности в Республике Казахстан за период 2000 - 2018 гг (на 100 тысяч живорожденных)



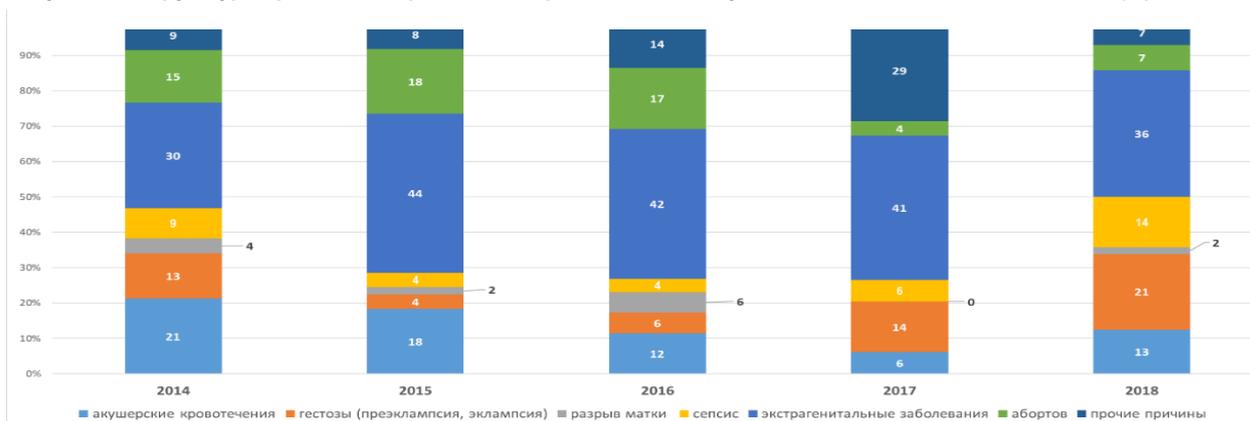
Источник: данные Комитета по статистике МНЭ РК

В Казахстане лидирующими причинами в структуре материнской смертности являются тяжелая пре-эклампсия, акушерские кровотечения и инфекции. Среди этих предотвратимых причин в динамике последних лет отмечается нестабильность положительных изменений в снижении акушерских кровотечений; рост, почти в два раза за последние годы, смертности матерей от гестозов (эклампсия, тяжелая пре - эклампсия); тенденция увеличения доли акушерского сепсиса в структуре причин (рисунок 8).

⁶ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>

⁷ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies> Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019.

Рисунок 8. Структура причин материнской смертности в Республике Казахстан за 2014 - 2018 гг (%)

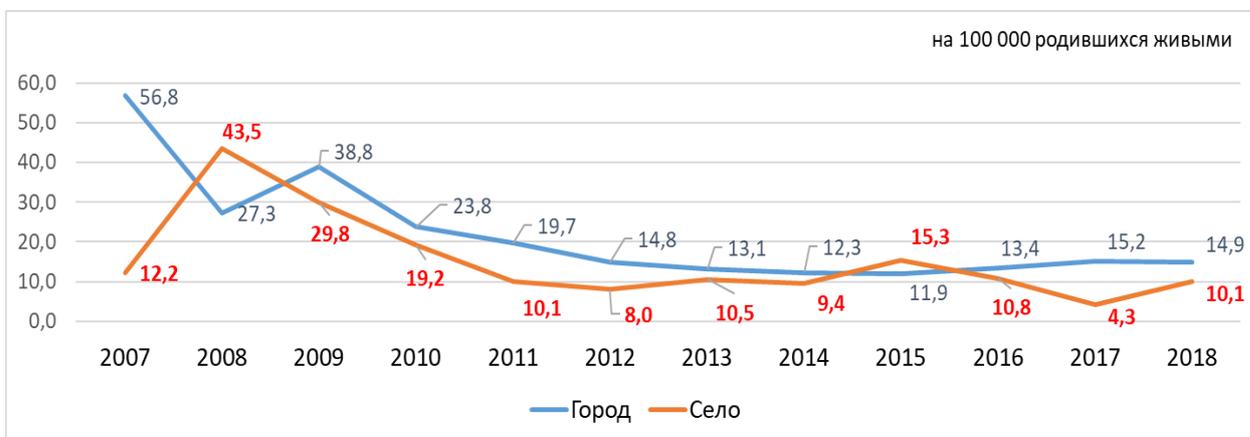


Источник: данные «Мединформ» 2014 и 2018 гг

При этом, практически не снижается доля не прямых (экстрагенитальные заболевания) причин материнской смертности, которые занимают более одной трети основных причин материнских потерь. При анализе клинического ведения беременных с экстрагенитальной патологией конфиденциальный аудит материнской смертности показал, что только в 16% случаев смертельный исход был не предотвратим, а в остальных случаях отмечались акушерские упущения, которые наряду с фоновыми хроническими патологиями женщин привели к фатальному результату.

Анализ материнской смертности в зависимости от городского или сельского места проживания показал, что внедрение регионализации перинатальной помощи положительно отразилось на показателях смертности сельских женщинах (рисунок 9).

Рисунок 19. Динамика показателя материнской смертности среди городских или сельских жительниц Республики Казахстан за период 2007 - 2018 гг (%)



Источник: данные Комитета по статистике МНЭ РК

Анализ по месту смерти матерей показывает ухудшение показателей родовспомогательных организаций первого и второго уровня регионализации перинатальной помощи. При этом смертность на дому остается в пределах 12-10 % от всех смертельных случаев (таблица 3).

Таблица 3. Материнская смертность по месту смерти в стационарах в зависимости от уровня регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан в 2014 и 2018 гг (абс. число и на 100 тыс. живорожденных)

	Итого		1 уровень		2 уровень		3 уровень	
	Всего (абс. число)	‰	Всего (абс. число)	‰	Всего (абс. число)	‰	Всего (абс. число)	‰
Материнская смертность в стационаре и родильных домах 2014* год	41	10,2	3	3,7	10	6,0	28	16,4
Материнская смертность в стационаре и родильных домах* 2018 год	51	12,8	5	9,0	15	11,5	31	14,6

* Абсолютное количество случаев материнской смертности, включая смертность на дому, составила 46 в 2014 и 56 в 2018 году.

По данным последнего мульти-индикаторного кластерного исследования (МИКС- 2015) практически все женщины находятся под наблюдением медицинских работников: 99.3% родов в стране происходят в родовспомогательных организациях, 99.3% беременных женщин охвачены дородовым патронажем, из которых 99.3% имеют, по меньшей мере, четыре посещения. То есть, резервы в устойчивом снижении материнской смертности могут быть обеспечены за счет улучшения качества перинатальной помощи. Ключевым направлением в данном деле является выполнение медицинскими работниками эффективных перинатальных технологий и соблюдение клинических протоколов ведения как физиологических, так и осложнённых беременностей, и родов, а также соблюдение инфекционного контроля для обеспечения безопасности оказываемой помощи и ухода на уровне родовспомогательного учреждения.

На данном этапе развития службы охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане необходимо обеспечить непрерывное улучшение качества медицинских услуг в свете требований и достижений современного менеджмента. Все четыре составные ее системы: надзор и контроль, ресурсы, финансирование, услуги должны постоянно анализироваться и меняться в зависимости от результатов анализа. При этом, существующая система усиления только вертикального менеджмента, ручное управление и мобилизация всех ресурсов только по факту смерти матерей, не может решить проблему. Для улучшения ситуации первоочередной задачей является усиление потенциала региональных менеджеров, внедрение эффективных методов стимулирования и поощрения хорошей практики взамен существующей системы управления, основанного на мерах наказания, негативно влияющих на качество услуг, приводя к искажению статистических данных, оттоку кадров из системы, перестраховке и принятию неадекватных мер, усиливающих риск смертности.

Последующее снижение материнской смертности зависит также от состояния репродуктивного здоровья населения, прежде всего, женщин детородного возраста и подростков, молодежи. На здоровье населения влияет качество работы службы ПМСП по профилактике неинфекционных заболеваний, а также обеспечение широкого доступа населения к качественным услугам по охране репродуктивного здоровья, включая планирование семьи и доступ к средствам современной контрацепции, качественный дородовый патронаж за беременной женщиной, снижение числа аборт, профилактика инфекций, передаваемых половым путем. На данный момент показатели репродуктивного здоровья населения Республики Казахстан характеризуются следующими показателями: каждая шестая беременность заканчивается аборт, 17% супружеских пар бездетные, высокие, без тенденции к снижению показатели мертворождаемости и самопроизвольных выкидышей, низкая доступность средств современной контрацепции (55% женщин, которым был сделан аборт безработные, домохозяйки и инвалиды), низкая осведомленность населения и распространенность небезопасного сексуального поведения среди молодежи – ранний половой дебют в 16,5 лет, высокий показатель подростковой рождаемости (в 6 раз выше чем в странах ОЭСР). Значительную часть подростков не беспокоит практика беспорядочных половых связей с повышенным уровнем риска. Использование контрацептивов среди подростков и молодёжи не является характерным для их репродуктивного поведения.

Проблемные аспекты результативности перинатальной регионализации

На сегодняшний день во всех экономически развитых странах система оказания перинатальной помощи базируется на принципе регионализации. Европейское бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) под термином «регионализация медицинской помощи» подразумевает рациональное территориальное распределение отдельных видов помощи, технологий и учреждений по трем уровням (первичный, вторичный и третичный), обеспечивая тем самым всеобщую доступность качественной медицинской помощи для населения и ее клинико-экономическую эффективность⁸. При правильном использовании регионализации ее функционирование оправдывает себя как на территории высокоразвитых, так и в развивающихся странах.

⁸ World Health Organization. Regional office for Europe Promoting effective perinatal care (PEPC) in the European region.

Регионализация не может быть предписана по единому сценарию и должна быть специфична для каждой страны с учетом ее особенностей – доступности ресурсов, географических особенностей, доступности транспортировки и других факторов, влияющих на регионализацию.

При этом, соблюдая принципы и цели регионализации, внутри каждой страны создается своя система регионализации отдельно для каждого субрегиона (область, город). При этом в каждом субрегионе регионализация проводится с учетом его особенностей. Вместе с тем, в широком понимании, модель регионализации перинатальной помощи характеризуется скоординированной, многоуровневой системой предоставления медицинской помощи женщинам и новорожденным. Основная цель регионализации — обеспечить преемственный процесс перераспределения компетенций, передачи функций на разные уровни медицинских организаций внутри определенной географической территориальной единицы. В ходе оказания помощи, построенной на принципе учета степени риска, каждой женщине и ее новорожденному обеспечивается соответствующий и адекватный ее состоянию объем необходимой медицинской помощи.

В данной работе под результативностью понимается степень достижения установленной цели регионализации перинатальной помощи в Казахстане. Следует отметить, что данные, которые содержатся в информационных системах здравоохранения Республики Казахстан, как правило, отражают объем оказанной помощи медицинских организаций, а не его качество. Однако анализ этих данных, как нам думается, позволяет показать некоторые проблемы, связанные с организационными аспектами, отраженными в данном отчете.

Общепризнанным считается, что подавляющее большинство родов в мире происходят физиологически и осложнения возможны в пределах 10%, максимум 15% случаев. При этом, почти все новорожденные здоровы, лишь некоторые из них будут нуждаться в интенсивной терапии. Проведенный анализ данных информационной системы ЭРСБ показал, что в Республике Казахстан доля недоношенности от всех родов составляют 6% и 1-2% родов завершаются крайне-тяжелым и тяжелым состоянием матерей (таблица 4). Соответственно, основная масса родов в Казахстане физиологические (82%) с допустимой долей осложненных и преждевременных родов (8%).

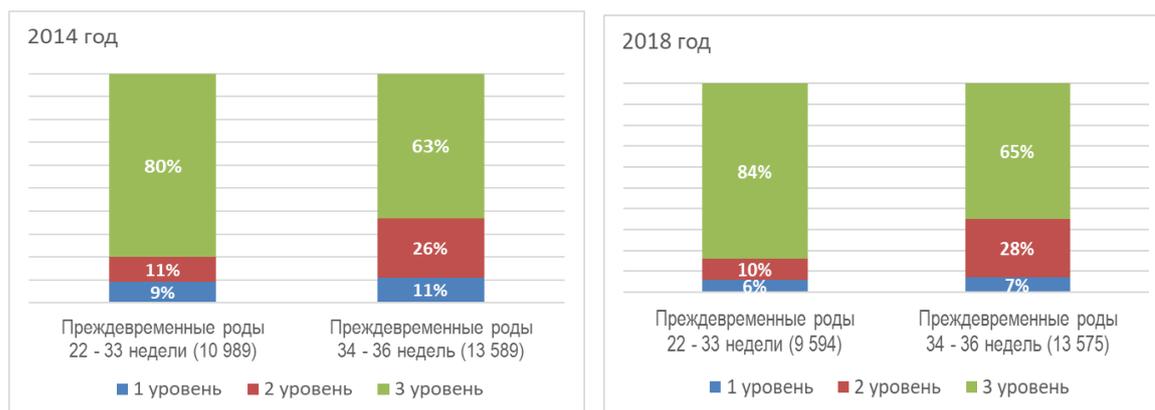
Таблица 4. Доля осложненных и преждевременных родов от всех родоразрешений в Республике Казахстан в 2014 и 2018 году

	Абсолютные данные		Удельный вес (%)	
	2014 год	2018 год	2014 год	2018 год
Преждевременные роды 22 - 33 недели	10 989	9 594	2,8	2,4
Преждевременные роды 34 - 36 недель	13 589	13 575	3,4	3,4
Крайне тяжелые и тяжелые состояния матери	8 124	5 617	2,1	1,4
Умеренно тяжелые и нетяжелые осложнения срочных родов	111 626	122 498	28,2	31,1
Физиологические роды	250 952	242 768	63,5	61,6
Всего родов	395 280	394 052		

Источник: данные ЭРСБ

При этом, в структуре преждевременных родов 84% были в сроках гестации 22-33 недели и 65% в сроках гестации 34-36 недель. Преждевременные роды происходили в основном в родовспомогательных организациях 3-4 уровней, из которых с глубокой недоношенностью в 80% случаев в 2014 г и в 84% — в 2018 г и соответственно в 63% и 65% на более поздних сроках гестации. Тем не менее определенное количество преждевременных родов оставалось в организациях первого уровня, не имеющих должного медицинского оборудования и квалифицированного персонала для выхаживания маловесных детей. В динамике последних пяти лет отмечается некоторое улучшение и большая концентрация маловесных детей в организациях 2-3 уровня (рисунок 10).

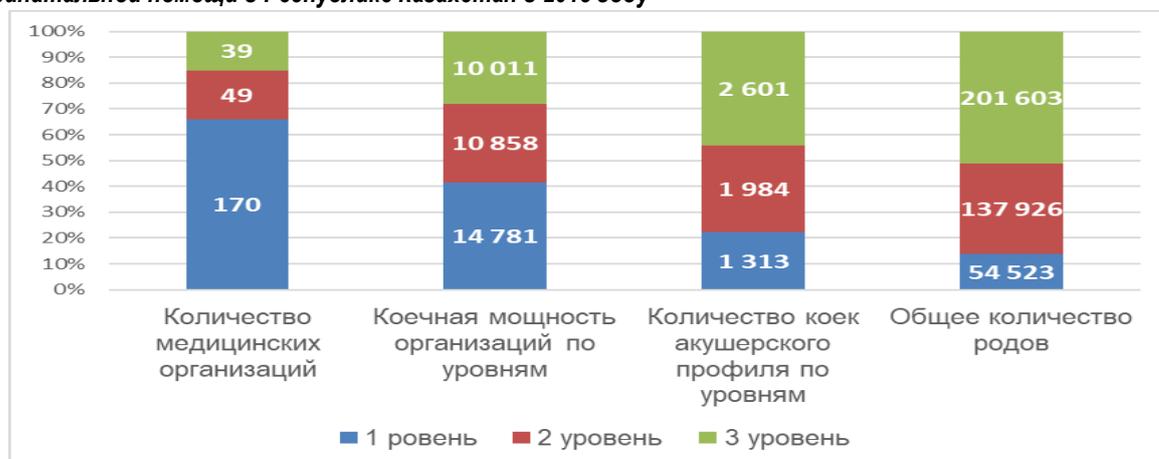
Рисунок 200. Структура преждевременных родов по уровням регионализации (доля, %)



Источник: данные ЭРСБ

Однако по результатам анализа данных информационной системы ЭРСБ было получено, что несмотря на снижение общего количества родов в стране в 2018 году, родовспомогательные организации 3-его уровня не снижают свою загруженность, о чем свидетельствует тот факт, что более половины всех родов страны (201603 родов) происходили в этих учреждениях. Таким образом, организации 3-его уровня дополнительно принимают физиологические роды и роды со сроком гестации 34-38, предназначенных для 2 уровня. Соответственно 38 родовспомогательных организаций 3-его уровня обеспечивают половину всех (51%) всех родов страны. При этом, практически 90% родов, происходящих в организациях 2 и 3 уровня, это физиологические роды (рисунок 12).

Рисунок 211. Характеристика родовспомогательных организаций в зависимости от уровней регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан в 2018 году



Источники: данные ИС ЭРСБ 2018 г

Регионализация перинатальной помощи была проведена в рамках имеющегося коечного фонда, который дает широкие возможности варьирования в количестве родов родовспомогательными организациями. Как показано на рисунке 11 наибольшее количество родов происходит в учреждениях третьего уровня, которые возможно используют кроме акушерских весь имеющийся у них коечный фонд (рисунок 11). 170 организаций первого уровня, которые являются сельскими больницами, расположенными на огромной территории, в то время как 2 и 3 уровень в основном городские организации. Соответственно для более равномерного распределения

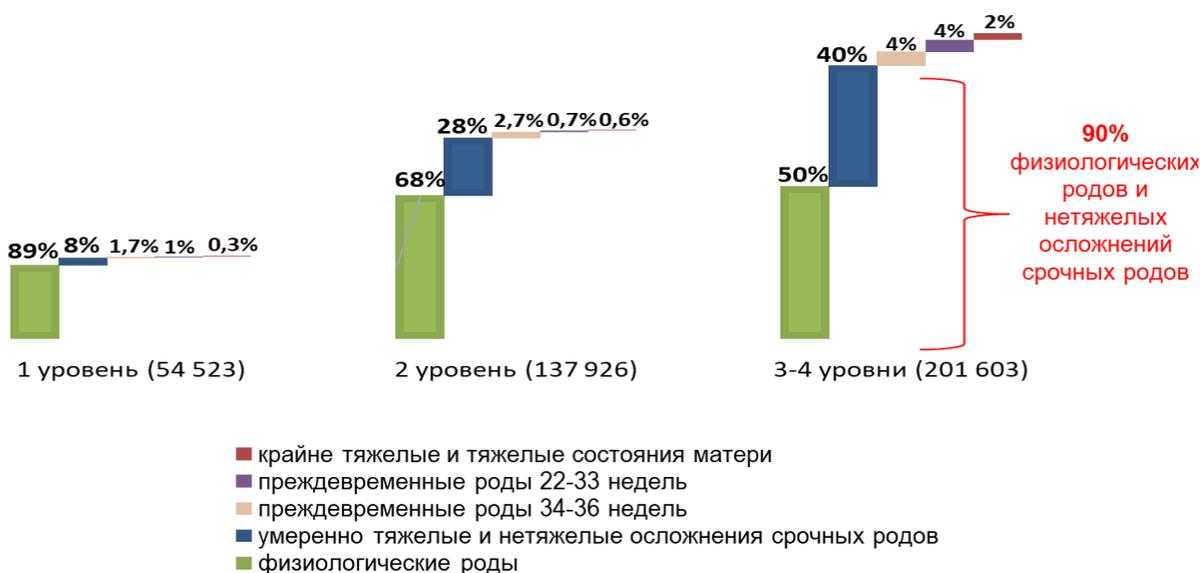
физиологических родов возможны изменения только между организациями 2 и 3 уровня в основном локализуемых в областных центрах или крупных городах, где высокая плотность населения.

Таблица 5. Показатели родовспомогательных организаций по уровням регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан за 2018 год (абс. число и %)

	2018г всего	1 уровень	2 уровень	3-4 уровни
Количество родов	394 052	54 523 (14%)	137 926 (35%)	201 603 (51%)
Количество младенцев, родившихся живыми	398 604	55 317 (14%)	130 718 (33%)	212 569 (53%)
Количество медицинских организаций	259	171 (66%)	49 (19%)	39 (15%)
Среднее количество рожениц на 1 МО в год (количество родов/количество МО)		319	2 815	5 305
Койки* (всего акушерско-гинекологических и патологии беременности)	35 650	14 781	10 858	10 011
Койки акушерского профиля*	5 898	1 313 (22%)	1 984 (34%)	2 601 (44%)
Койко-дней	1 854 972	233 799	594 431	1 026 742
Средняя длительность пребывания (койко – дней/количество родов)	4-5 дней	4	4	5
Среднегодовая занятость койки акушерского профиля (функция койки = койко-дней /койки акушерского профиля)		178	300	395
Число родов на 1 койку акушерского профиля (количество родов/койки акушерского профиля)		41,5	69,5	77,5
Материнская смертность по месту смерти (МО) и уровню регионализации	48	4 (8%)	13 (27%)	31 (65%)
Младенческая смертность в родильных отделениях по уровням регионализации	2 857	234 (8%)	522 (18%)	2 101 (74%)
Материнская смертность по месту смерти (в МО) и уровню регионализации на 100 тыс родившихся живыми	12,0	7,2 (-4,8)	9,9 (-3,0)	14,6 (+2,6)
Младенческая смертность в родильных отделениях по уровням регионализации на 1000 родившихся живыми, ‰	7,2	4,2 (-3,0)	4,0 (-3,2)	9,9 (+2,7)

Источники: данные ИС ЭРСБ 2018 г; «Мединформ» по отчетам всех медицинских организаций республики в 2018г, ПО «МПАД» 2018г, *койки акушерского профиля кроме коек патологии беременности из свода данных отчетов по коечному фонду форма № 21 за 2017-2018 гг

Рисунок 222. Структура родов по уровням регионализации перинатальной помощи в 2018 году



Источник: данные ЭРСБ

Четвертый уровень оказания перинатальной помощи.

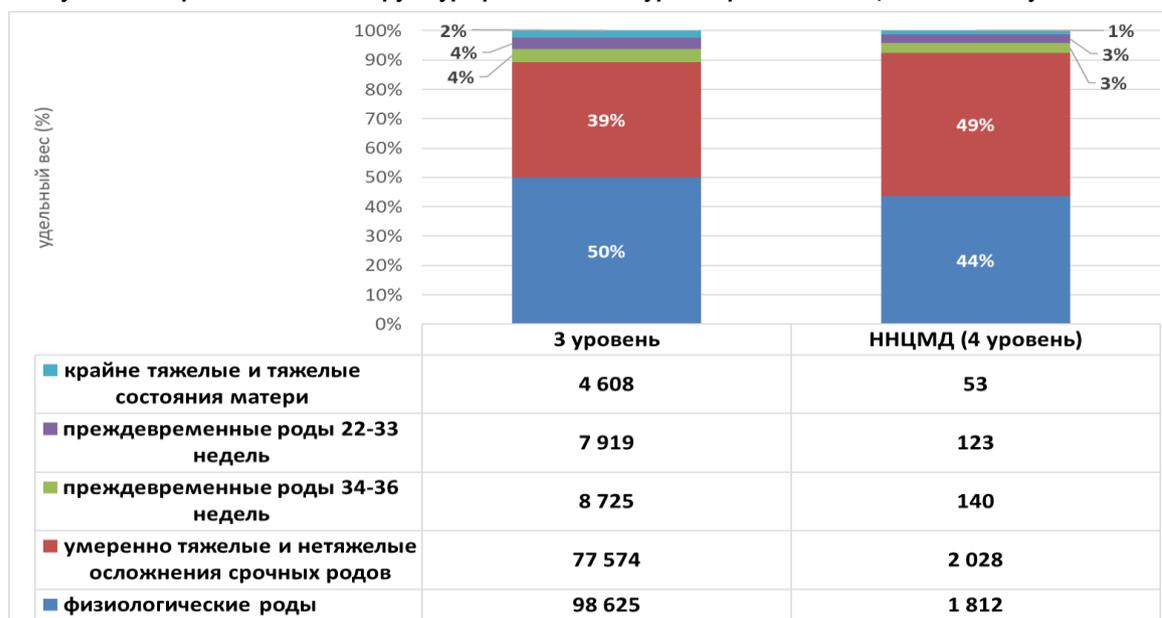
При анализе данных информационных систем в разрезе уровней перинатальной помощи в Казахстане регистрируется четвертый уровень, который присвоен одной медицинской организации республиканского значения, расположенной в городе Нур-Султан: Национальный научный центр материнства и детства КФ «University Medical Center» (ННЦМД). Данные Национального центра акушерства, гинекологии и перинатологии отдельно не идентифицированы в системе и регистрируются в составе организаций 3-уровня перинатальной помощи.

Для существующей в стране родовспомогательной организации 4-уровня не было найдено каких-либо официально определенных норм, регламентирующих ее деятельность, либо установленных стандартов, порядка и/или критериев направления пациентов в эту организацию, а также оснащения и/или уровня квалификации специалистов, которые позволили бы дифференцировать этот уровень перинатальной помощи. Вместе с тем, предполагается, что организация четвертого уровня предоставляет высокоспециализированную медицинскую помощь женщинам и новорожденным групп высокого риска реализации перинатальной патологии.

Проведенный анализ показал, что помощь, оказываемая женщинам и новорожденным на четвертом уровне регионализации, не имеет отличий от помощи, оказываемой на третьем уровне. Так, например, тот объем хирургической помощи, который оказывается в ННЦМД новорожденным, также в том объеме предоставляется областными перинатальными центрами.

Удельный вес преждевременных родов в сроках гестации 22-33 недели составляет только 3% и на крайне тяжелые и тяжелые состояния матери приходится 1%. Соответственно 94% родов были физиологическими и имевшими нетяжелые осложнения (рисунок 13).

Рисунок 313. Сравнительная структура родов на 3 и 4 уровне регионализации в 2018 году



Источник: данные ЭРСБ, 2018 год

Таким образом, основная деятельность ННЦМД, также, как деятельность медицинских организаций 3 уровня регионализации направлена на обеспечение срочных родов. В течении 2018 года на 4 уровне регионализации не было зафиксировано материнских потерь, тогда, как неонатальные потери составляли 20 младенцев из 1000 родившихся живыми, что практически вдвое превышает младенческие потери 3 уровня (9,6 новорожденных из 1000 родившихся живыми), (таблица 6).

Таблица 6. Распределение родившихся и умерших новорожденных на 3 и 4 уровнях регионализации в зависимости от массы тела

	3 уровень					ННЦМД				
	500-999	1000-1499	1500-2499	2500 ≥	Итого	500-999	1000-1499	1500-2499	2500 ≥	Итого
Родилось живыми (абс)	1 268	2 062	12 561	192 387	208 278	39	32	207	4 013	4 291
Умерло в родильных отделениях (абс)	661	396	368	574	1 999	15	9	22	56	87
Умерло в родильных отделениях на 1000 родившихся живыми	521,3	192,0	29,3	3,0	9,6	384,6	281,3	106,3	14,0	20,3

Источник: данные «МПАД», 2018 год

Среди неонатальных потерь родильных отделений ННЦМД погибает практически в два раза больше младенцев с весом от 1000-1499 грамм, по сравнению со стационарами 3 уровня и примерно в четыре раза больше новорожденных в весе 1500-1499 грамм, рисунок 14.

Рисунок 404. Распределение неонатальных потерь на 3 и 4 уровнях регионализации в зависимости от массы тела в Республике Казахстан в 2018 году (на 1000 родившихся живыми)



Источник: данные «МПАД», 2018 год

Тенденции в области применения хирургических вмешательств

Согласно рекомендациям, ВОЗ от 1985 года и обновленным рекомендациям от 2015 г., частота оперативных родов (кесарево сечение) не должна превышать 10–15% от всех родов. Данная рекомендация основана на том, что увеличение частоты оперативного родоразрешения не оказывает положительного влияния на снижение материнской и неонатальной смертности, но увеличивает риск септических, тромбозмобических осложнений, повышает риски смерти от кровотечений и анестезиологических осложнений. В долгосрочном прогнозе операция кесарева сечения многократно увеличивает в отдаленном периоде вероятность развития предлежания и приращения плаценты. Вместе с тем, при данном вмешательстве значительно увеличиваются расходы службы родовспоможения. Указанное диктует необходимость изменений либеральных подходов к проведению оперативного родоразрешения путем кесарева сечения и требует обеспечения поддержки родов одной акушеркой, модификации и рутинного применения партограммы, соблюдению критериев FIGO при использовании кардиотокографии и других технологий.

Анализ имеющихся данных показал, что в Казахстане на третьем уровне регионализации перинатальной помощи все чаще стали применять хирургические вмешательства (около 28% в 2014 и 35% в 2018 году) такие как кесарево сечение, другие акушерские операции, малые акушерские/гинекологические операции/ манипуляции, акушерские пособия и манипуляции, и др., (рисунок 15).

Рисунок 495. Динамика применения хирургических вмешательств по уровням регионализации в Республике Казахстан в 2014 и 2018 гг)

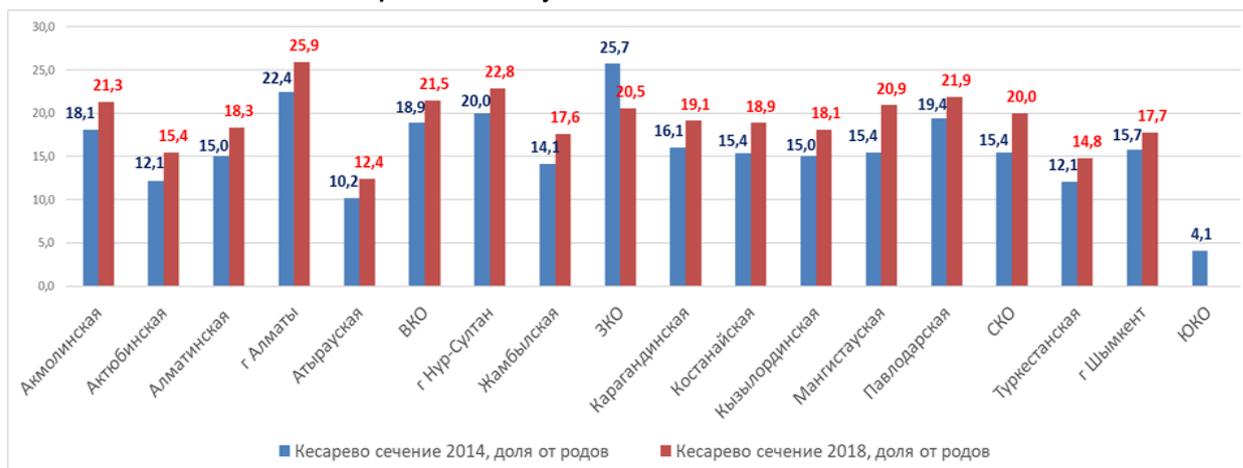


Источник: данные ЭРСБ, 2014, 2018 годы

При этом, снижение частоты кесарева сечения на 1 уровне регионализации в 2018г в сравнении с 2014г связано с уменьшением количества родов на 1 уровне; дефицитом/оттоком специалистов; запретом на проведение плановых абдоминальных родоразрешений. Рост частоты кесарева сечения на 2-3 уровнях регионализации связан с ростом количества женщин в популяции с рубцом на матке, гипердиагностикой обструкции родов и угрожающего состояния плода.

Анализ по регионам Казахстана отмечает также тенденцию к росту оперативного родоразрешения. Минимальный показатель (ниже 15%) отмечается только в Туркестанской и Атырауской областях, наивысшие показатели по городам Алматы (25,9%), Нур-Султан (22,8%), Павлодарской области (21,9%) (рисунок 16).

Рисунок 586. Показатель абдоминального родоразрешения в родовспомогательных организациях зависимости в зависимости от регионов Республики Казахстан в 2014 и 2018 годы.



Источник: данные ЭРСБ, 2014, 2018 годы

Таким образом, отсутствие политики по снижению частоты кесарева сечения в родовспомогательных организациях и недостаточный контроль за выполнением перинатальных технологий, основанных на научных доказательствах, снижающих необходимость оперативного родоразрешения, обусловили повышение хирургических вмешательств практически во всех регионах страны.

Проблемные аспекты оплаты медицинских услуг родовспомогательных организаций

С 2012 года в Республике Казахстан была внедрена новая система оплаты стационарной помощи по клинико-затратным группам (далее – КЗГ). На начальном этапе, при разработке КЗГ было обеспечено приоритетное финансирование родовспомогательных учреждений, однако со временем, в связи с изменением макроэкономической ситуации в стране наполнение тарифа службы родовспоможения было снижено.

В целом, класс состояний и заболеваний, связанных с беременностью, родами и послеродовым периодом занимает в стране первое место по количеству пролеченных случаев и второе место по объёму финансирования.

При оплате услуг на основе КЗГ учетной единицей является пролеченный случай, при этом тариф определяется произведением базовой ставки и весового коэффициента затратноёмкости. В период с 2014 года по 2018 год весовой коэффициент затратноёмкости для КЗГ акушерско-гинекологического профиля не изменялся, однако проводилось увеличение базовой ставки в среднем на 8-10% в год в связи с инфляцией или повышением заработной платы медицинских работников.

Анализ базы данных за 2018 год (таблица 7) показал, что 50,2% всех средств, оплаченных за пролеченные случаи по классу «О» были направлены на оплату физиологических родов, из которых 40,2% оплачено за физиологические роды на 3 уровне регионализации, 38,4% на втором и 21,4% на уровнях соответственно. Оплата за сложные случаи родов составила 48,8%, из которых наибольшая доля средств – 60,1% оплачена за случаи нетяжелых осложнений срочных родов.

Таблица 7. Распределение сумм, предъявленных к оплате за случаи стационарной помощи по классу «О» по уровням регионализации перинатальной помощи (2018 год, в тенге)

	Предъявлено к оплате (тенге)	Предъявлено к оплате (%)	Средний тариф (тенге)
Сложные роды	16 657 393 067,37	49,85%	110 106,77
Крайне тяжелые и тяжелые состояния матери	735 303 301,10	4,41%	118 904,16
1 уровень	22 981 015,25	3,13%	117 851,36
2 уровень	91 101 355,16	12,39%	107 178,06
3 уровень	621 220 930,69	84,48%	120 883,62
нетяжелые осложнения срочных родов	10 004 951 353,75	60,06%	115 629,42
1 уровень	470 355 942,15	4,70%	115 339,86
2 уровень	3 295 535 624,58	32,94%	115 624,71
3 уровень	6 239 059 787,02	62,36%	115 653,80
преждевременные роды от 22 до 33 недель	990 251 381,05	5,94%	103 226,45
1 уровень	50 292 296,94	5,08%	90 453,77
2 уровень	98 935 055,78	9,99%	99 034,09
3 уровень	841 024 028,34	84,93%	104 631,01
преждевременные роды от 34 до 36 недель	1 243 561 801,77	7,47%	95 592,42
1 уровень	73 594 056,88	5,92%	82 228,00
2 уровень	326 342 912,34	26,24%	87 585,32
3 уровень	843 491 327,05	67,83%	100 571,28
<i>*нет родовспоможения</i>	<i>133 505,51</i>	<i>0,01%</i>	<i>133 505,51</i>
Умеренно тяжелые состояния матери	3 683 325 229,70	22,11%	102 394,23
1 уровень	45 126 055,69	1,23%	93 622,52
2 уровень	859 694 764,21	23,34%	87 429,55
3 уровень	2 778 370 904,29	75,43%	108 293,22
нет родовспоможения	133 505,51	0,00%	133 505,51
Простые роды	16 755 798 806,95	50,15%	69 019,80
физиологические роды	16 755 798 806,95	100,00%	69 019,80
1 уровень	3 579 600 547,40	21,36%	74 088,80
2 уровень	6 441 392 656,93	38,44%	68 513,79
3 уровень	6 734 805 602,64	40,19%	67 055,03
Итого	33 413 191 874,38	100,00%	84 793,86

**нет родовспоможения – ошибка в базе данных*

При анализе финансовых параметров службы родовспоможения по итогам 2018 года, с учетом средних фактических затрат организаций родовспоможения (рисунок 17), было обнаружено, что тарифная политика имеет существенные недостатки, не чувствительная к сложности пролеченного случая и может создавать стимулы для неэффективной деятельности организаций родовспоможения.

Рисунок 17. Структура средних фактических оплат за одного пациента по группам КЗГ и уровням регионализации, произведенных в 2018 году



Источник: данные ЭРСБ, 2018 годы

Так, оказание медицинской помощи при физиологических родах, а также нетяжелых или умеренно тяжелых состояний матери можно назвать рентабельным. Так, средние фактические затраты при физиологических родах (1 уровень) составляет 73,3 тыс.тг. при среднем тарифе 74,0 тыс.тг., умеренно тяжелые состояния матери – 86,5 тыс.тг., при тарифе 93,6 тыс.тг., нетяжелые осложнения срочных родов – 66,6 тыс.тг., при среднем тарифе 115 тыс.тг.

В свою очередь, оказание медицинской помощи при крайне тяжелых и тяжелых состояниях (3-й уровень регионализации) является убыточным, что подтверждается средними фактическими затратами при оказании, составившими составили 334,9 тыс.тг., при среднем тарифе 120,8 тыс.тг.

Подобная картина является экономическим подтверждением того факта, что организации родовспоможения 3-го уровня стараются компенсировать свои убытки привлекая чрезмерно большое количество физиологических родов, которые создают высокую нагрузку на коечный фонд, предназначенный для оказания помощи в тяжелых акушерских ситуациях. В свою очередь, организации 1-го уровня, даже уменьшая количество физиологических родов до минимальных значений, способны удержать свое экономическое положение на уровне безубыточности.

Математическая разница между средним тарифом за случаи медицинской помощи по крайне тяжелых (тяжелых) (118,9 тыс.тг.) и нетяжелых осложнений срочных родов (115,6 тыс.тг.) составляет чуть более трех тысяч тенге. При этом разница между средним тарифом физиологических родов (69 тыс.тг.) и нетяжелых осложнений срочных родов (115,6 тыс.тг.) существенно выше и составляет более 45 тыс.тг. Этот факт может создавать стимулы для недобросовестного поведения медицинских

организаций, во-первых, увеличивая госпитализацию случаев физиологических родов для увеличения доходной базы и, во-вторых, проводить некорректное кодирование случаев физиологических родов как родов, имеющих «нетяжелые осложнения срочных родов».

Помимо этого, уровень финансирования службы родовспоможения в целом можно назвать дефицитным и не покрывающим реальной потребности. Так, средняя стоимость всех пролеченных акушерских случаев (84,8 тыс.тг.) на 18% ниже среднего тарифа за физиологические роды (69 тыс.тг.). В случае адекватности финансирования, арифметическая разница между средней стоимостью всех пролеченных случаев, вне зависимости от тяжести, и тарифом за физиологические роды, была бы равна нулю или выше нуля.

В ответ на сложившуюся ситуацию, Министерством здравоохранения были пересмотрены тарифы на оплату услуг родовспоможения и разработаны новые КЗГ, более чувствительные к степени тяжести акушерских осложнений. Новая логика формирования КЗГ предусматривает ранжирование весового коэффициенты в зависимости от осложнений, сложных операций, дорогостоящих лекарственных препаратов. Новая логика формирования групп КЗГ позволяет значительно увеличить финансирование родильных домов, особенно для являющихся третьим уровнем оказания перинатальной помощи.

Сравнительный анализ базы данных пролеченных случаев в 2019 году по сравнению с 2018 годом (таблица 8) показал наличие определенных изменений.

Таблица 8. Размеры средних тарифов за случаи стационарной помощи по классу «О» по уровням регионализации перинатальной помощи (2018-2019 гг., в тенге)

	Средний тариф в 2018 году (тенге)	Средний тариф в 2019 году (тенге)	Отклонение 2019 от 2018 гг., в тенге	Отклонение 2019 от 2018 гг., в %
Сложные роды	110 106,77	118 090,96	7 984,19	7,3
Крайне тяжелые и тяжелые состояния матери	118 904,16	152 899,87	33 995,71	28,6
1 уровень	117 851,36	203 223,00	85 371,64	72,4
2 уровень	107 178,06	145 622,99	38 444,93	35,9
3 уровень	120 883,62	152 818,24	31 934,62	26,4
нетяжелые осложнения срочных родов	115 629,42	119 671,86	4 042,44	3,5
1 уровень	115 339,86	137 211,33	21 871,47	19,0
2 уровень	115 624,71	118 004,42	2 379,71	2,1
3 уровень	115 653,80	119 370,96	3 717,16	3,2
преждевременные роды от 22 до 33 недель	103 226,45	123 457,30	20 230,85	19,6
1 уровень	90 453,77	115 351,91	24 898,14	27,5
2 уровень	99 034,09	108 762,63	9 728,54	9,8
3 уровень	104 631,01	127 473,67	22 842,66	21,8
преждевременные роды от 34 до 36 недель	95 592,42	109 678,24	14 085,82	14,7
1 уровень	82 228,00	99 626,02	17 398,02	21,2
2 уровень	87 585,32	96 817,24	9 231,92	10,5
3 уровень	100 571,28	117 124,65	16 553,37	16,5
Умеренно тяжелые состояния матери	102 394,23	109 168,38	6 774,15	6,6
1 уровень	93 622,52	127 594,07	33 971,55	36,3
2 уровень	87 429,55	100 203,17	12 773,62	14,6
3 уровень	108 293,22	112 193,51	3 900,29	3,6
Простые роды	69 019,80	73 422,49	4 402,69	6,4
физиологические роды	69 019,80	73 422,49	4 402,69	6,4
1 уровень	74 088,80	79 090,36	5 001,56	6,8
2 уровень	68 513,79	72 689,95	4 176,16	6,1
3 уровень	67 055,03	71 289,32	4 234,29	6,3
Итого	84 793,86	89 793,87	5 000,01	5,90

Так, имеется существенный прирост среднего тарифа по случаям, которые ранее были недофинансированы – крайне тяжелые и тяжелые состояния матери (+28,6%), преждевременные роды в 22-33 недели, преждевременные роды в 34-36 недель (+19,6% и +14,7% соответственно). Следует отметить, что вышеперечисленные изменения тарифов превышают средневзвешенный уровень инфляции в 2019 году (5,4%).

Вместе с тем, несмотря на дифференцированное увеличение тарифов, не повлияло на изменение структуры родов по уровням регионализации, третий уровень регионализации продолжает оставаться основным уровнем, где происходят физиологические роды. Это обусловлено сложившимися в последние годы стереотипами перевода беременных с малейшими отклонения на более высокий уровень, а также стереотипы поведения родовспомогательных организаций третьего уровня.

Кадровое обеспечение перинатальной службы.

Эффективность перинатальной службы зависит от профессионального уровня кадрового потенциала родовспомогательных организаций, а также от оптимального соотношения врачей и среднего медицинского персонала, оказывающих помощь и уход матерям и новорожденным.

Традиционно в Казахстане показатель обеспеченности населения врачами высокая и соответствует международным стандартам. Так, в стране обеспеченность акушер-гинекологами составляет 10,49 (8,3 на селе) и неонатологов 2,78 на 10 000 женщин фертильного возраста. Для сравнения в странах Европейского Союза эти показатели составляют 7,23 и 2,0 соответственно. Однако низкая плотность населения и значительная отдаленность между медицинскими организациями вызывает трудности в должной мере обеспечить медицинскими кадрами родовспомогательные организации.

Обеспеченность акушерками в стране составляет 18,16 на 10 000 женщин фертильного возраста или 1 акушерка на 105,6 родов при рекомендованных Royal College of Midwives одной акушерки на каждые 28 родов или 35 для стран Европейского Союза. Для обеспечения должного качества ведения родов предусматривается наличие одной акушерки на максимум 2 родов. В Казахстане нагрузка почти в три раза больше и составляет 1:4,8, несмотря на 98% занятость всех штатных должностей. Аналогичная картина отмечается и для неонатальных медицинских сестер, соотношение которых к родам в стране составляет 1:2,7 при международном стандарте 1:2. Для отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии на каждую медсестру приходится 5,6 пациентов при рекомендуемом соотношении 1:1.

Данная ситуация усугубляется ежегодным оттоком из системы медицинских работников и преимущественным выбором частного сектора молодыми специалистами. На данный момент обеспеченность службы родовспоможения страны медицинскими работниками с высшим и средним образованием составляет 2/3 от рекомендуемых нормативов.

Как результат, отмечается высокий уровень совместительства работы, которая определена международной практикой как фактор риска, приводящий к снижению качества предоставляемых услуг в службе родовспоможения. Так, в Казахстане коэффициент совместительства для акушер-гинекологов составляет 1,69 (стационар – 1,82); для неонатологов -1,63; акушерок – 1,1; неонатальных медицинских сестер – 1,47 и для отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии – 1,56.

Вместе с тем, имеет место и недостаточная квалификационная подготовка кадров службы. По данным сертификационных экзаменов Министерства здравоохранения Республики Казахстан только 80,7±2,9% специалистов среднего звена владеют необходимым уровнем знаний и навыков для осуществления практической деятельности.

В соответствии с стандартами значительный объем помощи и ухода матерям и новорожденным должен обеспечить средний медицинский персонал организаций родовспоможения. При этом, объем и виды помощи, оказываемой средним медицинским персоналом различны в зависимости от уровня оказания перинатальной помощи родовспомогательной организации.

На 1 уровне перинатальной помощи объем сестринских услуг составляет более 2/3 от всего перечня услуг. При этом, средние медицинские работники должны иметь соответствующие навыки проведения лечебно-диагностических процедур при родо-разрешениях с различными формами

прилежания, многоводия, преждевременных родах и других нетяжелых состояний матери, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом, а также малых акушерских и гинекологических операциях и вмешательствах (кесарево сечение в частности). Кроме того, необходимо владение навыками проведения забора лабораторного материала базового набора, с возможностью интерпретации результатов и рецептурного назначения лекарственных средств базового уровня.

На 2 и 3 уровнях перинатальной помощи медицинские работники (врачебный и сестринский персонал) должны обладать навыками оказания помощи (лечебные и диагностические процедуры) при умеренно тяжелых (преждевременный разрыв плодных оболочек, аномалии плаценты, акушерские разрывы шейки матки и др.) и тяжелых состояниях беременности, родов и послеродового периода (преэклампсия, внутриутробная гибель плода, преждевременная отслойка плаценты, дородовое кровотечение и др.), а также осложнениях во время родов и родоразрешения, угрожающие жизни плода. Также, специалисты данного уровня призваны оказывать помощь при экстрагенитальной патологии, уметь проводить операции на женских половых органах и малые акушерские и гинекологические манипуляции. На данных уровнях сестринским персоналом должно выполняться до 1/2 всего объема услуг.

Специалисты 2-го и 3-го уровня в незначительной степени должны отличаться по перечню умений и навыков, которыми должны владеть для качественного оказания медицинских услуг, расширяя перечень своего функционала оказанием услуг высокоспециализированной помощи.

Таким образом, проводимая регионализация перинатальной помощи показала, что существующие профессиональные стандарты системы здравоохранения Республики Казахстан не позволяют достоверно оценить уровень профессиональных компетенций специалистов, их квалификацию, а также необходимое соотношение кадров в свете предписанной помощи. Как следствие, служба не в состоянии эффективно и рационально использовать существующий трудовой потенциал. Отсутствие градации в профессиональном стандарте по уровням оказания медицинской помощи (регионализации) определяет одинаковый перечень трудовых функций, как для тех, кто предоставляет услуги в организациях на уровне первичного звена, так и для тех, чьи навыки должны позволять предоставлять более высокую специализированную медицинскую помощь. Соответственно, в рамках проводимой регионализации перинатальной помощи необходимо создать основу кадрового потенциала и условия обеспечения кадров в соответствии со стандартами услуг предписанного для каждого уровня перинатальной помощи. Тогда, закономерно родовспомогательные организации 3-его уровня должны демонстрировать передовой опыт перинатальной помощи и становятся учреждениями лучшей практики для региона (Центр компетенций), где должны проходить практико-ориентированную стажировку медицинские работники других уровней. Данная функция, должно входить в обязательства этих организаций и учитываться как при лицензировании, так и аккредитации учреждений.

ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО ОБЛАСТЯМ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Республика Казахстан относится к странам с низкой плотностью населения (6,7 человек на км²), расположенной на огромной территории с площадью 2 724 902 км² и численностью населения 18 412,0 тыс. человек.

Административно –территориально страна разделена 17 регионов: 14 областей и 3 города республиканского значения: Нур-Султан, Алмата и Шымкент (Рисунок 19). При этом статус города имеют 87 населенных пунктов, из них 3 города республиканского значения, 37 городов областного значения и 47 городов районного значения, где сосредоточено 55% населения страны. Всего в стране 161 сельских районов, которые представлены 82 селами, 26 поселками и 2 283 сельскими округами.

Самыми густонаселенными регионами республики являются Туркестанская область (24,2 чел./км²), а также города Алматы (2 497,8 чел./км²), Нур-Султан (1094,5 чел./км²) и Шымкент (761,8 чел./км²).

Минимальная плотность населения наблюдается в Актобинской (2,8 чел./км²), Карагандинской (3,2 чел./км²), Кызыл-Ординской (3,4 чел./км²), Мангистауской (3,8 чел./км²), Западно-Казахстанской (4,2 чел./км²) и Костанайской (4,5 чел./км²) областях.

Рисунок 678. Распределение родовспомогательных организаций по уровням регионализации в регионах Республике Казахстан.



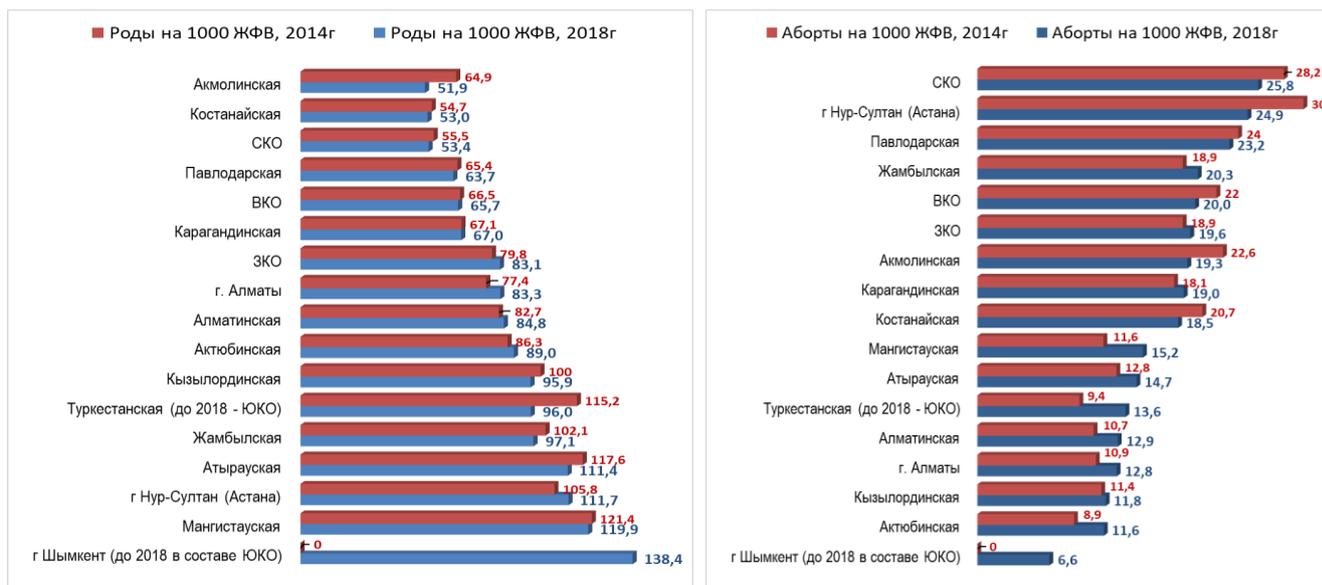
Всего в Казахстане 258 родовспомогательных организаций, которые были разделены по трем уровням перинатальной помощи в основном опираясь на уже существующие в регионах организации родовспоможения. Картина распределения организаций по уровням, в зависимости от плотности населения представлена на рисунке 18.

Наибольшее количество женщин фертильного возраста от 15 до 49 лет проживает в городе Алматы (12,2% от ЖФВ РК), Алматинской (10,5%), Туркестанской (9,6%), Карагандинской (7,5%) и Восточно-Казахстанской (7,2%) областях (рисунок 18).

Самые высокие коэффициенты рождаемости в стране были у женщин Туркестанской (133,8‰), Мангистауской (119,9 ‰), Атырауской (111,4 ‰) областей и города Нур-Султан (104,9‰). При этом, наибольшее количество аборт регистрируется в Северо-Казахстанской, области и городе Нур-Султан (рисунок 19).

Около половины (48%) всех родов страны происходят в южной части страны, которая представлена городами Алматы, Шымкент и Алматинской, Туркестанской, Жамбылской областями.

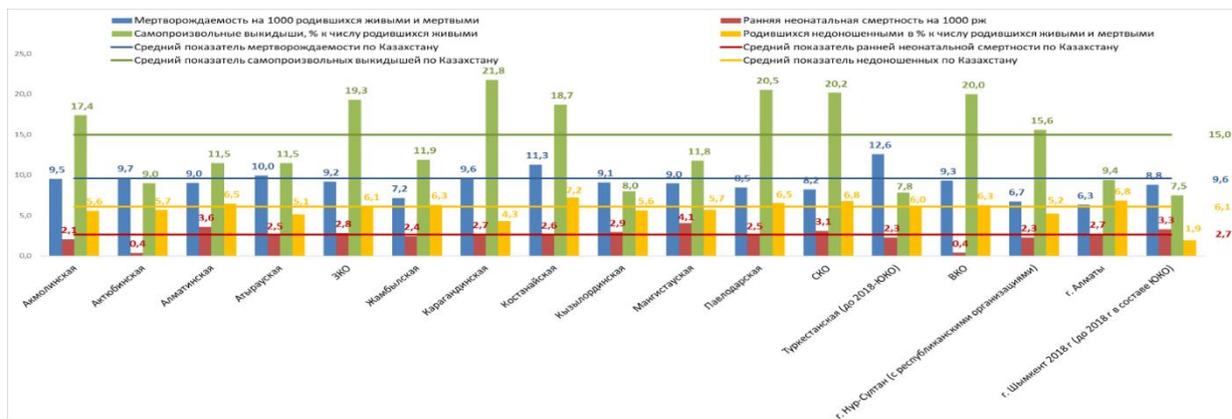
Рисунок 76. Коэффициент рождаемости и искусственных абортов в зависимости от регионов Республики Казахстан, 2018 год (на 1000 женщин фертильного возраста).



Источник: данные ИС ЭРСБ, 2018 год

Показатели материнской и младенческой смертности, включая раннюю неонатальную смертность, а также показатели мертворождаемости, самопроизвольных выкидышей по регионам Казахстана представлены на рисунках 20, 21, 22. Анализ указанных показателей не выявил существенной разницы в зависимости от регионов, кроме показателя самопроизвольных выкидышей. Доля последних выше в индустриально-промышленных регионах страны таких как Карагандинская, Павлодарская, Северо-Казахстанская, Западно-Казахстанская и Восточно-Казахстанская области (рисунок 20).

Рисунок 850. Показатели ранней неонатальной смертности, мертворождаемости, самопроизвольных выкидышей и недоношенности в зависимости от регионов Республики Казахстан.



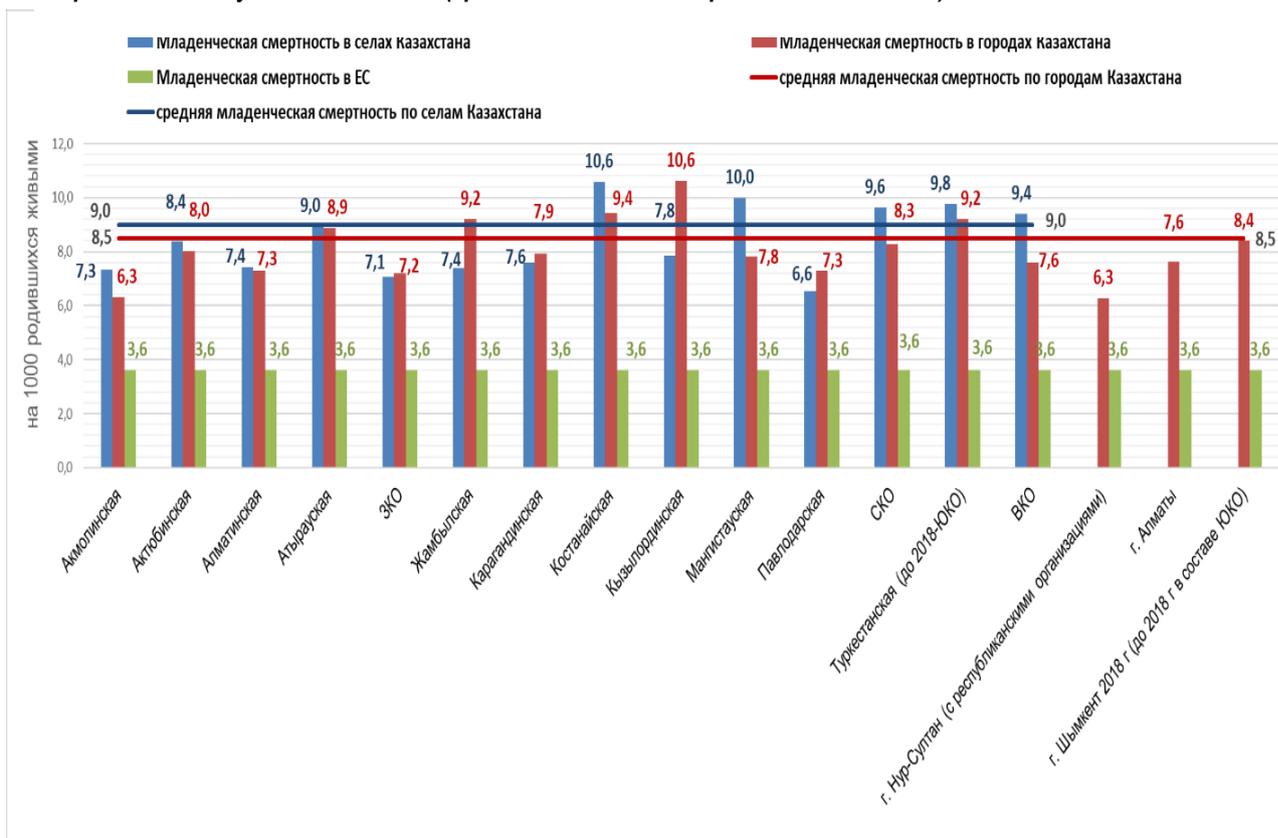
Источник: статистические данные МЗ РК «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2016-2018гг»

Рисунок 931. Показатель материнской смертности в зависимости от регионов Республики Казахстан (средние значения за трехлетний период с 2016 по 2018 годы).



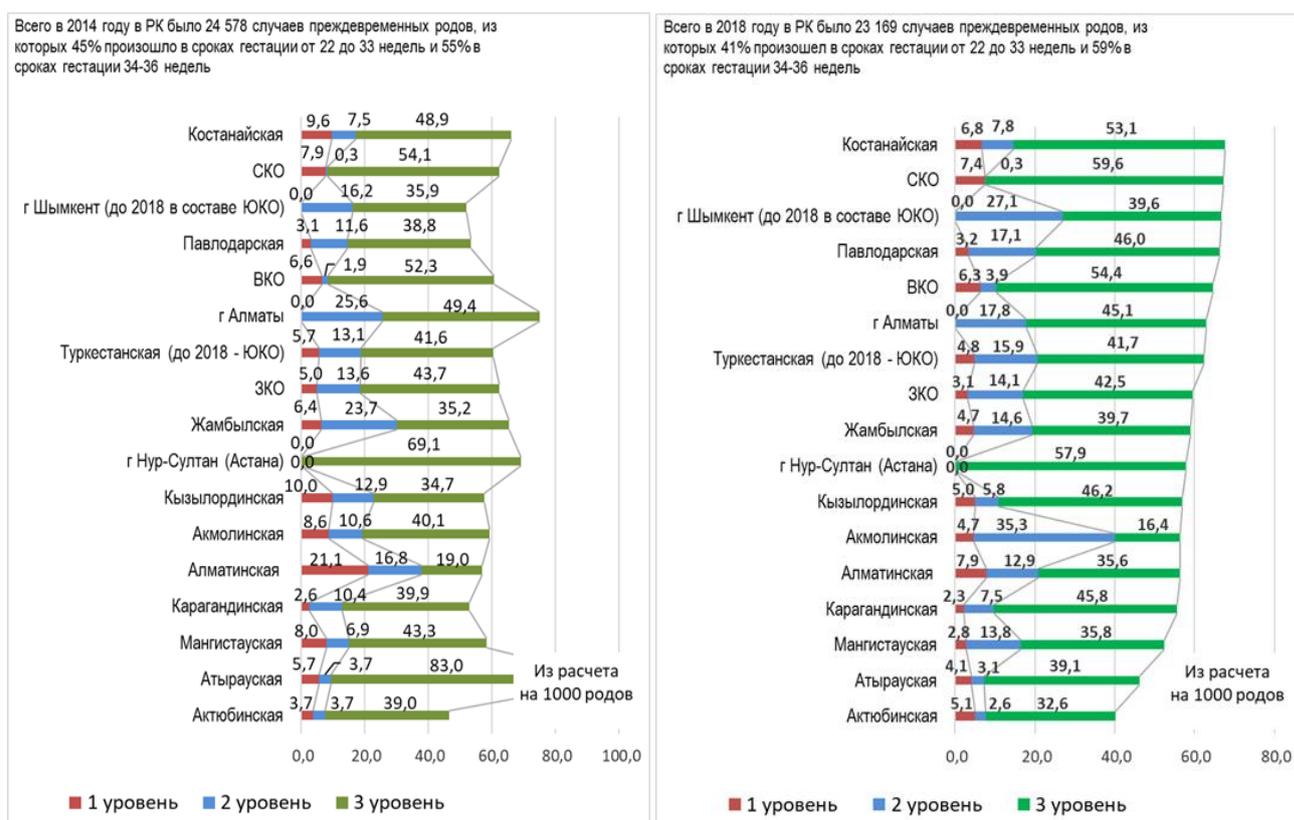
Источник: статистические данные МЗ РК «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2016-2018гг»

Рисунок 22. Показатель младенческой смертности на 1000 родившихся живыми в городе и селе в зависимости от регионов Республики Казахстан (среднее значение за период 2016-2018 годы)



Источник: статистические данные МЗ РК «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2016-2018гг»

Рисунок 23. Распределение преждевременных родов в сроках от 22 до 36 недель гестации по уровням регионализации в зависимости от регионов Республики Казахстан в 2014 и 2018 году.



При существующих возможностях службы родовспоможения, вместо 84%-ой концентрации преждевременных родов на сроках гестации 32-33 и 34-36 недель в родовспомогательных организациях 2 и 3-его уровней, необходимо достичь 90%-го уровня родов на указанных сроках гестации. При этом, особое внимание необходимо обратить на Алматинскую и Туркестанскую области, где регионализация перинатальной помощи соблюдается не в должной мере по сравнению с другими регионами. Детальное описание регионализации для каждого региона страны дано в приложении данного отчета.

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ

1. В структуре материнской и неонатальной смертности преобладают управляемые причины (около 70%), такие как акушерские кровотечения, тяжелая преэклампсия, акушерский сепсис и респираторно-дистресс синдром, неонатальная асфиксия, неонатальный сепсис, которые могут быть существенно снижены при соблюдении технологий эффективной перинатальной помощи и ухода в рутинной практике родовспомогательных организаций всех уровней регионализации. Совершенствование менеджмента непрерывного контроля за качеством на уровне организации, основанного на поощрении хорошей практики, может существенно улучшить ситуацию.

2. Увеличение смертности от тяжелой преэклампсии в структуре материнской смертности и интранатальных потерь новорожденных в весовой категории до 1500 грамм, а также регистрируемый рост оперативного родоразрешения требуют усиления мероприятий по контролю за акушерской агрессией.

3. Анализ материнской и младенческой смертности показал, что среди причин материнской и неонатальной смертности существенный удельный вес приходится на смертность от инфекций, которая практически не снижается в динамике последних лет. Данная ситуация диктует необходимость разработки и внедрения в практику акушерских стационаров национальной программы по профилактике и контролю инфекций, связанных с оказанием акушерской и неонатальной помощи, основанной на риск менеджменте и современных технологиях профилактики инфекций.

4. Показатели мертворождаемости, самопроизвольных выкидышей, доля экстрагенитальной патологии в структуре причин материнской смертности указывают на необходимость усиления мер по укреплению здоровья женщин фертильного возраста и подросткового периода. Улучшение доступа населения к услугам планирования семьи и современным средствам контрацепции, совершенствование антенатального и послеродового наблюдения за женщинами и новорожденными, а также обеспечение эффективного контроля и профилактики инфекций, передаваемых половым путем обеспечат определенный вклад в изменение указанных показателей.

5. 38 родовспомогательных организаций 3-его уровня регионализации обеспечивают 51% всех родов страны. При этом, 90% из них физиологические роды. Существующий уровень загруженности организаций 3-его уровня существенно влияет на качество оказываемой ими помощи, особенно при выхаживании маловесных новорожденных.

6. В рамках проводимой в стране регионализации, основным фактором, регулирующим потоки пациентов, является финансовая заинтересованность родовспомогательных организаций 3-его уровня. Данная ситуация требует разработки и внедрения механизма прогностического моделирования потоков с учетом соблюдения требований регионализации и реальных возможностей родовспомогательных организаций.

7. Организации 3-уровня регионализации имеют больше коечного фонда по сравнению со вторым и первым уровнем. Вместе с тем, данные организации предусмотрены для приема в основном женщин с осложнениями беременности и родов, включая преждевременные роды, которых в стране около 8-10% от всех родов. Соответственно необходимо найти компромисс в обеспечении баланса между необходимым количеством пациентов и ресурсными возможностями обеспечения качества услуг в организациях третьего уровня.

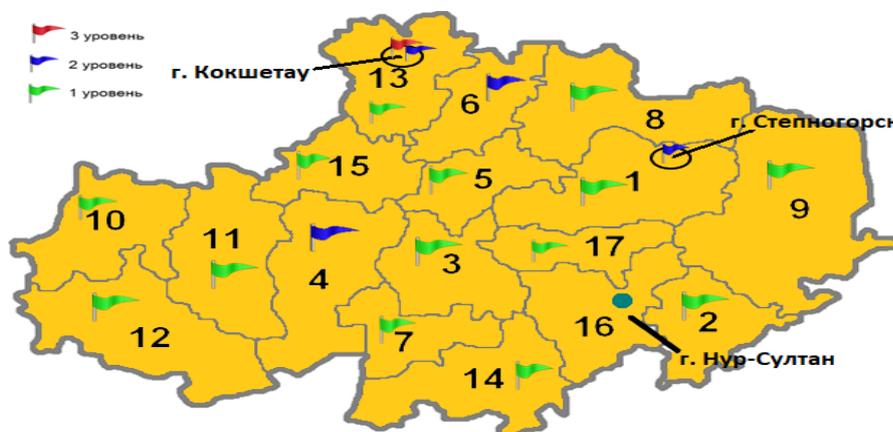
8. Развитие профессионального уровня кадрового потенциала врачей и средних медицинских работников, прежде всего родовспомогательных организаций 3-его уровня, а также приведение их штатного расписания в соответствие с международными стандартами качества, оказываемой помощи и ухода матерям и новорожденным. Развитие родовспомогательных организаций 3-его уровня регионализации должно быть обеспечено до Центров передовой практики в каждом регионе с обеспечением функций практико-ориентированной стажировки медицинских кадров 1 и 2 уровня регионализации, с введением их в реестр образовательных организаций нормативно правового регулирования уполномоченного органа.

Акмолинская область

Акмолинская область занимает площадь, протяженностью 146 219 км² с плотностью населения 5 человек на км². Всего в области население составляет 738 587 человек, среди которых 173 908 женщин фертильного возраста (3,8% от ЖФВ РК).

Административным центром области является город Кокшетау. Акмолинская область имеет следующее административное деление: 17 районов и 2 города областного значения (Кокшетау и Степногорск). Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба в области представлена 19 медицинскими организациями, одно из которых областной перинатальный центр третьего уровня, расположенный в г. Кокшетау. Данное учреждение имеет 88 коек, из которых 63 акушерского профиля. Распределение родовспомогательных организаций по уровню представлена на рисунке 1.

Рисунок 1. Распределение родовспомогательных организаций по районам Акмолинской области



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

В области функционируют 4 медицинские организации 2 уровня и 14 медицинских организаций первого уровня. Это различные районные и многопрофильные больницы, в которых имеются родильные и акушерско-гинекологические отделения (таблица 1).

Таблица 1. Структура районов и административных центров Акмолинской области

№ *	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Административный центр	Количество МО / количество родов		
					1 ур	2 ур	3 ур
	<i>Районы</i>						
1	Аккольский район	2,7	9 400	г. Акколь	1 / 153		
2	Аршалынский район	4,7	5 847	п. Аршалы	1 / 87		
3	Астраханский район	3,2	7 400	с. Астраханка	1 / 133		
4	Атбасарский район	4,5	10 635	г. Атбасар		1 / 525	
5	Буландынский район	5,4	6 400	г. Макинск	1 / 269		
6	Бурабайский район	12,8	5 900	г. Щучинск		1 / 1017	
7	Егиндыкольский район	1,1	5 400	с. Егиндыколь	1 / 25		
8	район Биржан-сал	1,3	11 000	г. Степняк	1 / 33		
9	Ерейментауский район	1,5	17 500	г. Ерейментау	1 / 185		
10	Есильский район	3,0	8 000	г. Есиль	1 / 206		
11	Жаксынский район	1,9	9 700	с. Жаксы	1 / 120		
12	Жаркаинский район	1,2	12 100	г. Державинск	1 / 80		
13	Зерендинский район	4,9	7 800	с. Зеренда	1 / 113		
14	Коргалжынский район	0,9	9 300	с. Коргалжын	1 / 29		
15	Сандыктауский район	2,9	6 400	с. Балкашино	1 / 200		

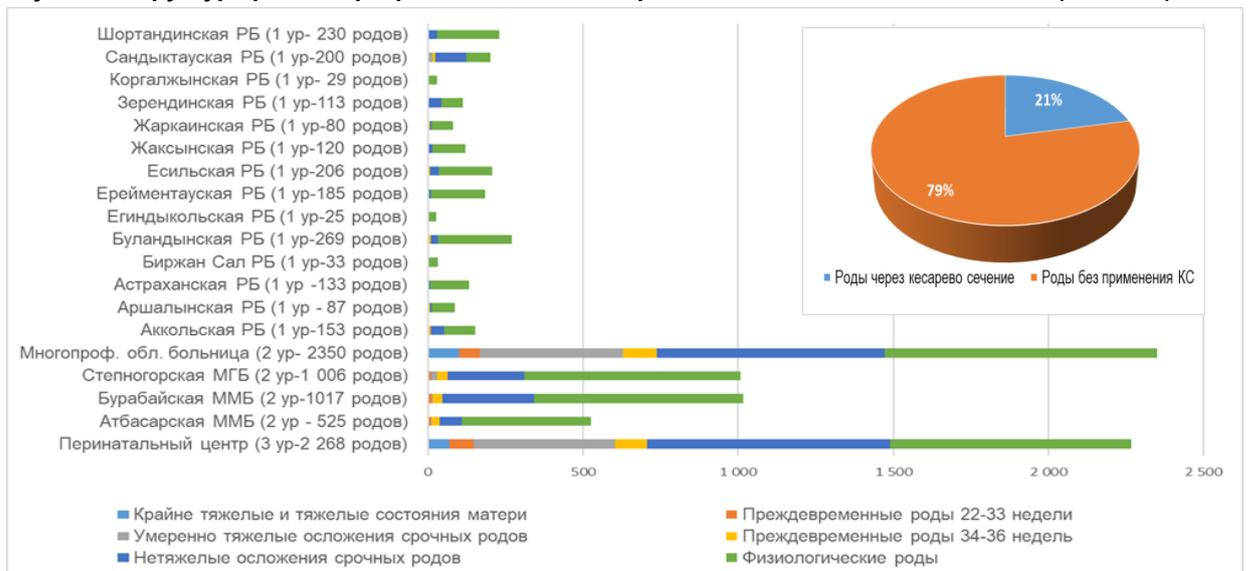
16	Целиноградский район	9,7	7 888	с. Акмол		
17	Шортандинский район	6,3	4 700	п. Шортанды	1 / 230	
<i>Города областного значения</i>						
18	г. Кокшетау	362,9	400		1 / 2350	1 / 2268
19	г. Степногорск	44,6	1 522		1 / 1006	

* № соответствует цифре, проставленной на карте

Таблица 2. Ключевые показатели перинатальной службы Акмолинской области

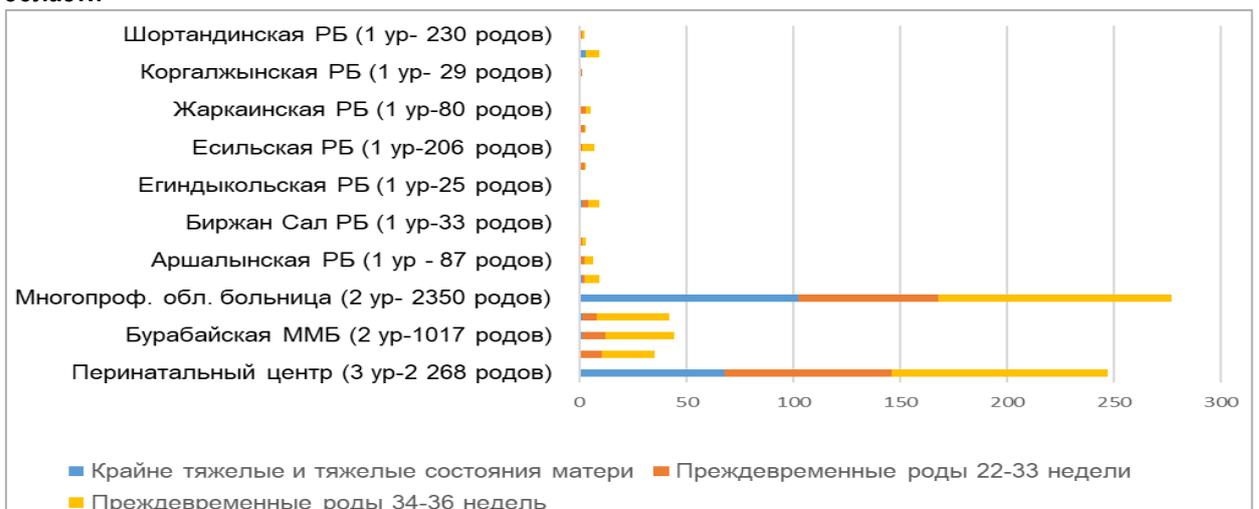
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	Всего
Количество МО	14	4	1	19
Роды	1 863	4 898	2 268	9 029
Среднее количество родов на 1 МО	133	950	2 268	
Количество коек акушерского профиля	48	92	63	203
Роды на 1 койку	38,8	41,3	36	

Рисунок 2. Структура родов в разрезе медицинских организаций Акмолинской области (2018 год)



Источник: ЭРСБ 2018 г

Рисунок 3. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям Акмолинской области



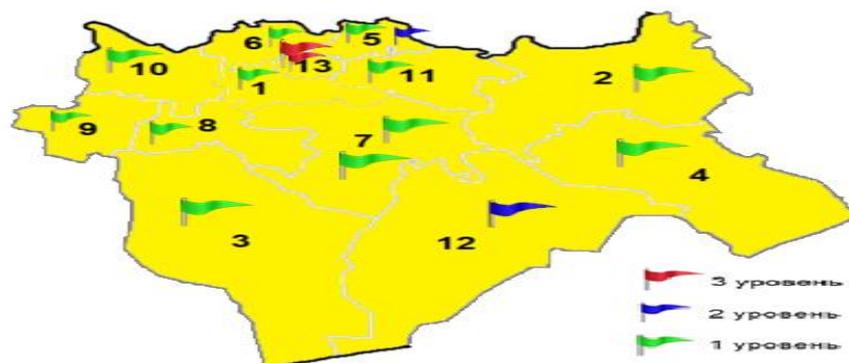
Источник: ЭРСБ 2018 г

Актыбинская область

Актыбинская область занимает второе место по площади в стране, регион расположен на площади протяженностью 300 629 км с плотностью населения 2,9 человека на км². В Актыбинской области проживает 869 637 человек, из них 219 444 женщин фертильного возраста, что составляет 4,8% от всех ЖФВ страны.

Административным центром области является город Актыбинск (Актобе). В области имеется 12 районов. Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба в области представлена 16 медицинскими организациями, из которых 2 учреждения третьего уровня, расположенные в г. Актобе: областной перинатальный центр на 80 акушерских коек и медицинский центр на 40 акушерских коек (рисунок 4).

Рисунок 4. Распределение родовспомогательных организаций по районам Актыбинской области



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

В области функционируют 2 медицинские организации 2 уровня, которые локализованы в северной и юго-восточной части области и 12 медицинских организаций первого уровня (таблица 3.). Это районные и центральные районные больницы, в которых имеются родильные и акушерско-гинекологические отделения.

Таблица 3. Структура районов и административных центров Актыбинской области

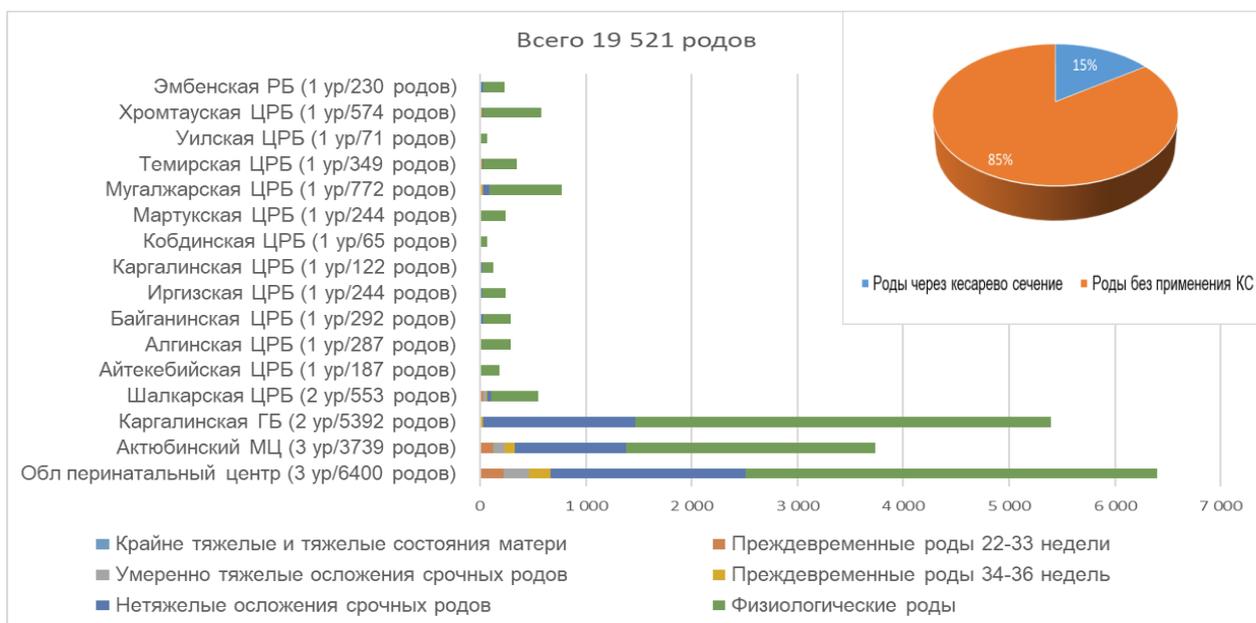
№ *	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Административный центр	Количество МО / количество родов		
					1 ур 	2 ур 	3 ур 
	<i>Районы</i>						
1	Алгинский район	5,4	7 507	г. Алга	1 / 287		
2	Айтекебийский район	0,7	36 800	с. Комсомольское	1 / 187		
3	Байганинский район	0,4	61 000	с. Карауылкельды	1 / 292		
4	Иргизский район	0,4	41 500	с. Иргиз	1 / 244		
5	Каргалинский район	3,4	5 000	п. Бадамша	1 / 122	1 / 5392	
6	Мартукский район	4,5	6 600	с. Мартук	1 / 244		
7	Мугалжарский район	2,3	29 530	г. Кандыагаш	2 / 1002		
8	Темирский район	3,0	12 600	п. Шубаркудук	1 / 349		
9	Уилский район	1,6	11 500	с. Уил	1 / 71		
10	Хобдинский район	1,3	14 000	аул Кобда	1 / 65		
11	Хромтауский район	3,3	12 900	г. Хромтау	1 / 574		
12	Шалкарский район	0,7	62 200	г. Шалкар		1 / 553	
	<i>Города областного значения</i>						
13	Актобе (Актыбинск)	1 674,7	297				2 / 10139

*№ соответствует цифре, проставленной на карте

Таблица 7. Ключевые показатели перинатальной службы Актыбинской области

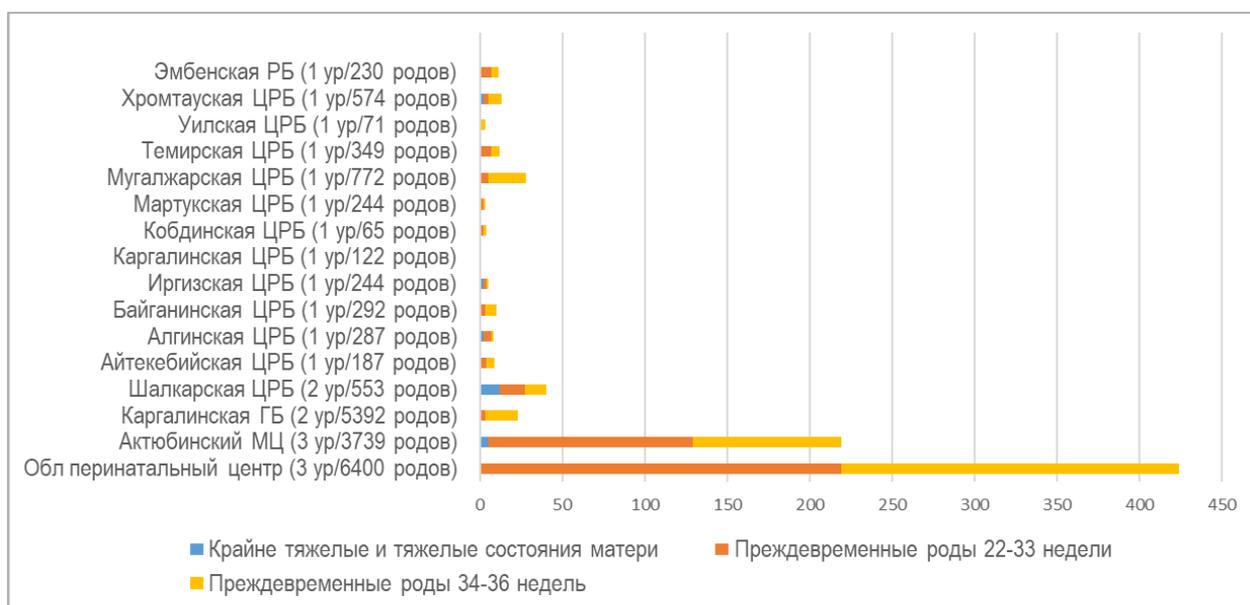
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	Всего
Количество МО	12	2	2	16
Роды	3 437	5 945	10 139	19 521
Среднее количество родов на 1 МО	286	2 973	5 070	
Количество акушерских коек	73	68	120	261
Роды на 1 койку	47,1	87,4	84,5	

Рисунок 5. Структура родов в разрезе медицинских организаций Актыбинской области (2018 год)



Источник: ЭРСБ 2018 г

Рисунок 97. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям Актыбинской области



Источник: ЭРСБ 2018 г

Алматинская область

Алматинская область с населением 2 038 934 человек занимает площадь протяженностью 223 911 км. Плотность населения составляет 8,5 человека на км². Женщин фертильного возраста в области проживает 477 386 или 10,5% от всех ЖФВ страны.

Административным центром области являлся город Талдыкорган. Область имеет 17 районов и 3 города областного значения -Талдыкорган, Капшагай и Текели. Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба в области представлена 24 медицинскими организациями. Четыре организаций третьего уровня регионализации: Есильский родильный дом на 60 акушерских коек, Карасайская центральная районная больница на 75 акушерских коек и многопрофильная Алматинская клиническая больница на 40 коек акушерского профиля, расположенные в юго-западной части области, а также областной перинатальный центр на 70 акушерских коек в центральной части области (рисунок 7).

Рисунок 98. Распределение родовспомогательных организаций по районам Алматинской области



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

Таблица 8. Структура районов и административных центров Алматинской области

№ *	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Количество МО/количество родов		
				1 ур	2 ур	3 ур
<i>Районы</i>						
1	Аксуский район	3,1	12600	1 / 296		
2	Алакольский район	2,9	23700	2 / 961		
3	Балхашский район	0,8	37400	1 / 380		
4	Енбекшиказахский р-н	8,0	8300	1 / 575		1 / 4447
5	Ескельдинский район	1,2	4300	1 / 773		
6	Жамбылский район	4,4	19300	2 / 2587		
7	Илийский район	5,6	7800		1 / 4687	1 / 2143
8	Карасайский район	7,2	2000			1 / 6298
9	Каратальский район	1,3	24200	1 / 412		
10	Кегенский район	0,5	7 103	1 / 310		
11	Кербулакский район	1,3	11500	1 / 395		
12	Коксуский район	1,1	7100	1 / 547		
13	Панфиловский район	3,5	10600		1 / 2939	
14	Райымбекский район	1,1	14200	1 / 360		
15	Саркандский район	1,0	24400	1 / 368		
16	Талгарский район	5,3	3700		1 / 3193	
17	Уйгурский район	1,7	8787	1 / 727		
<i>Города областного значения</i>						
18	г. Талдыкорган	1 964,9	74			1 / 6549
19	г. Капшагай	812,5	56,03	1 / 1210		
20	г. Текели	183,7	174	1 / 311		

*№ соответствует цифре, представленной на карте

В области функционируют 3 медицинские организации 2 уровня, которые также локализованы южной, юго-западной и юго-восточной частях области и 17 медицинских организаций первого уровня (таблица 6). Это районные, центральные районные больницы, в которых имеются акушерско-гинекологические отделения или койки.

Таблица 6. Ключевые показатели перинатальной службы Алматинской области

	1 уровень	2 уровень	3 уровень	Всего
Количество МО	17	3	4	24
Роды	10 212	10 819	19 437	40 468
Среднее количество родов на 1 МО	601	3 606	4 859	
Количество акушерских коек	307	118	245	670
Роды на 1 койку	33,3	91,7	79,3	

Рисунок 8. Структура родов в разрезе медицинских организаций Алматинской области (2018 год)



Источник: данные ЭРСБ 2018 г

Рисунок 9. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям Алматинской области



Источник: данные ЭРСБ 2018 г

Атырауская область

Атырауская область расположена на западе Республики Казахстан и занимает площадь, протяженностью 118 631 км². Население области 642 104 человек и плотность населения 5,33 человека на км². В области проживает 150 853 женщин фертильного возраста или 3,3% от ЖФВ РК.

Административным центром области является город Атырау. Область состоит из 7 районов и областного центра г. Атырау. Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба в области представлена 10 медицинскими организациями: третьего уровня - областной перинатальный центр в г. Атырау (250 коек из них 135 акушерского профиля), 2 уровня – один и 1 уровня – восемь медицинских организаций (рисунок 10).

Рисунок 99. Распределение родовспомогательных организаций по районам Атырауской области



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

Таблица 7. Структура районов и административных центров Атырауской области

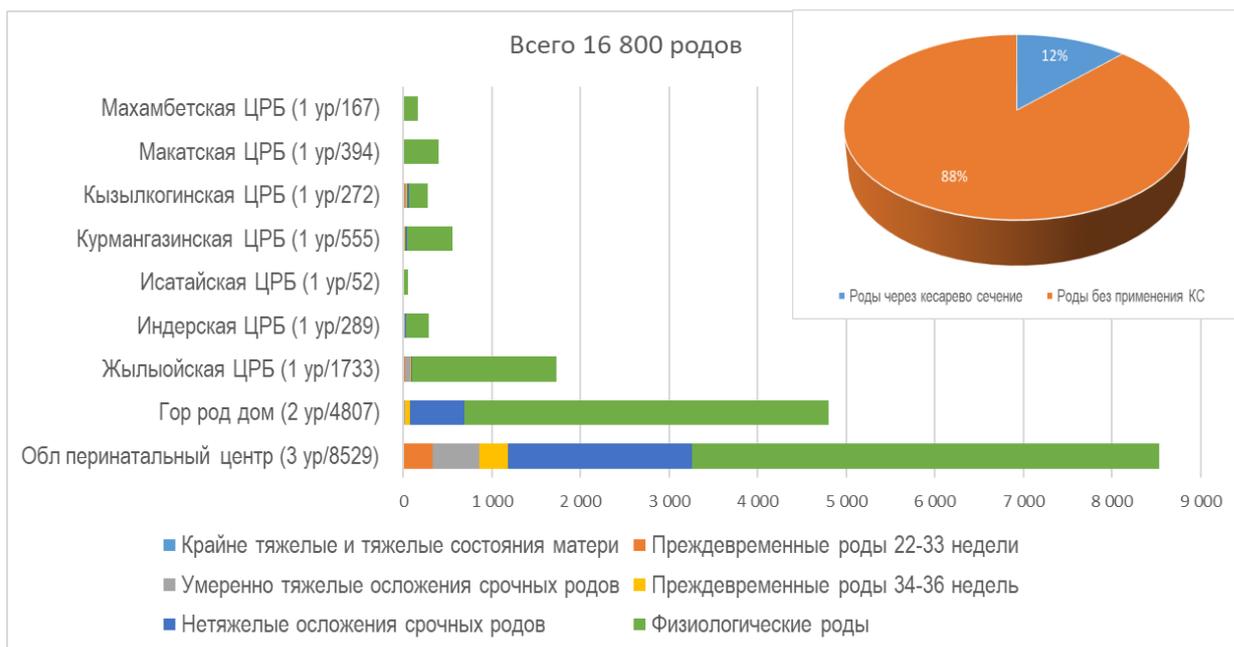
№ *	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Административный центр	Количество МО / количество родов		
					1 ур	2 ур	3 ур
	<i>Районы</i>						
1	Жылыойский район	2,8	29 400	г. Кульсары	1 / 1733		
2	Индерский район	2,9	10 900	п. Индерборский	1 / 289		
3	Исатайский район	1,8	14 700	с. Аккистау	1 / 52		
4	Кзылкогинский район	1,2	24 900	с. Миялы	1 / 272		
5	Курмангазинский район	2,8	20 800	с. Курмангазы	1 / 555		
6	Макатский район	6,2	4 900	п. Макат	1 / 394		
7	Махамбетский район	3,6	9 600	с. Махамбет	1 / 167		
	<i>Города областного значения</i>						
8	город Атырау	3 798,9	71			1 / 4807	1 / 8529

*№ соответствует цифре, проставленной на карте

Таблица 8. Ключевые показатели перинатальной службы Атырауской области

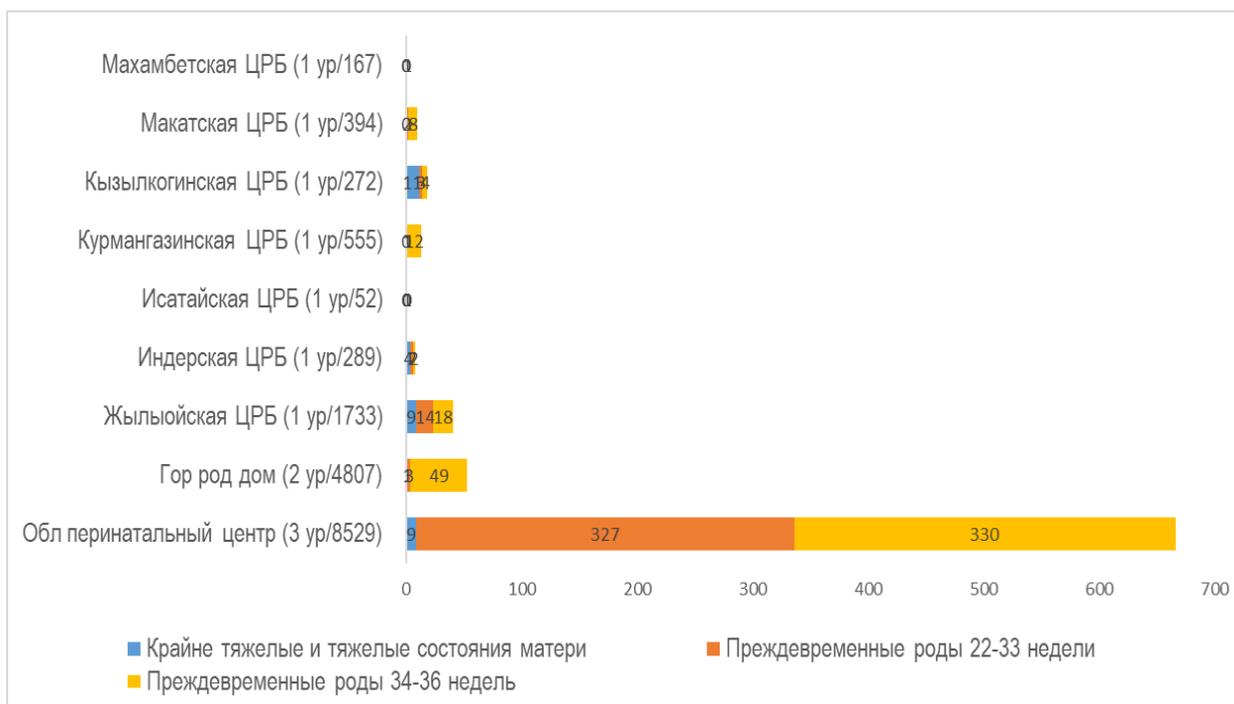
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	Всего
Количество МО	8	1	1	10
Роды	3 464	4 807	8 529	16 800
Среднее количество родов на 1 МО	433	4 807	8 529	
Общее количество коек	560	100	250	910
Количество коек акушерского профиля	67	58	135	260
Роды на 1 койку акушерского профиля	51,7	82,9	63,2	

Рисунок 100. Структура родов в разрезе медицинских организаций Атырауской обалсти (2018 год)



Источник: ЭРСБ 2018 г (плюс 1 областная больница, в которой нет родовспоможения, причисленная к 1 уровню, принявшая в 2018 году 2 физиологических родов)

Рисунок 12. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям Атырауской области



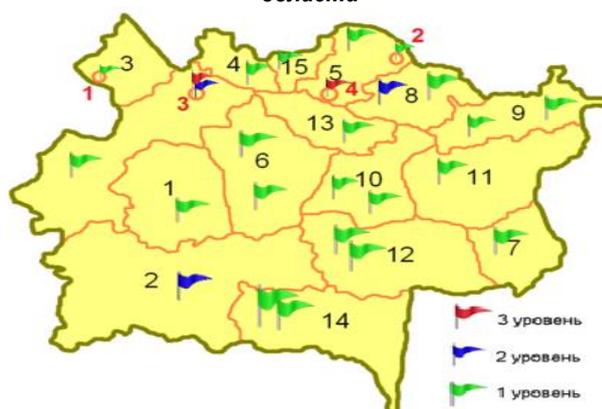
Источник: ЭРСБ 2018 г

Восточно-Казахстанская область

Восточно-Казахстанская область занимает площадь, протяженностью 283 226 км² с плотностью населения 4,86 чел. на км². В области проживает 1 378 527 человек, из которых 324 975 женщины фертильного возраста (7,2% от ЖФВ РК).

Административным центром области является город Усть-Каменогорск. Область имеет 15 районов и 4 города: Усть-Каменогорск, Курчатов, Риддер, Семей. Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба в области представлена 26 медицинскими организациями, из которых две организации третьего уровня: Центр матери и ребенка (516 коек) в г.Усть-Каменогорск и Перинатальный центр (190 коек) в городах Семей (рисунок 13).

Рисунок 1101. Распределение родовспомогательных организаций по районам Восточно-Казахстанской области



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

Таблица 9. Структура районов и административных центров Восточно-Казахстанской области

№ *	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Административный центр	Количество МО/количество родов		
					1 ур	2 ур	3 ур
	<i>Районы</i>						
1	Абайский	0,7	20 093	с. Карааул	1 / 40		
2	Аягозский	1,5	49 558	г. Аягоз		1 / 986	
3	Бескарагайский	1,6	11 400	с. Бескарагай	1 / 27		
4	Бородулихинский	5,1	6 990	с. Бородулиха	1 / 102		
5	Глубоковский	8,5	7 300	п. Глубокое	1 / 162		
6	Жарминский	1,7	22 600	с. Калбатау	2 / 201		
7	Зайсанский	3,5	10 500	г. Зайсан	1 / 413		
8	Алтайский	6,3	10 500	г. Алтай	1 / 14	1 / 569	
9	Катон-Карагайский	1,8	13 167	с. Улькен-Нарын	2 / 65		
10	Кокпектинский	1,9	14 575	с. Кокпекты	2 / 130		
11	Куршимский	1,0	23 200	с. Куршим	1 / 77		
12	Тарбагатайский	1,6	23 732	с. Аксуат	2 / 234		
13	Уланский	4,1	9 610	п. Касыма Кайсенова	1 / 1		
14	Урджарский	3,2	23 400	с. Урджар	2 / 728		
15	Шемонаихинский	10,1	4 000	г. Шемонаиха	1 / 203		
	<i>Города областного значения</i>						
1	Курчатов	112,8	110		1 / 6		
2	Риддер (Лениногорск)	732,1	78		1 / 531		
3	Семей	1 538,8	210			1 / 1	1 / 8175
4	Усть-Каменогорск	614,1	540				1 / 8689

*№ соответствует цифре, проставленной на карте

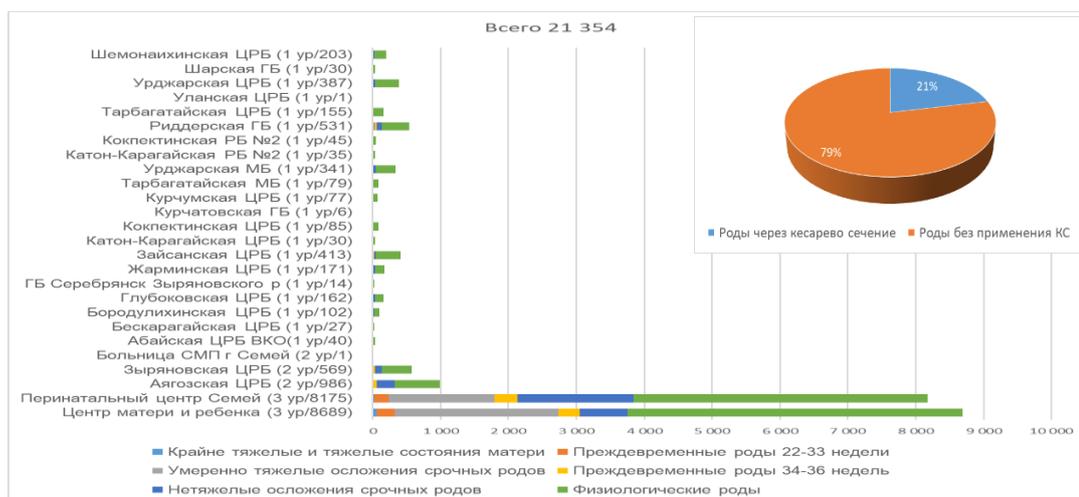
В области функционирует 3 медицинские организации 2 уровня, которые локализованы в северной и юго-западной частях и 21 медицинская организация первого уровня (таблица 10). Это

различные районные и центральные районные больницы, в которых имеются родильные и акушерско-гинекологические отделения.

Таблица 10. Ключевые показатели перинатальной службы Восточно-Казахстанской области

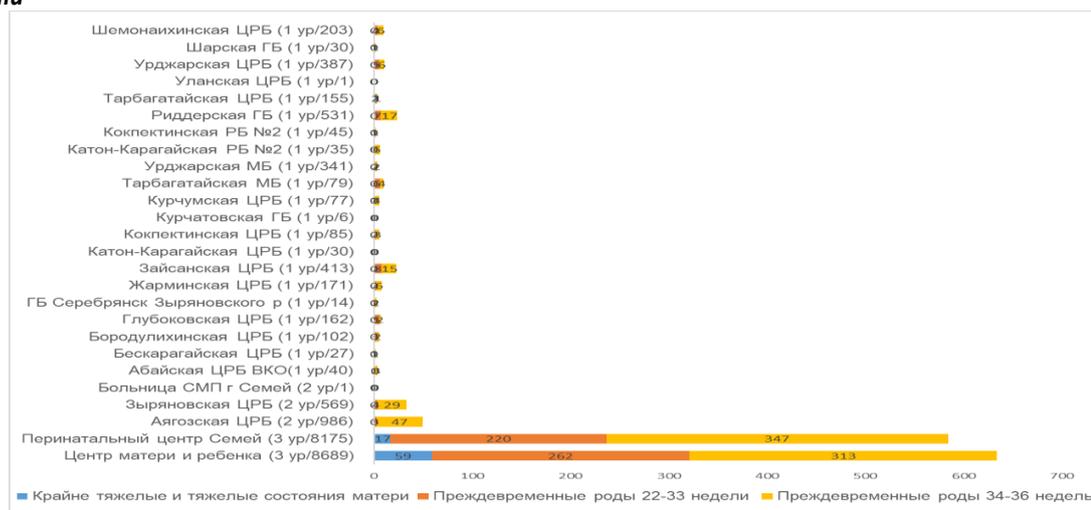
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	Всего
Количество МО	21	3	2	26
Роды	2 934	1 556	16 864	21 354
Среднее количество родов на 1 МО	140	519	8 432	
Общее количество коек	1 380	761	706	2 847
Количество коек акушерского профиля	85	31	205	321
Роды на 1 койку акушерского профиля	34,5	50,2	82,3	

Рисунок 14. Структура родов в разрезе медицинских организаций Восточно-Казахстанской области (2018 год)



Источник: ЭРСБ 2018 г (примечание в Больнице СМП Семей в 2018 году рожала всего одна женщина)

Рисунок 15. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям Восточно-Казахстанской области

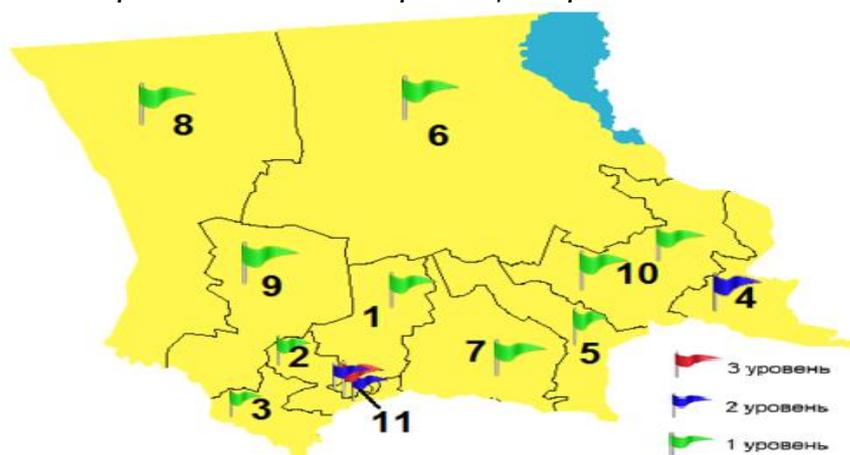


Источник: ЭРСБ 2018 г

Жамбылская область

Жамбылская область находится на юге Республики Казахстан и занимает площадь, протяженностью 144 264 км² с плотность населения 7,79 человека на км². Население области 1 125 442 человек, из которых 257 863 (женщин фертильного возраста (5,7% от ЖФВ РК) Административным центром области является город Жамбыл. Область состоит из 10 районов и 1 областного города. Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба в области представлена 14 медицинскими организациями, из которых третьего уровня областной перинатальный центр (237 коек) в городе Тараз, второго уровня 3 и первого уровня 10 организаций (рисунок 16).

Рисунок 16. Распределение родовспомогательных организаций по районам Жамбылской области



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

Таблица 11. Структура районов и административных центров Жамбылской области

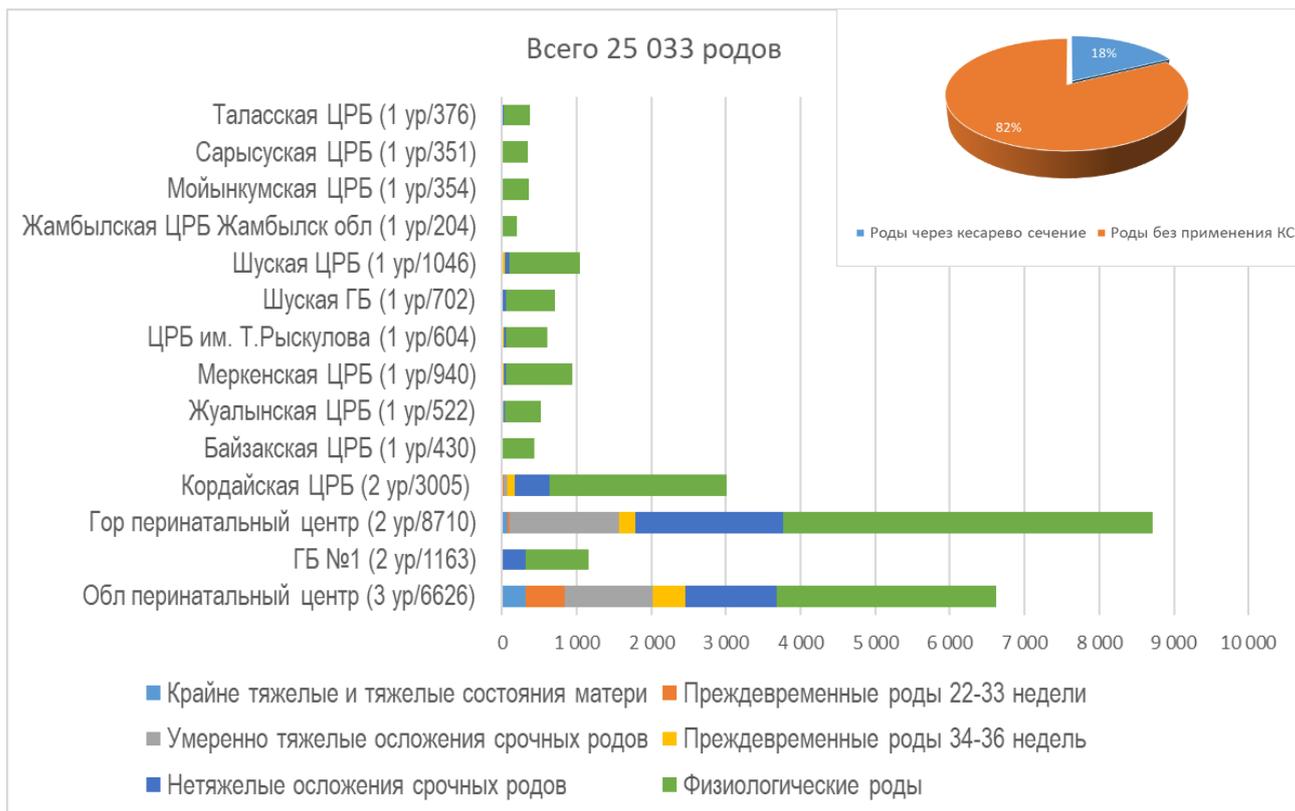
№ *	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Административный центр	Количество МО / количество родов		
					1 ур	2 ур	3 ур
	<i>Районы</i>						
1	Байзакский район	23,5	4 500	с. Сарыкемер	1 / 430		
2	Жамбылский район	19,3	4 300	с. Аса	1 / 204		
3	Жуалынский район	12,4	4 200	с. Б. Момышулы	1 / 522		
4	Кордайский район	16,0	8 973	с. Кордай		1 / 3005	
5	Меркенский район	11,9	7100	с. Мерке	1 / 940		
6	Мойынкумский район	0,6	50 400	с. Мойынкум	1 / 354		
7	Район им Т. Рыскулова	6,1	10 500	с. Кулан	1 / 604		
8	Сарысуский район	1,4	31 300	г. Жанатас	1 / 351		
9	Таласский район	4,5	12 200	г. Каратау	1 / 376		
10	Шуский район	8,5	12 000	с. Толе Би	2 / 1748		
	<i>Города областного значения</i>						
11	город Тараз	1 903,1	188			2 / 9873	1 / 6626

*№ соответствует цифре, проставленной на карте

Таблица 12. Ключевые показатели перинатальной службы Жамбылской области

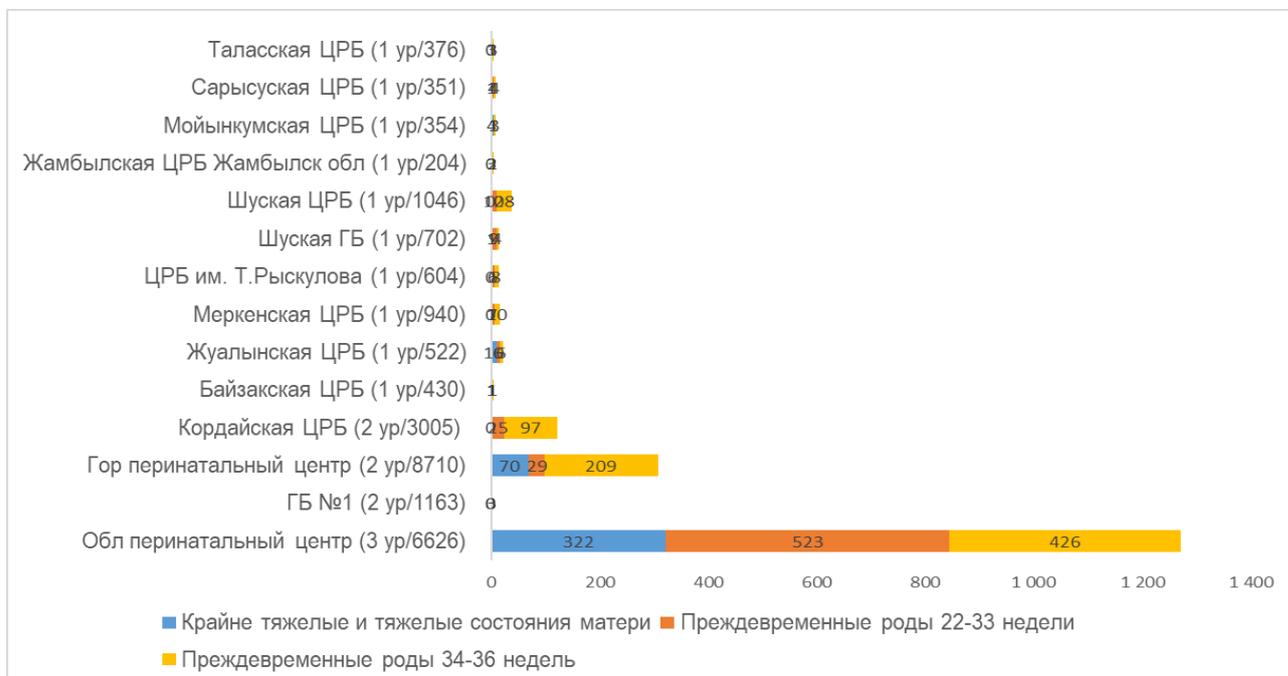
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	Всего
Количество МО	10	3	1	14
Роды	5 529	12 878	6 626	25 033
Среднее количество родов на 1 МО	553	4 293	6 626	
Общее количество коек	1 218	842	237	2 297
Количество коек акушерского профиля	53	186	100	339
Роды на 1 койку акушерского профиля	104,3	69,2	66,3	

Рисунок 17. Структура родов в разрезе медицинских организаций Жамбылской области (2018 год)



Источник: ЭРСБ 2018 г

Рисунок 18. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям Жамбылской области



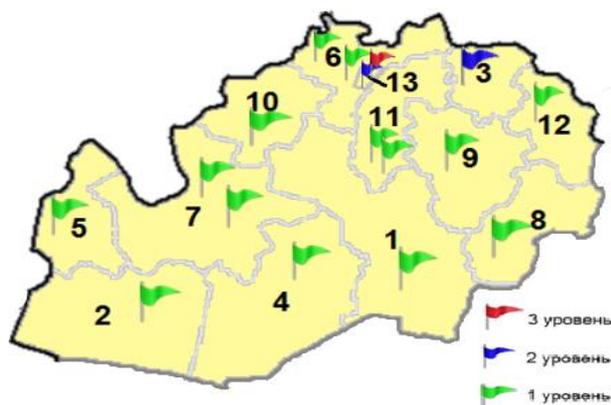
Источник: ЭРСБ 2018 г

Западно-Казахстанская область

Западно-Казахстанская область занимает площадь, протяженностью 151 339 км² и плотностью населения 4,3 человека на км². Население области составляет 653 775 человек, из которых 157 282 женщины фертильного возраста (3,5% от ЖФВ РК).

Область состоит из 12 районов и областного центра - город Уральск. Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба в области представлена 17 медицинскими организациями: третьего уровня областной перинатальный центр (165 коек) в г. Уральск, второго уровня 2 и первого уровня 14 организаций (рисунок 19).

Рисунок 19. Распределение родовспомогательных организаций по районам Западно-Казахстанской области



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

Таблица 13. Структура районов и административных центров Западно-Казахстанской области

№ *	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Административный центр	Количество МО / количество родов		
					1 ур	2 ур	3 ур
	<i>Районы</i>						
1	Акжайыкский район	1,6	25 200	с. Чапаев	1 / 106		
2	Бокейординский район	0,8	19 214	с. Сайхин	1 / 33		
3	Бурлинский район	10,0	5 600	г. Аксай		1 / 791	
4	Жангалинский район	1,2	20 800	с. Жангала	1 / 33		
5	Жанибекский район	2,0	8 200	с. Жанибек	1 / 117		
6	Байтерекский район	7,8	7 400	с. Перемётное	2 / 40		
7	Казталовский район	1,6	18 600	с. Казталовка	2 / 125		
8	Каратобинский район	1,5	10 000	с. Каратобе	1 / 8		
9	Сырымский район	1,6	11 900	аул Жымпиты	1 / 69		
10	Таскалинский район	2,1	8 100	с. Таскала	1 / 15		
11	Теректинский район	4,5	8 400	с. Фёдоровка	2 / 61		
12	Чингирлауский район	2,0	7 200	с. Чингирлау	1 / 20		
	<i>Города областного значения</i>						
13	город Уральск	1 113,8	210			1 / 5326	1 / 6329

*№ соответствует цифре, проставленной на карте

Таблица 14. Ключевые показатели перинатальной службы Западно-Казахстанской области

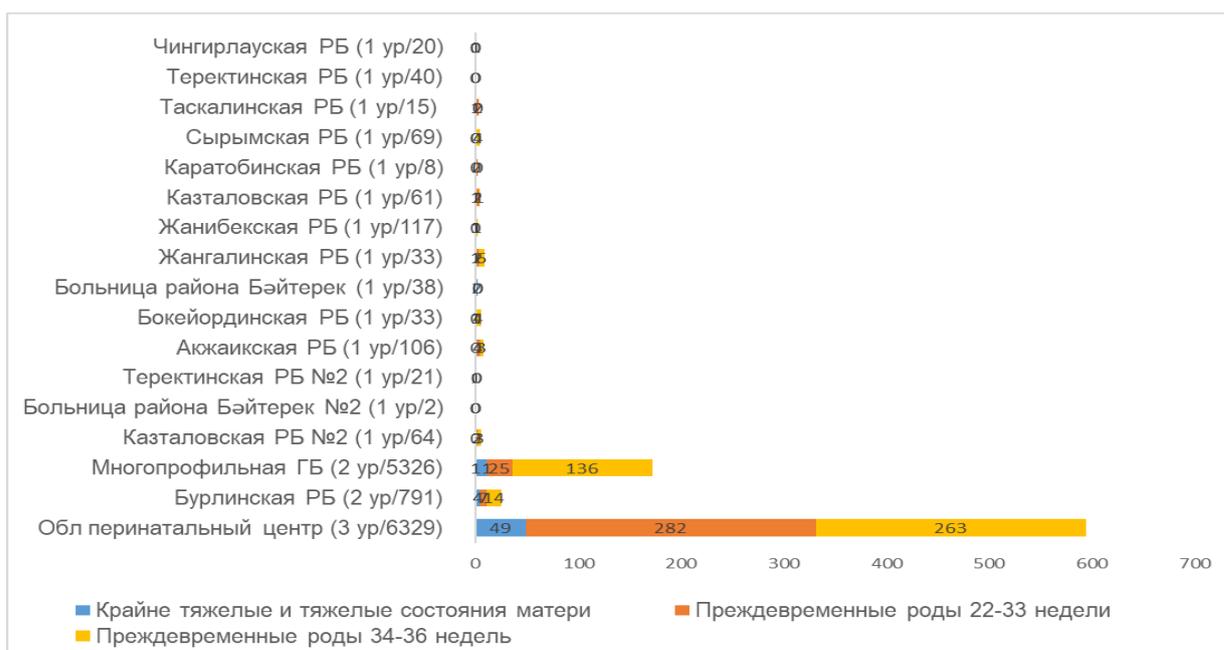
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	Всего
Количество МО	14	2	1	17
Роды	627	6 117	6 329	13 073
Среднее количество родов на 1 МО	45	3 058	6 329	
Общее количество коек	775	425	165	1 365
Количество коек акушерского профиля	43	90	60	193
Роды на 1 койку акушерского профиля	14,6	68,0	105,5	

Рисунок 20. Структура родов в разрезе медицинских организаций Западно-Казахстанской области (2018 год)



Источник: ЭРСБ 2018 г

Рисунок 21. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям Западно-Казахстанской области



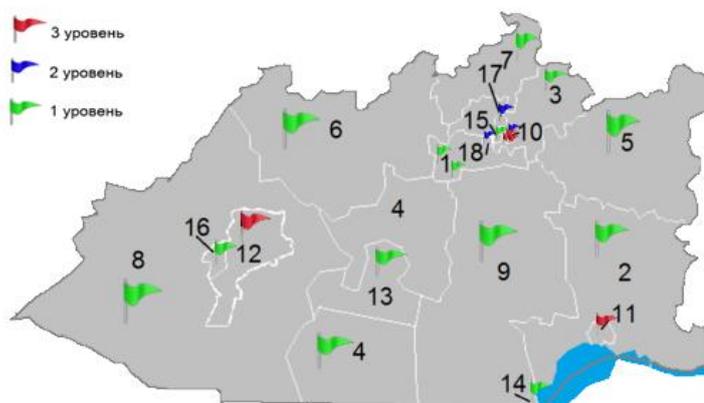
Источник: ЭРСБ 2018 г

Карагандинская область

Карагандинская область занимает площадь, протяженностью 427 982 км² с плотностью населения 3,2 человека на км². Всего в области проживает 1 378 533 человек, из которых 339 576 женщин фертильного возраста (7,5% от ЖФВ РК).

Карагандинская область имеет 9 городов и 9 районов. Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба в области представлена 22 медицинскими организациями, из которых 5 организаций третьего уровня: областной и городские перинатальные центры (185, 96 и 123 койки соответственно), областная клиническая больница с общим коечным фондом 460 коек и городская центральная больница на 295 коек в городах Караганда, Жезказган и Балхаш. Три медицинские организации второго уровня и 14 первого уровня (рисунок 22).

Рисунок 22. Распределение родовспомогательных организаций по районам Карагандинской области



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

В области функционирует 3 медицинские организации 2 уровня, которые располагаются в северо-восточной части и 14 медицинских организаций первого уровня (таблица 40). Это различные центральные районные больницы, в которых имеются родильные и акушерско-гинекологические отделения.

Таблица 15. Структура районов и административных центров Карагандинской области

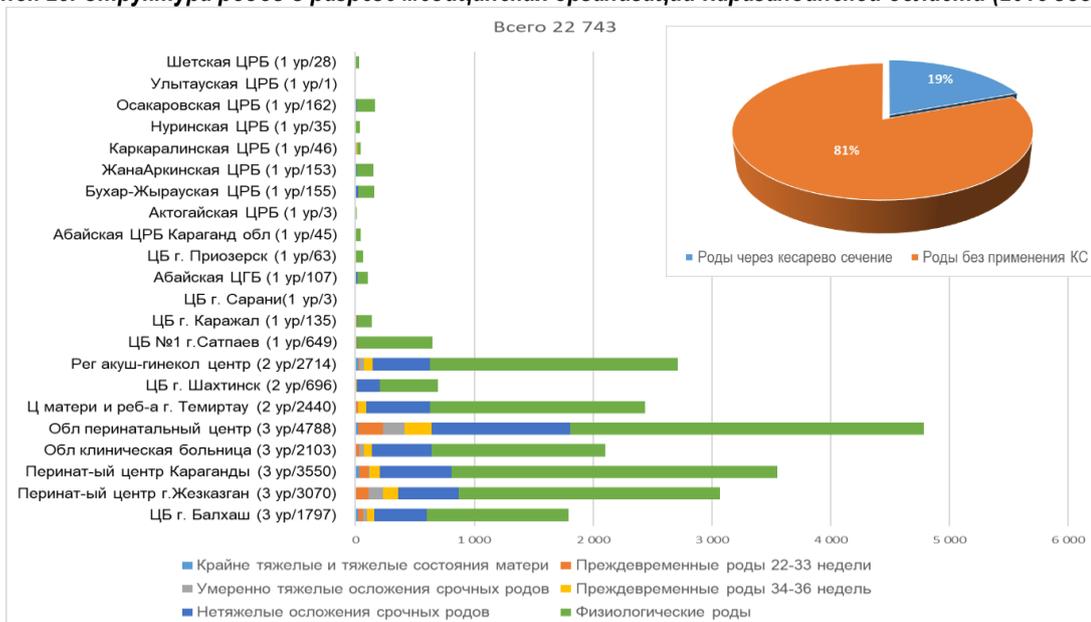
№ *	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Административный центр	Количество МО / количество родов		
					1 ур	2 ур	3 ур
<i>Районы</i>							
1	Абайский район	9,0	6 500	г. Абай	2 / 152		
2	Актогайский район	0,3	52 000	с. Актогай	1 / 3		
3	Бухар-Жырауский район	3,9	14 576	п. Ботакара	1 / 155		
4	Жанааркинский район	0,7	50 900	п. Атасу	1 / 153		
5	Каркаралинский район	0,6	65 000	г. Каркаралинск	1 / 46		
6	Нуринский район	0,5	46 326	п. Нура	1 / 35		
7	Осакаровский район	2,5	12 694	п. Осакаровка	1 / 162		
8	Улытауский район	0,1	121 694	с. Улытау	1 / 1		
9	Шетский район	0,6	65 694	с. Аксу-Аюлы	1 / 28		
<i>Города областного значения</i>							
10	город Караганда	1796,0	279			1 / 2714	3 / 10441
11	город Балхаш	317,0	230				1 / 1797
12	город Жезказган	1 855,3	47				1 / 3070
13	город Каражал	0,6	12 662		1 / 135		
14	город Приозёрск	244,6	55		1 / 63		
15	город Сарань	248,7	174		1 / 3		
16	город Сатпаев	55,9	1 100		1 / 649		
17	город Темиртау	605,5	296			1 / 2440	
18	город Шахтинск	1 1882,7	20			1 / 696	

*№ соответствует цифре, проставленной на карте

Таблица 16. Ключевые показатели перинатальной службы Карагандинской области

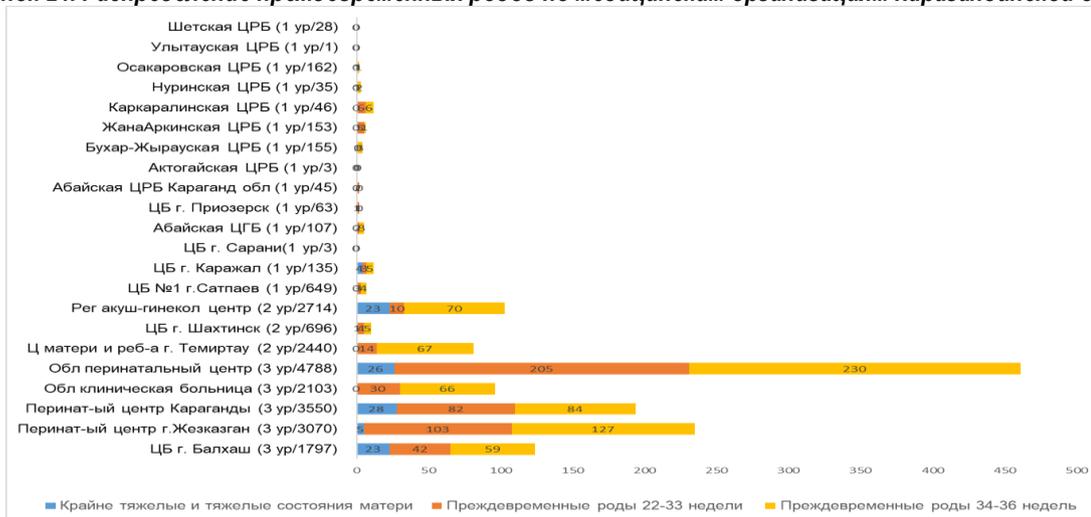
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	Всего
Количество МО	14	3	5	22
Роды	1 585	5 850	15 308	22 743
Среднее количество родов на 1 МО	113	1 950	3 062	
Общее количество коек	957	577	1 159	2 693
Количество коек акушерского профиля	90	138	232	460
Роды на 1 койку акушерского профиля	17,6	42,4	66,0	

Рисунок 23. Структура родов в разрезе медицинских организаций Карагандинской области (2018 год)



Источник: ЭРСБ 2018 г

Рисунок 24. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям Карагандинской области



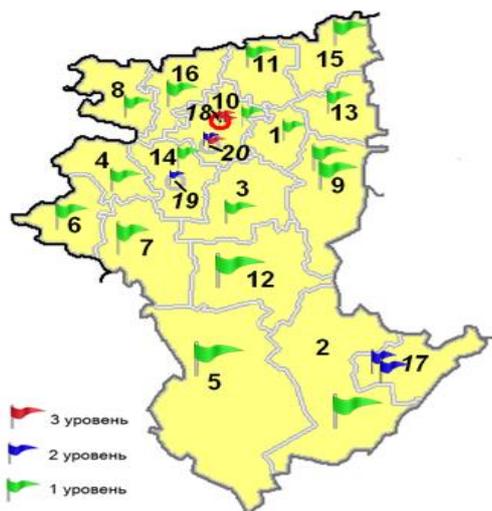
Источник: ЭРСБ 2018 г

Костанайская область

Костанайская область занимает площадь 196 001 км². и плотностью населения 4,45 человека на км². Население составляет 872 795 человек, из которых 217 002 женщин фертильного возраста (4,8% от ЖФВ РК).

Административным центром области является город Костанай. Область состоит из 4 городов и 16 районов. Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба в области представлена 24 медицинскими организациями, из которых три третьего уровня: два перинатальных центра (205 и 91 коек) и областная больница (306 коек). В области 4 организаций второго уровня и 17 первого уровня (рисунок 25).

Рисунок 25. Распределение родовспомогательных организаций по районам Костанайской области



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

Таблица 17. Структура районов и административных центров Костанайской области

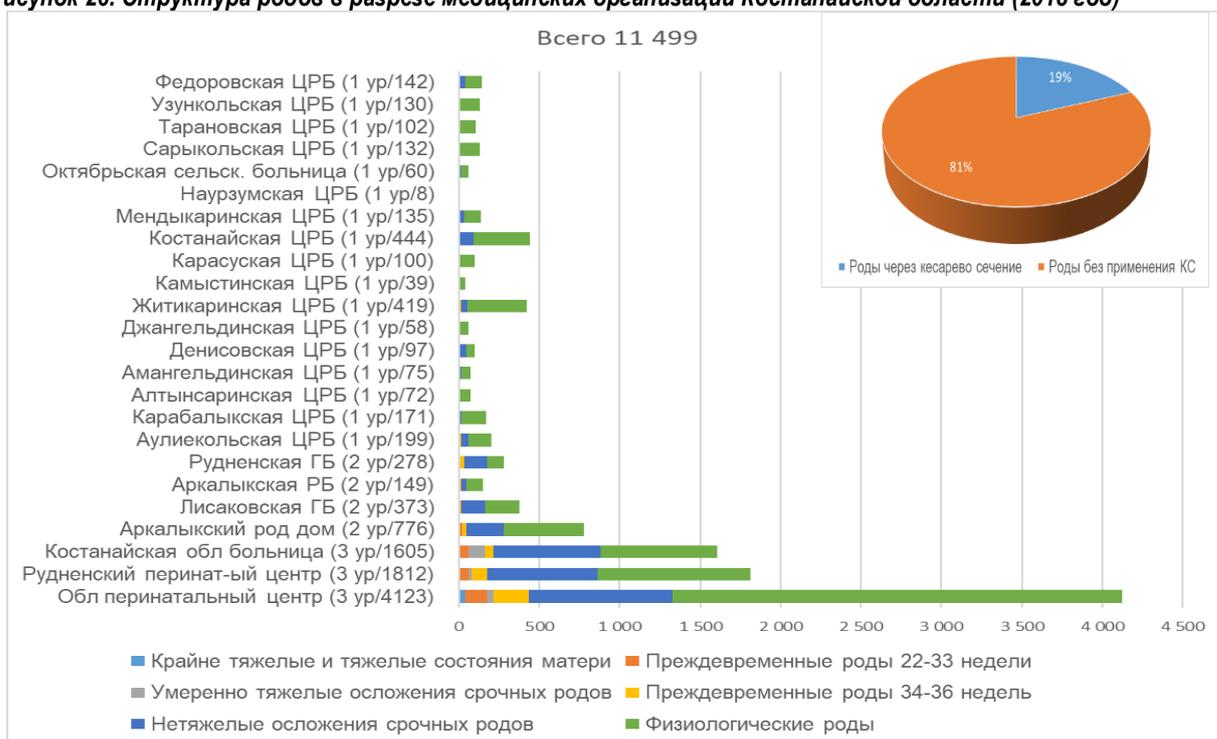
№ *	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Административный центр	Количество МО / количество родов		
					1 ур	2 ур	3 ур
	<i>Районы</i>						
1	Алтынсаринский район	2,2	6 400	с. Убаганское	1 / 72		
2	Амангельдинский район	0,7	22 600	с. Амангельды	1 / 75		
3	Аулиекольский район	3,8	11 100	с. Аулиеколь	1 / 199		
4	Денисовский район	2,7	6 700	с. Денисовка	1 / 97		
5	Джангельдинский район	0,3	37 600	с. Тургай	1 / 58		
6	Житикаринский район	6,9	7 312	с. Житикара	1 / 419		
7	Камыстинский район	1,0	12 100	с. Камысты	1 / 29		
8	Карабалыкский район	4,0	6 900	п. Карабалык	1 / 171		
9	Карасуский район	2,0	12 800	с. Карасу	2 / 160		
10	Костанайский район	9,5	7 500	п. Затобольск	1 / 444		
11	Мендыкаринский район	4,1	6 610	с. Боровской	1 / 135		
12	Наурзумский район	0,7	15 200	с. Караменды	1 / 8		
13	Сарыкольский район	3,4	6 116	п. Сарыколь	1 / 132		
14	Район Беимбета Майлина	3,3	7 600	с. Айет	1 / 102		
15	Узункольский район	2,9	7 157	с. Узунколь	1 / 130		
16	Фёдоровский район	3,5	7 200	с. Фёдоровка	1 / 142		
	<i>Города областного значения</i>						
17	город Аркалык	2 824,8	10			2 / 925	
18	город Костанай	1 012,6	240				2 / 5728
19	город Лисаковск	360,1	100			1 / 373	
20	город Рудный	597,4	193			1 / 278	1 / 1812

*№ соответствует цифре, проставленной на карте

Таблица 18. Ключевые показатели перинатальной службы Костанайской области

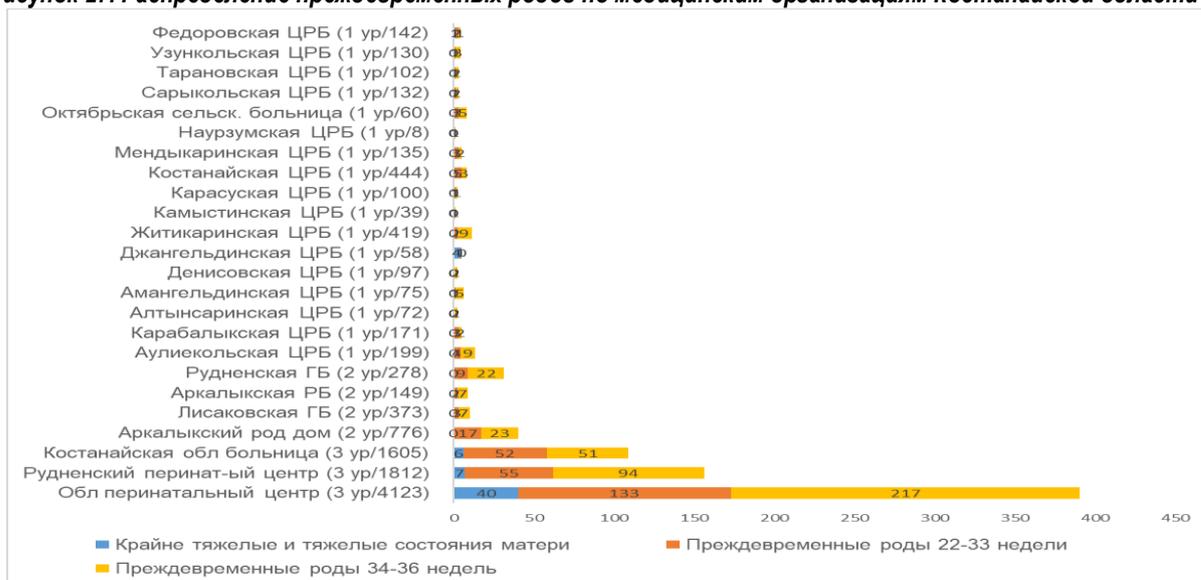
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	Всего
Количество МО	17	4	3	24
Роды	2 383	1 576	7 540	11 499
Среднее количество родов на 1 МО	140	394	2513	
Общее количество коек	885	596	602	2 083
Количество коек акушерского профиля	88	77	116	281
Роды на 1 койку акушерского профиля	27,1	20,5	65,0	

Рисунок 26. Структура родов в разрезе медицинских организаций Костанайской области (2018 год)



Источник: ЭРСБ 2018 г

Рисунок 27. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям Костанайской области



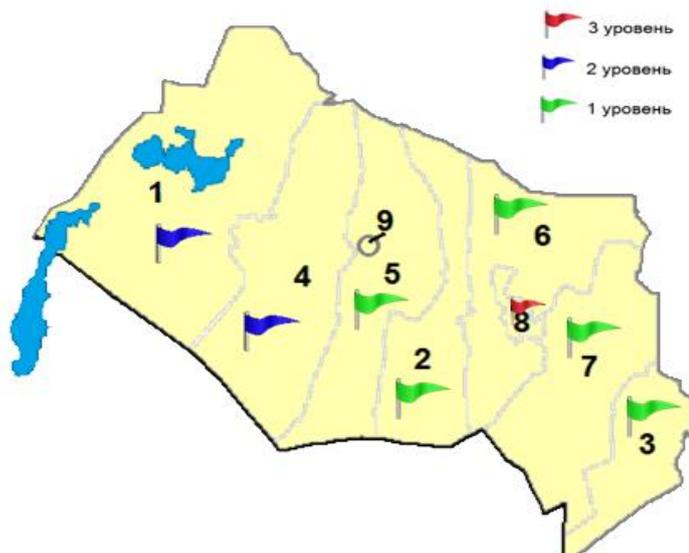
Источник: ЭРСБ 2018 г

Кызылординская область

Кызылординская область занимает площадь, протяженностью 251 971 км² и плотностью населения 3,5 человека на км². В области проживает 801 481 человек из которых 186 076 женщин фертильного возраста (4,1% от ЖФВ РК).

Административным центром области является город Кызылорда. Область имеет 7 районов и 2 города – Кызылорда и Байконур. Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба в области представлена 8 медицинскими организациями: третьего уровня областной перинатальный центр (350 коек) в городе Кызылорде, 2 организации второго и 5 организаций первого уровня (таблица 50, рисунок 28).

Рисунок 28. Распределение родовспомогательных организаций по районам Кызылординской области



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

Таблица 19. Структура районов и административных центров Кызылординской области

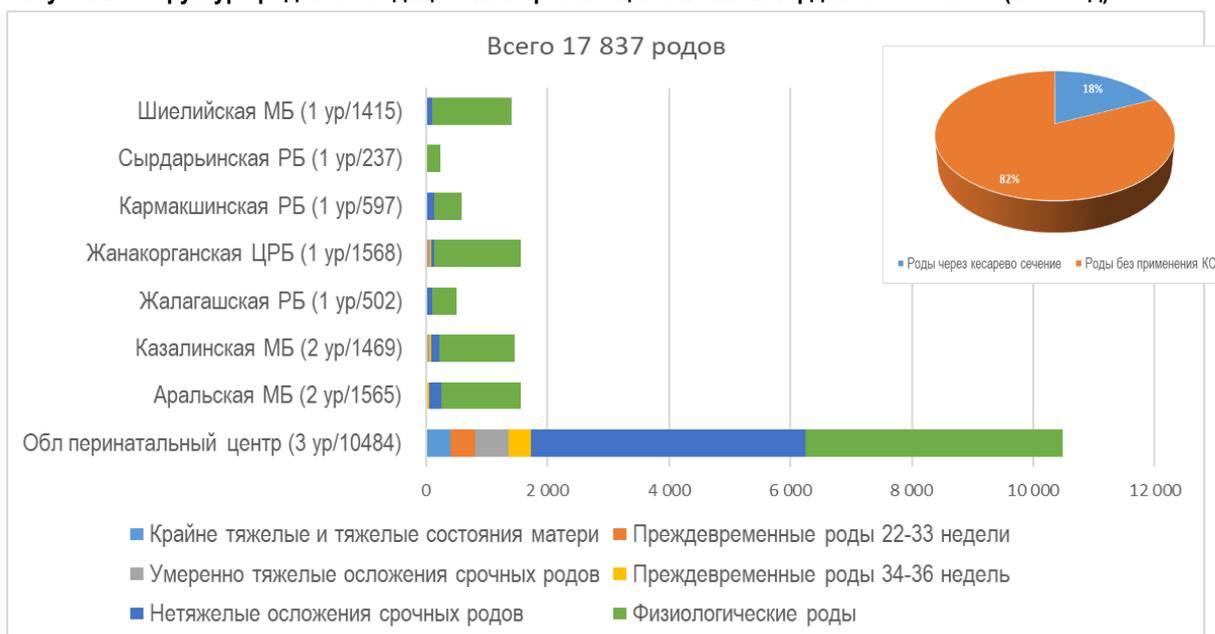
№ *	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Административный центр	Количество МО / количество родов		
					1 ур	2 ур	3 ур
<i>Районы</i>							
1	Аральский район	1,2	68 400	г. Аральск		1 / 1565	
2	Жалагашский район	1,3	27 100	с. Жалагаш	1 / 502		
3	Жанакорганский район	5,1	16 600	с. Жанакорган	1 / 1568		
4	Казалинский район	2,1	37 400	пгт. Айтеке-Би		1 / 1469	
5	Кармакшинский район	1,8	31 000	с. Жосалы	1 / 597		
6	Сырдарьинский район	1,0	39 100	с. Теренозек	1 / 237		
7	Шиелийский район	2,4	34 300	с. Шиели	1 / 1415		
<i>Города областного и республиканского значения</i>							
8	город Кызылорда	996,1	240				1 / 10484
9	город Байконур	711,1	55				

*№ соответствует цифре, проставленной на карте

Таблица 20. Ключевые показатели перинатальной службы Кызылординской области

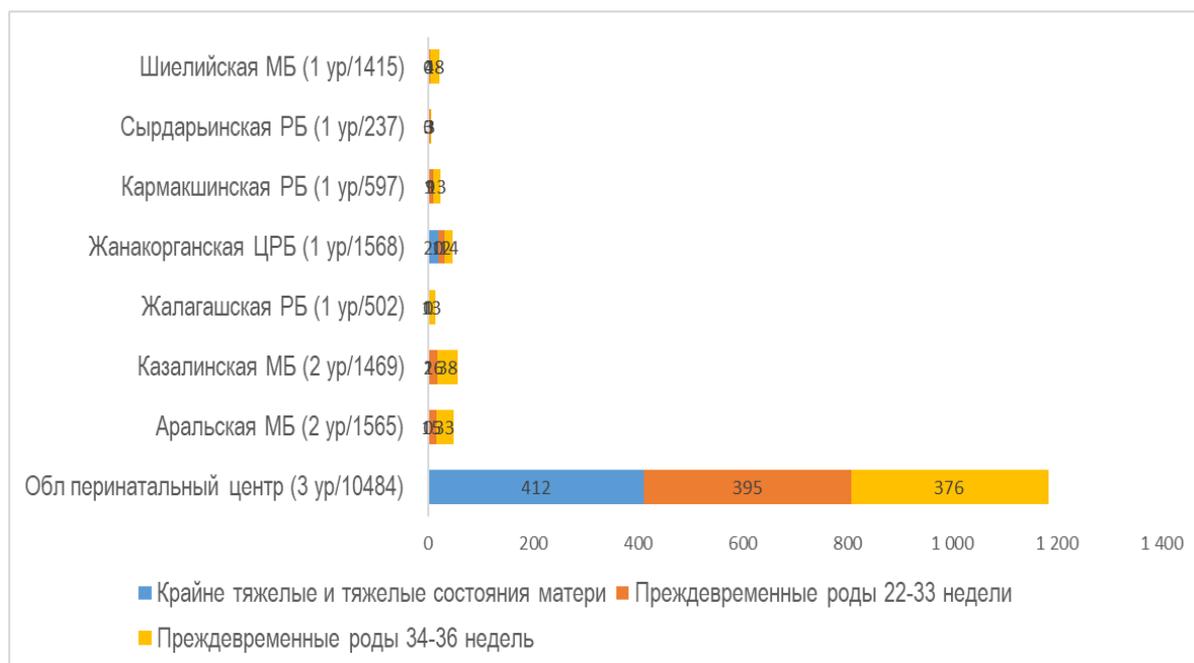
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	Всего
Количество МО	5	2	1	8
Роды	4 319	3 034	10 484	17 837
Среднее количество родов на 1 МО	864	1 517	10 848	
Общее количество коек	870	440	350	1 660
Количество коек акушерского профиля	85	52	160	297
Роды на 1 койку акушерского профиля	50,8	58,3	65,5	

Рисунок 29. Структура родов по медицинским организациям в Кызылординской области (2018 год)



Источник: ЭРСБ 2018 г

Рисунок 30. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям Кызылординской области

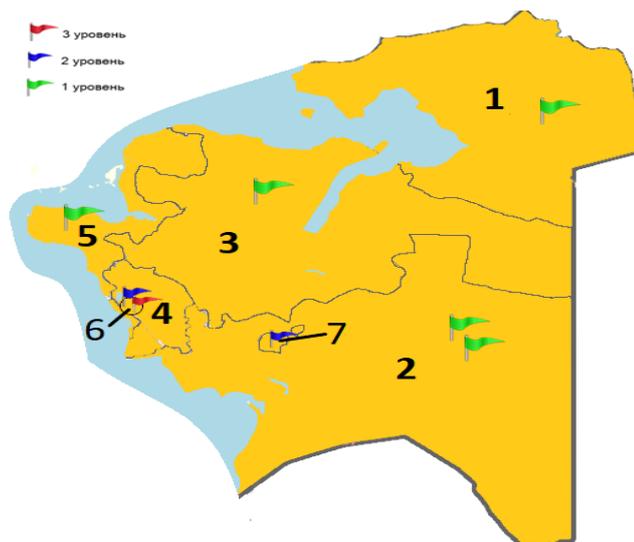


Источник: ЭРСБ 2018 г

Мангистауская область

Мангистауская область расположена на площади 165 642 км² с плотностью населения 4,08 человека на км². В области проживает 693 531 человек, их них 163 358 женщин фертильного возраста (3,6% от ЖФВ РК). Административным центром является город Актау. Область имеет 5 районов и 2 города - Актау, Жанаозен. Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба в области представлена 8 медицинскими организациями: третьего уровня областной перинатальный центр (230 коек) в городе Актау, две организации второго и 5 первого уровня (рисунок 31).

Рисунок 31. Распределение родовспомогательных организаций по районам Мангистауской области



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

Таблица 21. Структура районов и административных центров Мангистауской области

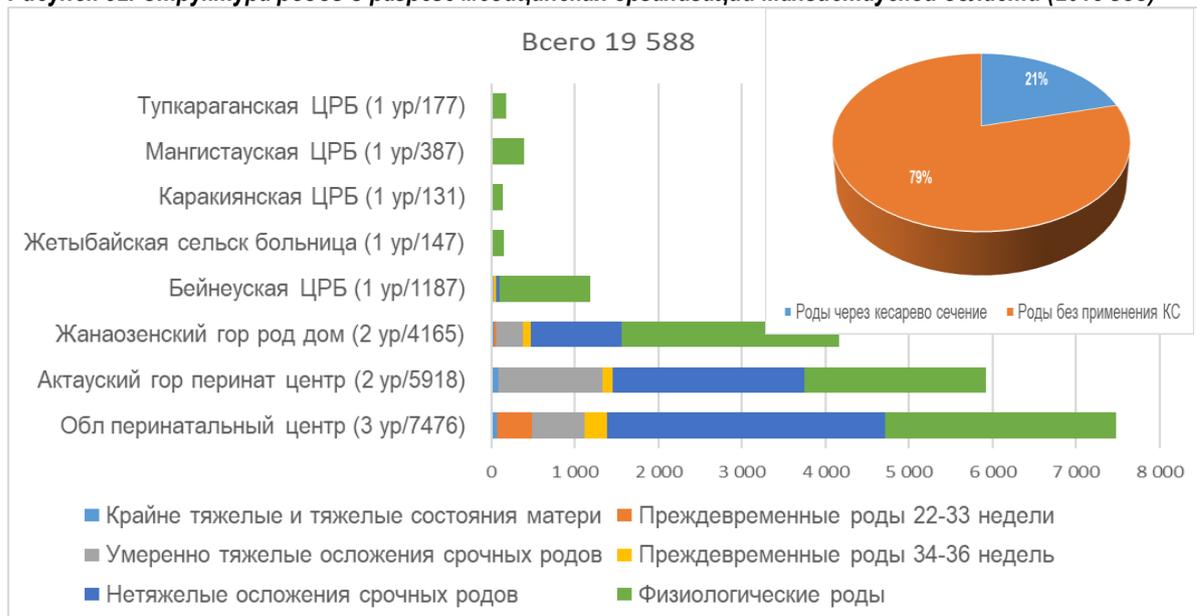
№ *	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Административный центр	Количество МО / количество родов		
					1 ур	2 ур	3 ур
	<i>Районы</i>						
1	Бейнеуский район	1,7	40 519	с. Бейнеу	1 / 1187		
2	Каракиянский район	0,6	64 297	с. Курык	2 / 278		
3	Мангистауский район	0,8	47 018	с. Шетпе	1 / 387		
4	Мунайлинский район	32,8	4 922	с. Мангистау	1 / 147		
5	Тупкараганский район	3,7	8 520	г. Форт-Шевченко	1 / 177		
	<i>Города областного значения</i>						
6	город Актау	2 409,2	76			1 / 5918	1 / 7476
7	город Жанаозен	158,4	0,515			1 / 4165	

*№ соответствует цифре, проставленной на карте

Таблица 22. Ключевые показатели перинатальной службы Мангистауской области

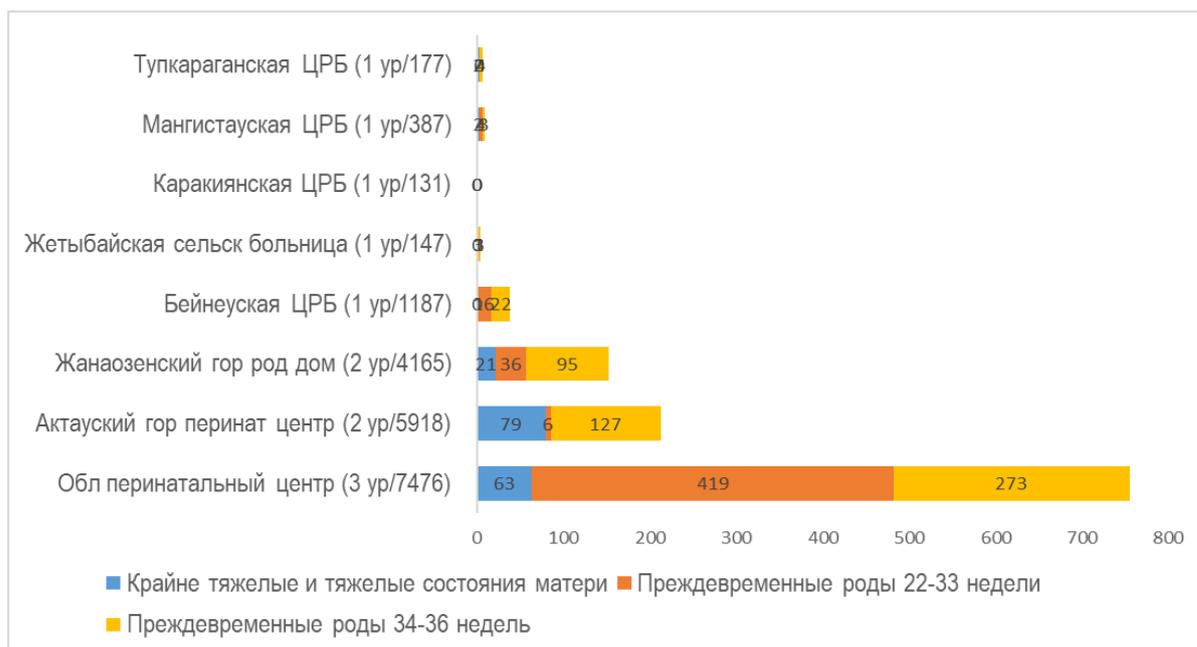
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	Всего
Количество МО	5	2	1	8
Роды	2 029	10 083	7 476	19 588
Среднее количество родов на 1 МО	406	5 042	7 476	
Общее количество коек	435	170	230	835
Количество коек акушерского профиля	28	85	100	213
Роды на 1 койку акушерского профиля	72,5	118,6	74,8	

Рисунок 32. Структура родов в разрезе медицинских организаций Мангистауской области (2018 год)



Источник: ЭРСБ 2018 г

Рисунок 33. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям Мангистауской области



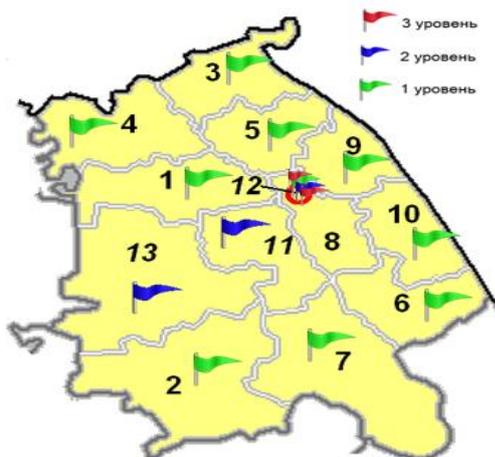
Источник: ЭРСБ 2018 г

Павлодарская область

Павлодарская область занимает площадь 124 755 км² с плотностью населения 6,04 человека на км². Население области составляет 753 853 человек, из которых 183 888 женщин фертильного возраста (4,1% от ЖФВ РК).

Административным центром области является город Павлодар. Область имеет 10 районов и 3 города - Аксу, Павлодар и Экибастуз. Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба представлена 15 медицинскими организациями: третьего уровня областной перинатальный центр (133 койки) и областная больница им. г.Султанова в городе Павлодар. В области также 3 организации второго уровня и 10 первого уровня (рисунок 34).

Рисунок 34. Распределение родовспомогательных организаций по районам Павлодарской области



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

Таблица 23. Структура районов и административных центров Павлодарской области

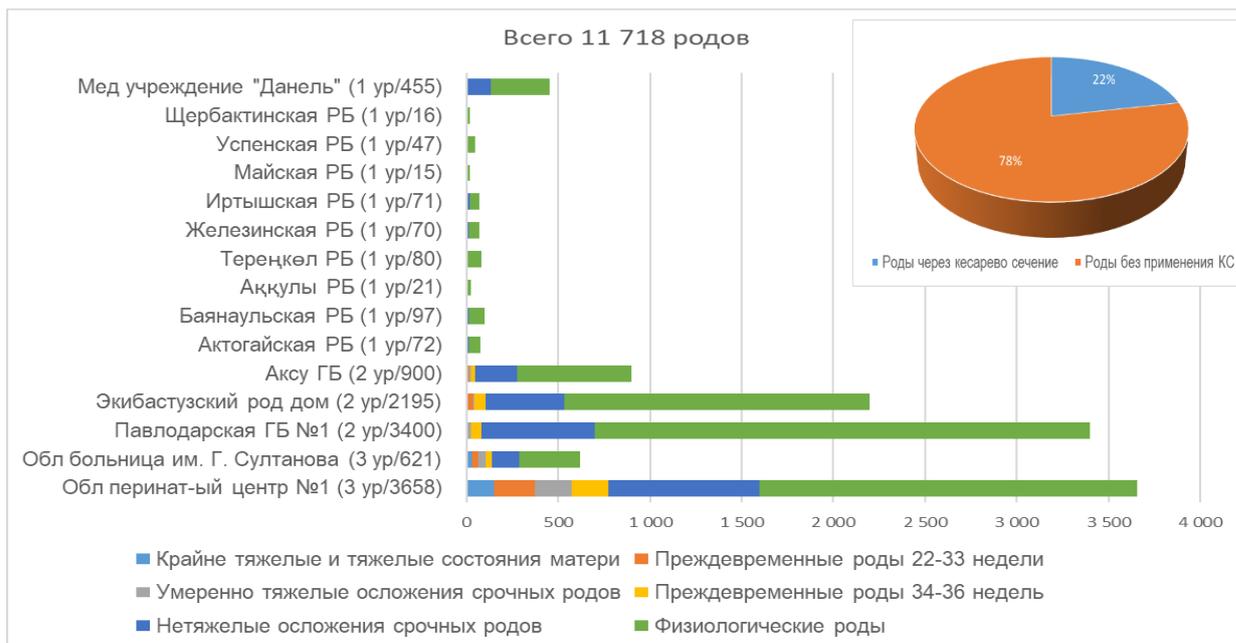
№ *	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Административный центр	Количество МО / количество родов		
					1 ур	2 ур	3 ур
	<i>Районы</i>						
1	Актогайский район	1,3	9 800	с. Актогай	1 / 72		
2	Баянаульский район	1,4	18 500	с. Баянаул	1 / 97		
3	Железинский район	2,0	7 700	с. Железинка	1 / 70		
4	Иртышский район	1,6	10 200	с. Иртышск	1 / 71		
5	Теренкольский район	3,0	6 800	с. Теренколь	1 / 80		
6	Аккулинский район	1,5	8 100	с. Акку	1 / 21		
7	Майский район	0,6	18 100	с. Коктобе	1 / 15		
8	Павлодарский район	4,3	6 100	г. Павлодар			
9	Успенский район	2,2	5 500	с. Успенка	1 / 47		
10	Щербактинский район	2,8	6 900	с. Щербакты	1 / 16		
	<i>Города областного значения</i>						
11	город Аксу	5 203,1	8			1 / 900	
12	город Павлодар	948,8	352		1 / 455	1 / 3400	2 / 4279
13	город Экибастуз	712,2	188			1 / 2195	

*№ соответствует цифре, проставленной на карте

Таблица 24. Ключевые показатели перинатальной службы Павлодарской области

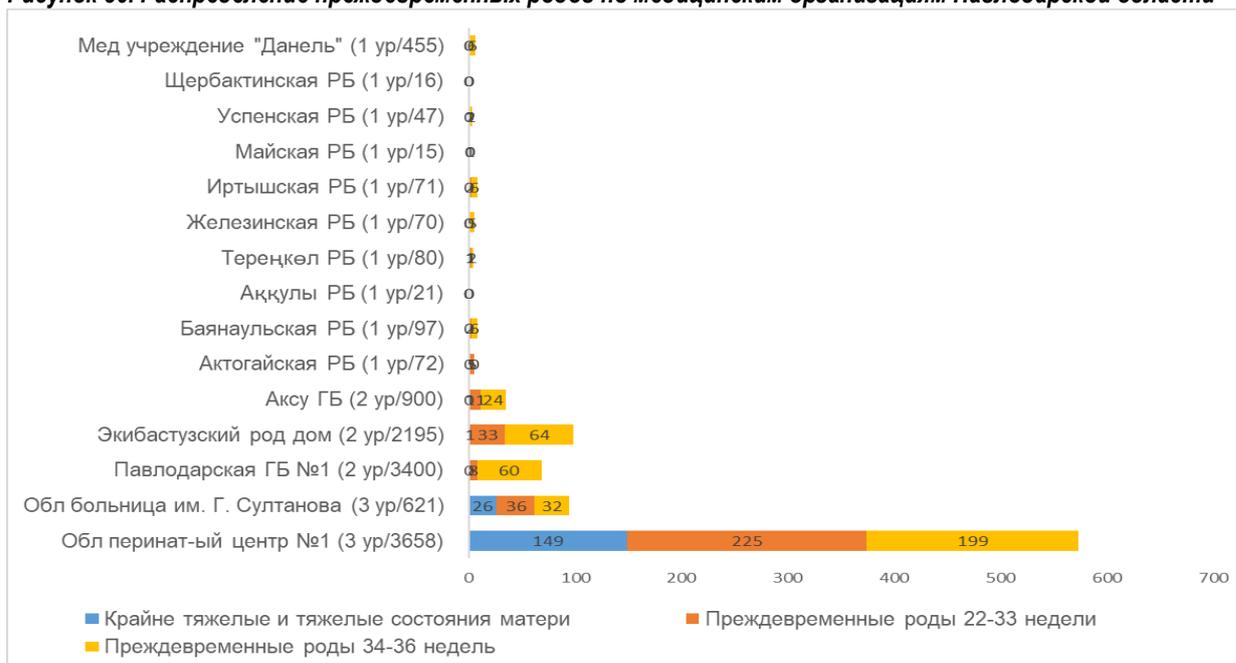
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	Всего
Количество МО	10	3	2	15
Роды	944	6 495	4 279	11 718
Среднее количество родов на 1 МО	94	2 165	2 140	
Общее количество коек	292	670	510	1 472
Количество коек акушерского профиля	17	80	165	262
Роды на 1 койку акушерского профиля	55,5	81,2	25,9	

Рисунок 35. Структура родов в разрезе медицинских организаций Павлодарской области (2018 год)



Источник: ЭРСБ 2018 г

Рисунок 36. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям Павлодарской области



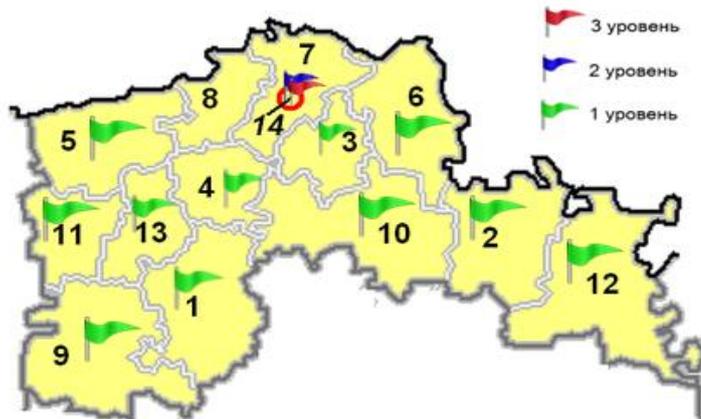
Источник: ЭРСБ 2018 г

Северо-Казахстанская область

Северо-Казахстанская область занимает площадь 97 993 км², плотность населения средняя и составляет 6,04 человека на км². Население области составляет 554 517 человек, из которых 126 091 женщины фертильного возраста (2,8% от ЖФВ РК).

Область имеет 13 районов и город областной центр Петропавловск. Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба в области представлена 13 медицинскими организациями: третьего уровня областной перинатальный центр (165 коек), 1 организация второго уровня и 11 первого уровня (рисунок 37).

Рисунок 37. Распределение родовспомогательных организаций по районам Северо-Казахстанской области



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

Таблица 25. Структура районов и административных центров Северо-Казахстанской области

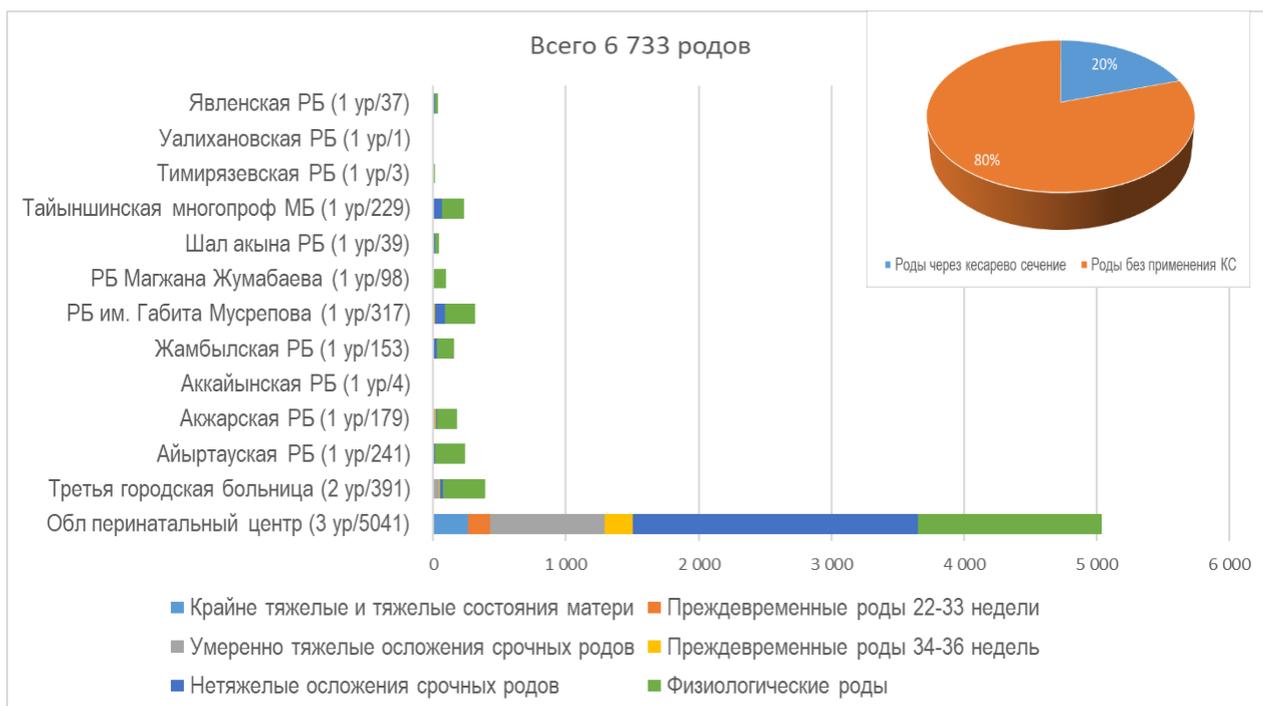
№ *	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Административный центр	Количество МО / количество родов		
					1 ур	2 ур	3 ур
	<i>Районы</i>						
1	Айыртауский район	3,8	9 620	с. Саумалколь	1 / 241		
2	Акжарский район	2,0	8 040	с. Талшик	1 / 179		
3	Аккайынский район	4,2	4 500	с. Смирново	1 / 4		
4	Есильский район	4,3	5 140	с. Явленка	1 / 37		
5	Жамбылский район	2,6	7 470	с. Пресновка	1 / 153		
6	район Магжана Жумабаева	3,8	7 810	г. Булаево	1 / 98		
7	Кызылжарский район	7,2	6 150	с. Бишкуль			
8	Мамлютский район	4,4	4 100	г. Мамлютка			
9	район им. Г.Мусрепова	3,7	11 090	с. Новоишимское	1 / 317		
10	Тайыншинский район	3,8	11 430	г. Тайынша	1 / 229		
11	Тимирязевский район	2,5	4 510	с. Тимирязево	1 / 3		
12	Уалихановский район	1,3	12 877	с. Кишкенеколь	1 / 1		
13	район Шал Акына	4,6	4 841	г. Сергеевка	1 / 39		
	<i>Города областного значения</i>						
14	город Петропавловск	973,1	225			1 / 391	1 / 5041

*№ соответствует цифре, проставленной на карте

Таблица 269. Ключевые показатели перинатальной службы Север-Казахстанской области

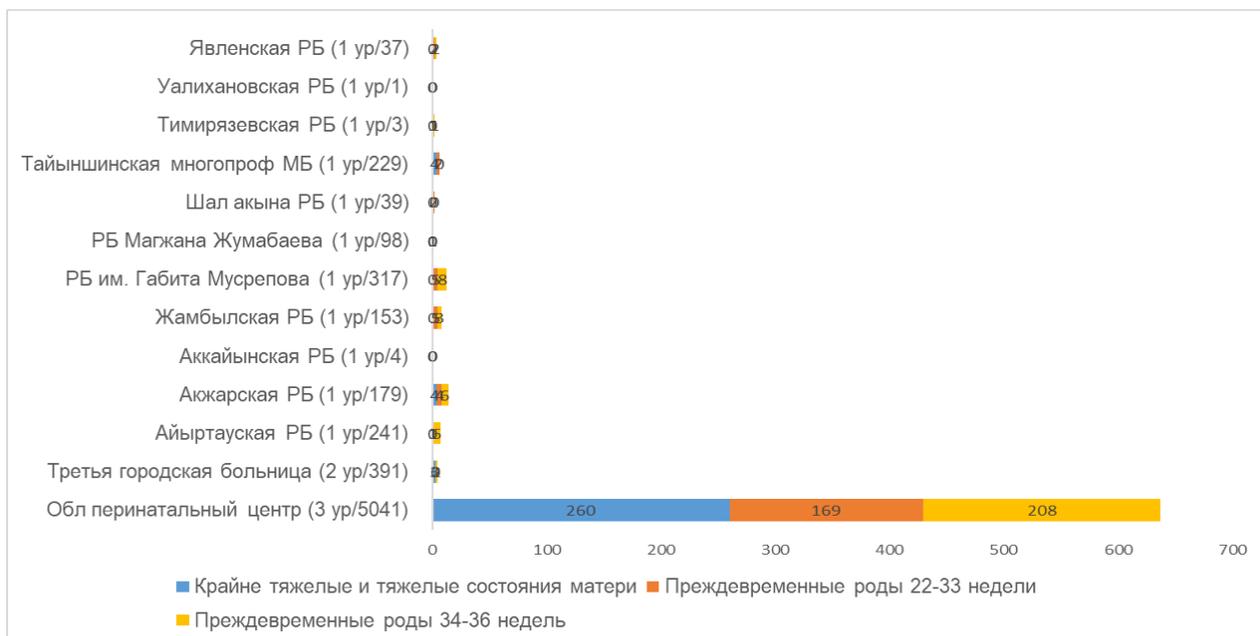
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	Всего
Количество МО	11	1	1	13
Роды	1 301	391	5 041	6 733
Среднее количество родов на 1 МО	118	391	5 041	
Общее количество коек	922	400	165	1 487
Количество коек акушерского профиля	73	20	30	123
Роды на 1 койку акушерского профиля	17,8	19,6	168,0	

Рисунок 38. Структура родов в разрезе медицинских организаций Северо-Казахстанской области (2018 год)



Источник: ЭРСБ 2018 г

Рисунок 39. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям Северо-Казахстанской области



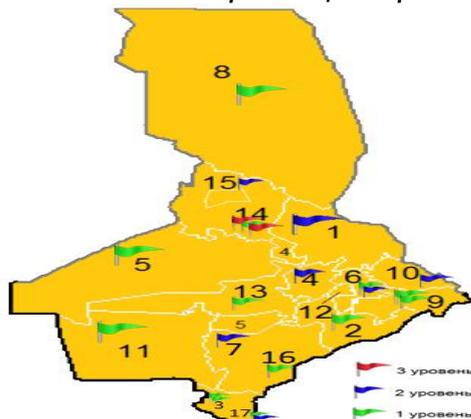
Источник: ЭРСБ 2018 г

Туркестанская область

Туркестанская область занимает площадь 116 280 км², плотность населения составляет 17 человек на км². В области проживает 1 983 967 человек 436 976 женщин фертильного возраста (9,6% от ЖФВ РК)

Административным центром области является город Туркестан. Область имеет 13 районов и 3 города - Арыс, Кентау, Туркестан. Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба в области представлена 22 медицинскими организациями: третьего уровня областной перинатальный центр (155 коек) и центральная городская больница (296 коек) в городе Туркестан, 7 организаций второго и 13 первого уровня (рисунок 40).

Рисунок 102. Распределение родовспомогательных организаций по районам Туркестанской области



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

Таблица 27. Структура районов и административных центров Туркестанской области

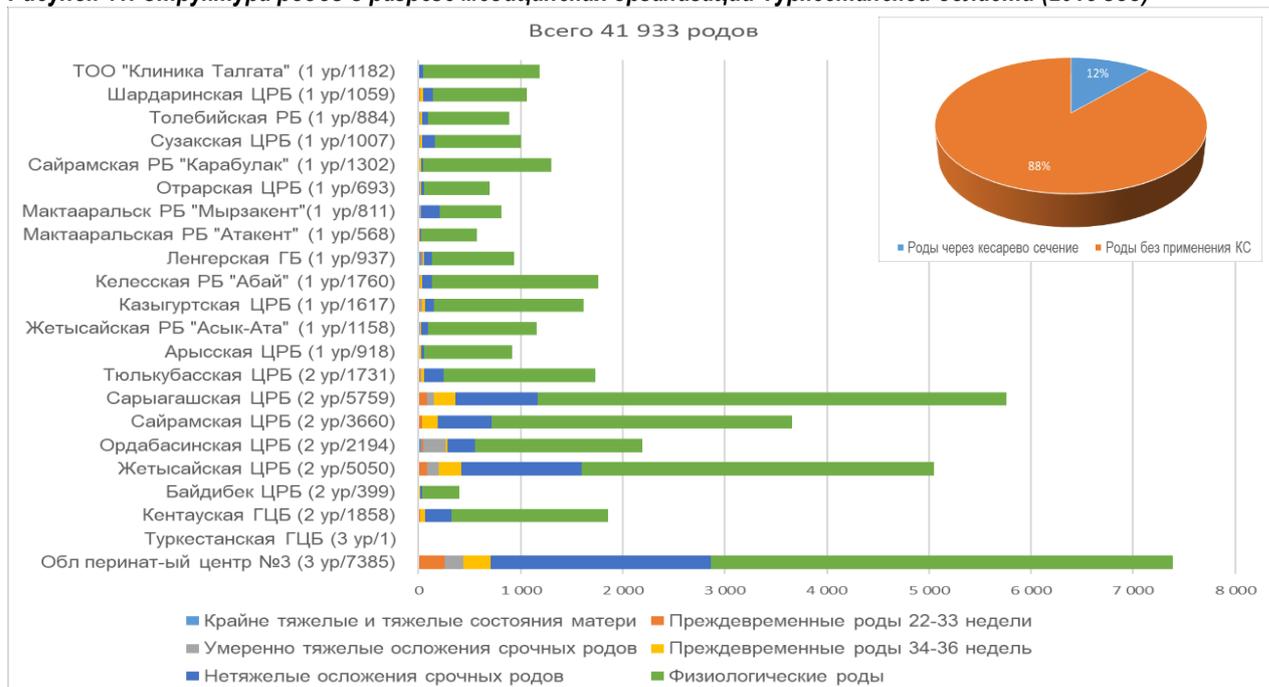
№ *	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Административный центр	Количество МО / количество родов		
					1 ур	2 ур	3 ур
	<i>Районы</i>						
1	Байдибекский район	7,5	7 233	с. Шаян		1 / 399	
2	Казыгуртский район	26,4	4 031	с. Казыгурт	1 / 1617		
3	Мактааральский район	164,0	808	п. Мырзакент	2 / 1379		
4	Ордабасинский район	46,1	2 594	с. Темирлановка		1 / 2194	
5	Отырарский район	3,2	16 758	с. Шаульдер	1 / 693		
6	Сайрамский район	183,6	1 148	с. Аксукуент	1 / 1302	1 / 3660	
7	Сарыагашский район	44,9	4 171	г. Сарыагаш		1 / 5759	
8	Сузакский район	1,5	41 049	с. Шолаккорган	1 / 1007		
9	Толембийский район	38,6	3 064	г. Ленгер	2 / 1821		
10	Тюлькубасский район	49,1	2 275	с. Турар Рыскулов		1 / 1731	
11	Шардаринский район	6,1	12 872	г. Шардара	1 / 1059		
17	Жетысайский район	163,6	1 046	г. Жетысай	1 / 1158	1 / 5050	
16	Келесский район	41,2	3 451	с. Абай	1 / 1760		
	<i>Города областного значения</i>						
12	Шымкент (не входит в состав области)	880	1 163				
13	город Арыс	9,8	7 654		1 / 918		
15	город Кентау	26,4	7 745			1 / 1858	
14	город Туркестан	845,6	196		1 / 1182		2 / 7386

*№ соответствует цифре, проставленной на карте

Таблица 28. Ключевые показатели перинатальной службы Туркестанской области

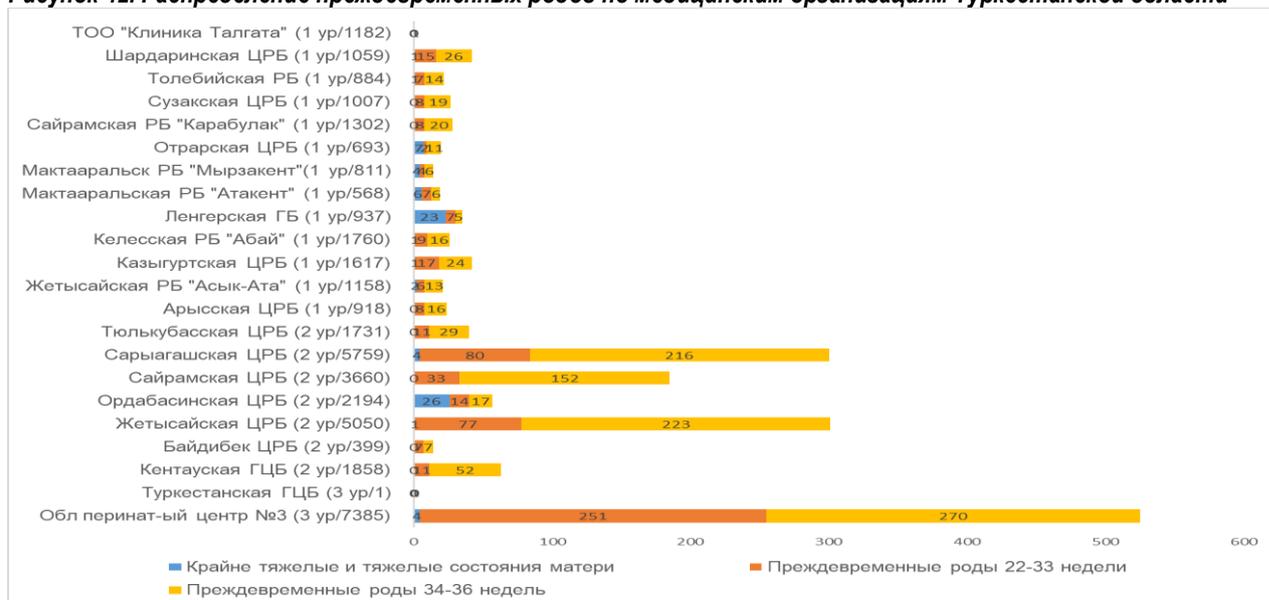
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	Всего
Количество МО	13	7	2	22
Роды	13 896	20 651	7 386	41 933
Среднее количество родов на 1 МО	1 069	2 950	3 693	
Общее количество коек	2 421	2 385	451	5 257
Количество коек акушерского профиля	256	282	80	618
Роды на 1 койку акушерского профиля	54,3	73,2	92,3	

Рисунок 41. Структура родов в разрезе медицинских организаций Туркестанской области (2018 год)



Источник: ЭРСБ 2018 г

Рисунок 42. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям Туркестанской области



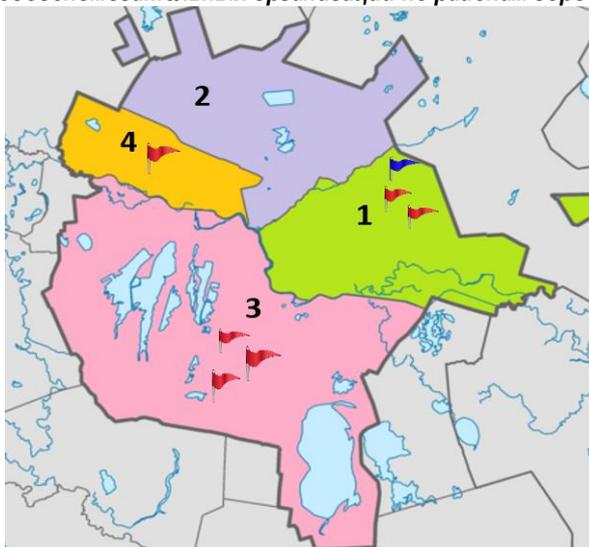
Источник: ЭРСБ 2018 г

Город Нур-Султан

Город Нур-Султан столица Республики Казахстан расположен на площади 797,33 км², плотность населения составляет 1 299 человек на км². В городе проживают 1 082 222 человек, из которых 301 185 женщин фертильного возраста (6,6% от ЖФВ РК).

Город имеет 4 административных района. Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба представлена 6 медицинскими организациями, 3 из которых третьего уровня и четвертого уровня Национальный научный центр материнства и детства (КФ «University Medical Center») с мощностью 891 коек. К медицинской организации третьего уровня относятся три перинатальных центра № 1, 2 и 3 мощностью 550, 150 и 130 коек соответственно, а также городская многопрофильная больница №2 на 530 коек акушерско-гинекологического профиля. В городе имеется 1 организация второго уровня (рисунок 43).

Рисунок 43. Распределение родовспомогательных организаций по районам города Нур-Султан



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

Таблица 29. Структура районов города Нур-Султан

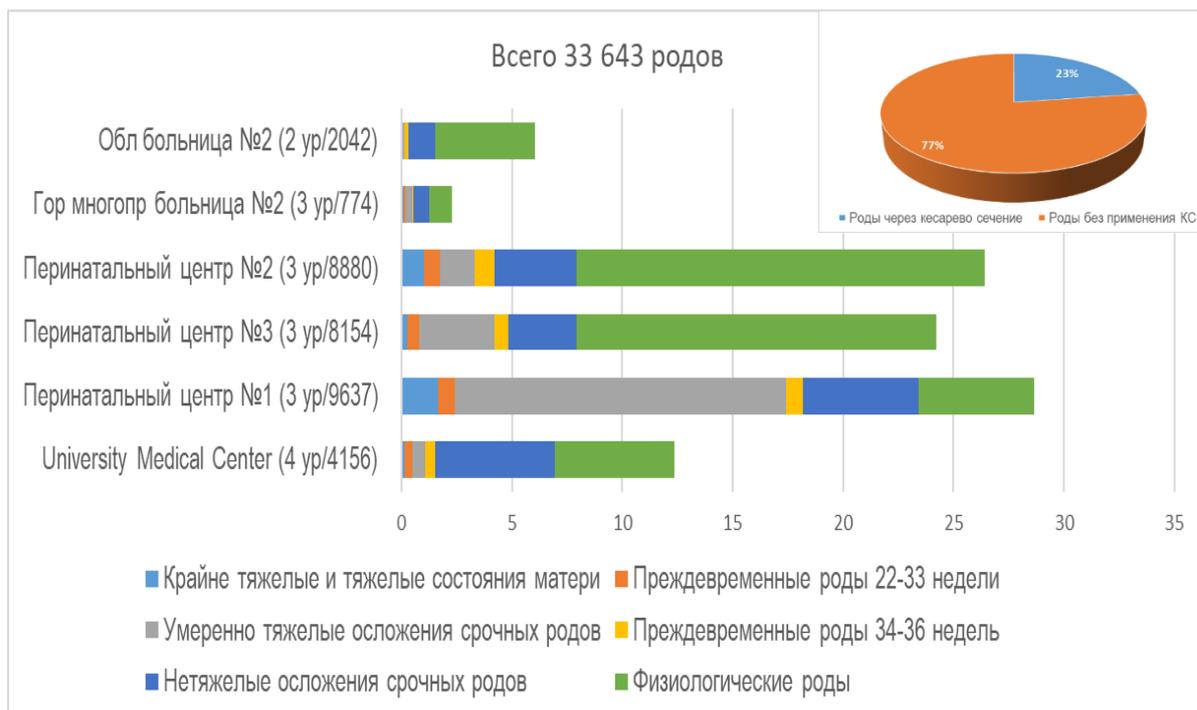
№ *	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Количество МО / количество родов		
				2 ур	3 ур	4 ур
	<i>Районы</i>					
1	Алматы	1 982,3	154,71	1 / 2042	1 / 8880	
2	Байконур	1 182,1	181,29			
3	Есиль	516,8	393,58		2 / 10411	1 / 4156
4	Сарыарка	4 752,0	67,75		1 / 8154	

*№ соответствует цифре, проставленной на карте

Таблица 30. Ключевые показатели перинатальной службы города Нур-Султан

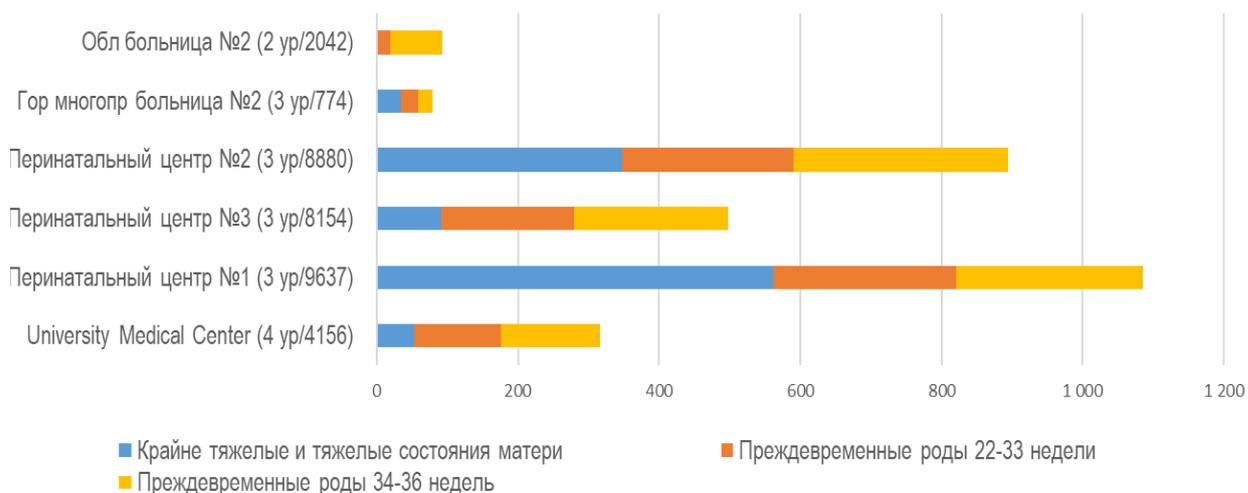
	2 уровень	3 уровень	4 уровень	Всего
Количество МО	1	4	1	6
Роды	2 042	27 445	4 156	33 643
Среднее количество родов на 1 МО	2 042	6 861	4 156	
Общее количество коек	160	1 360	891	2 411
Количество коек акушерского профиля	31	195	35	261
Роды на 1 койку акушерского профиля	65,9	140,7	118,7	

Рисунок 44. Структура родов в разрезе медицинских организаций города Нур-Султан (2018 год)



Источник: ЭРСБ 2018 г

Рисунок 45. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям города Нур-Султан



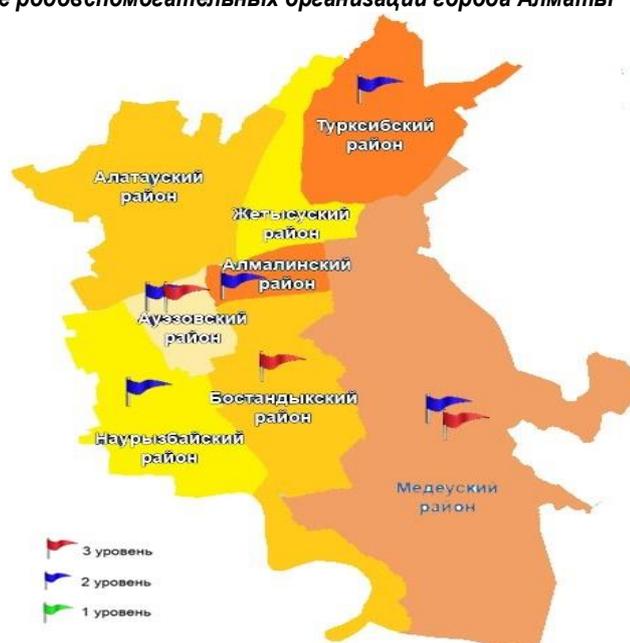
Источник: ЭРСБ 2018 г

город Алматы

Алматы город республиканского значения и крупнейший населённый пункт Республики Казахстан расположен на площади 862 км², плотность населения 2 636 человек на км²население. В городе проживают 1 854 656 человек, из которых 555 014 женщин фертильного возраста (12,2% от ЖФВ РК).

Город Алматы имеет 8 административных районов. Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба представлена 8 медицинскими организациями, из которых 3 организации третьего уровня: городской перинатальный центр (270 коек), Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии (125 коек), Центр перинатологии и детской кардиохирургии (150 коек). В городе функционирует 5 медицинских организаций второго уровня, которые располагаются Алмалинском, Ауэзовском, Медеуском, Наурызбайском и Турксибском (рисунок 46).

Рисунок 46. Распределение родовспомогательных организаций города Алматы



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

Таблица 31. Структура районов города Алматы

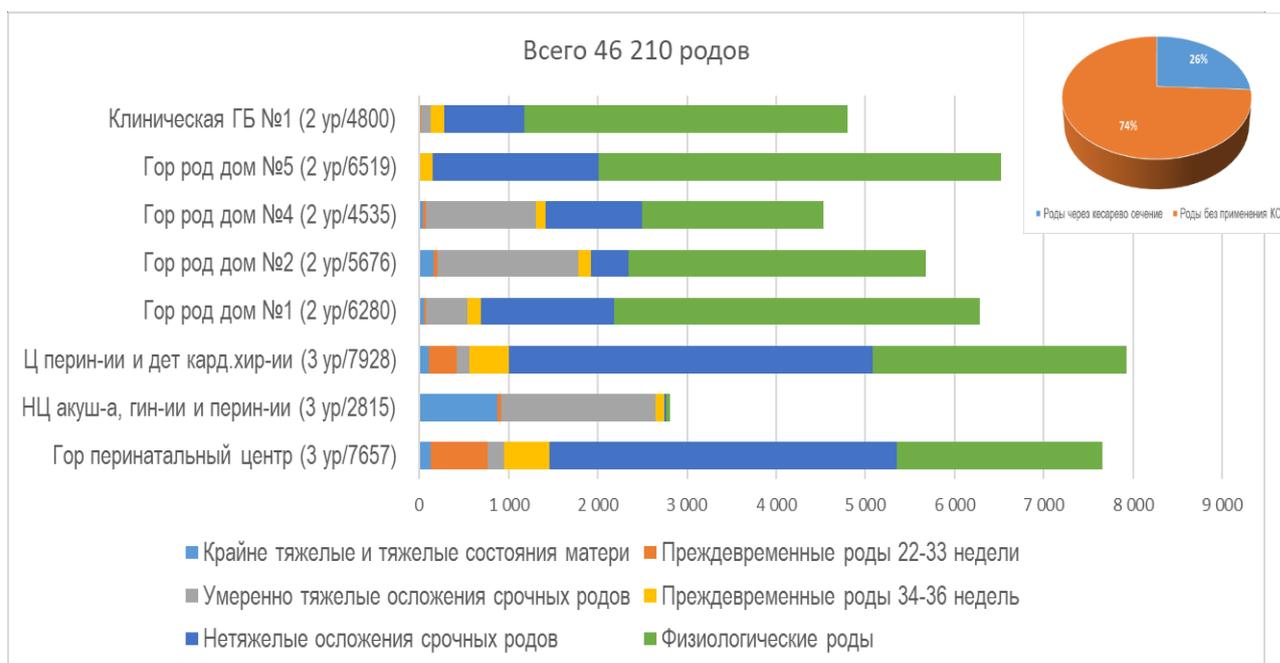
№	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Количество МО / количество родов		
				1 ур	2 ур	3 ур
	<i>Районы</i>					
1	Алатауский	2 191,52	104,95			
2	Алмалинский	11 726,52	18,4		1 / 6280	
3	Ауэзовский	12 450,0	23,5		1 / 6519	1 / 7657
4	Бостандыкский	3 422,13	99,43			1 / 7928
5	Медеуский	819,50	253,4		1 / 5676	1 / 2815
6	Наурызбайский	1 771,46	69,67		1 / 4800	
7	Турксибский	3 107,02	75,75		1 / 4535	
8	Жетысуский	4 191,94	39,6			

*№ соответствует цифре, проставленной на карте

Таблица 32. Ключевые показатели перинатальной службы города Алматы

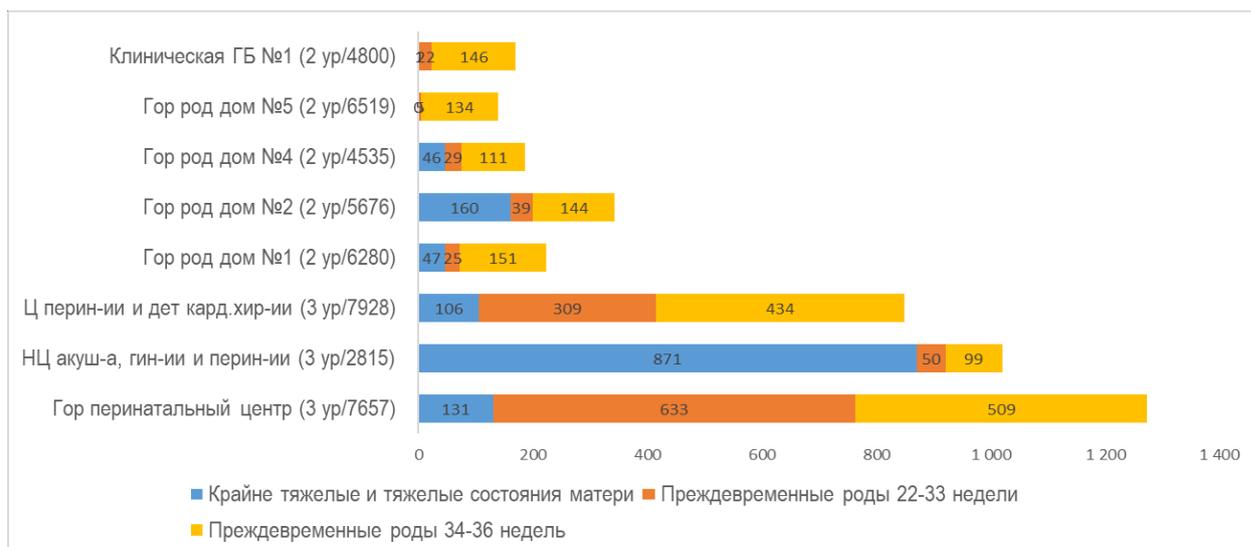
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	Всего
Количество МО		5	3	8
Роды		27 810	18 400	46 210
Среднее количество родов на 1 МО		5 562	6 133	
Общее количество коек		814	545	1 359
Количество коек акушерского профиля		376	260	636
Роды на 1 койку акушерского профиля		74,0	70,8	

Рисунок 47. Структура родов в разрезе медицинских организаций города Алматы (2018 год)



Источник: ЭРСБ 2018 г

Рисунок 48. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям города Алматы

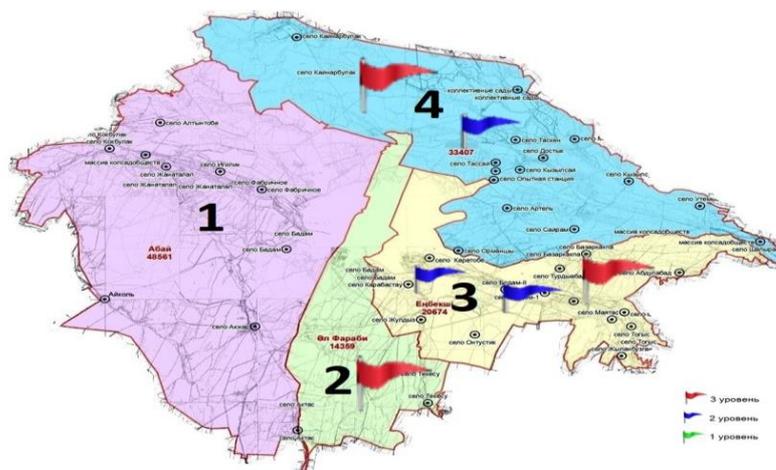


Источник: ЭРСБ 2018 г

Город Шымкент

Шымкент город республиканского значения расположен на площади 1162,8 км², плотность населения составляет 880 человек на км². В городе проживает 1 023 768 человек, из которых 266 368 женщин фертильного возраста (5,9% от ЖФВ РК). Город имеет 4 административных района. Перинатальная и акушерско-гинекологическая служба представлена 6 медицинскими организациями, из которых 3 третьего уровня: областной перинатальный центр №1 (296 коек), областной перинатальный центр №2 (156 коек) и городской перинатальный центр (165 коек). В городе функционируют также 3 медицинских организации второго уровня в районах Енбекшинский и Каратауский (рисунок 49).

Рисунок 49. Распределение родовспомогательных организаций города Шымкент



Источник: ИС ЭРСБ, данные официальных отчетов МО (форма № 21 от 2017-2018 гг)

Таблица 33. Структура районов города Шымкент

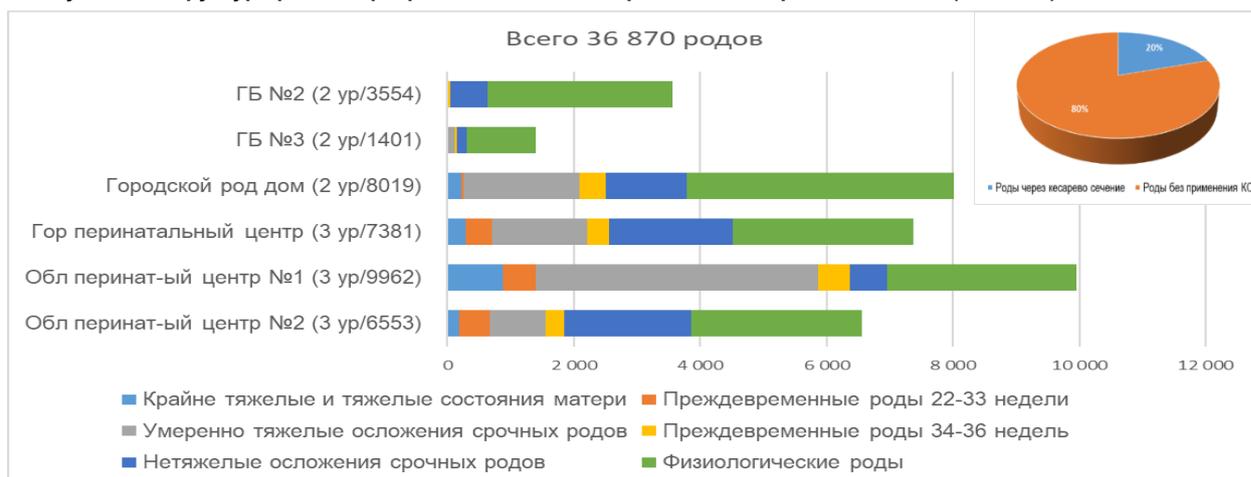
№ *	Название	Плотность чел/км ²	Площадь, км ²	Количество МО/количество родов		
				1 ур	2 ур	3 ур
	<i>Районы</i>					
1	Абайский	651,1	497,04			
2	Аль-Фарабийский	1 527,5	143,8			1 / 6553
3	Енбекшинский	1 486,6	206,6		2 / 11573	1 / 9962
4	Каратауский	313,7	322,56		1 / 1401	1 / 7381

*№ соответствует цифре, проставленной на карте

Таблица 34. Ключевые показатели перинатальной службы города Шымкент

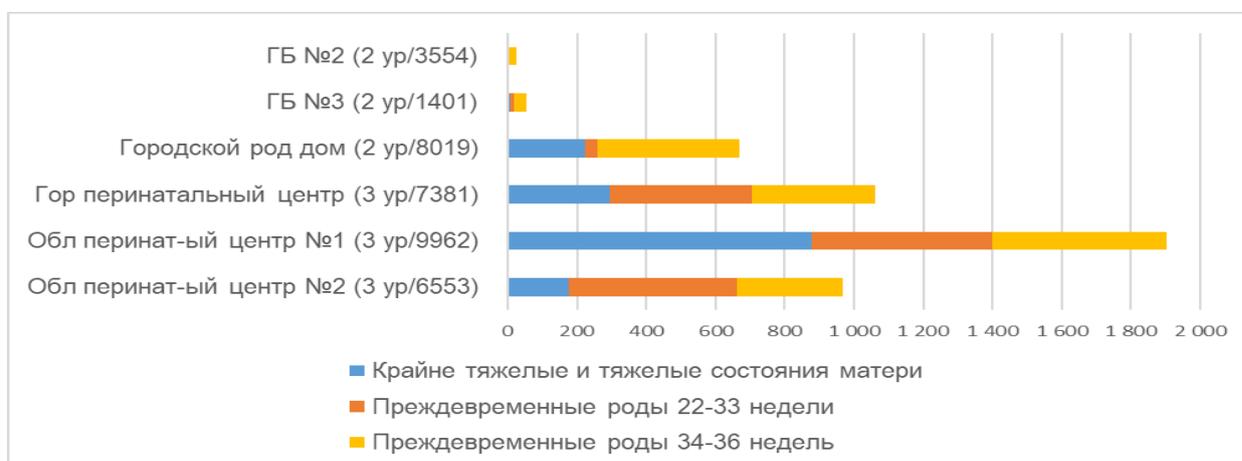
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	Всего
Количество МО		3	3	6
Роды		12 974	23 896	36 870
Среднее количество родов на 1 МО		4 325	7 965	
Общее количество коек		603	617	1 220
Количество коек акушерского профиля		200	269	469
Роды на 1 койку акушерского профиля		64,9	88,8	

Рисунок 50. Структура родов в разрезе медицинских организаций города Шымкент (2018 год)



Источник: ЭРСБ 2018 г

Рисунок 51. Распределение преждевременных родов по медицинским организациям города Шымкент



Источник: ЭРСБ 2018 г