



Кадрове забезпечення перинатальної допомоги в Україні: динаміка та регіональні відмінності

Т. М. Орабіна *

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Однією з ключових сфер, де кадрове забезпечення має безпосередній вплив, є перинатальна допомога, що охоплює комплекс медичних послуг для матерів і новонароджених на різних етапах вагітності, пологів і післяпологового періоду. Оцінювання динаміки чисельності лікарів акушерів-гінекологів, а також вивчення регіональних диспропорцій у кадровому забезпеченні необхідні для виявлення проблем і розроблення заходів, що спрямовані на їх подолання.

Мета роботи – комплексний аналіз кадрового забезпечення перинатальної допомоги в Україні, зокрема оцінювання динаміки чисельності та кваліфікації лікарів акушерів-гінекологів у період з 2015 до 2022 року, а також виявлення регіональних диспропорцій у кадровому забезпеченні медичних закладів.

Результати. У прифронтових областях України встановлено достовірне зменшення забезпеченості лікарями акушерами-гінекологами та акушерками, зменшення чисельності жіночого населення на 1 лікаря акушера-гінеколога, зменшення кількості пологів на 1 лікаря акушера-гінеколога та чисельності новонароджених на 1 лікаря-неонатолога, зростання чисельності жінок, які не перебували під наглядом лікаря під час вагітності, зростання кількості пологів поза пологовим відділенням. У 2015–2022 роках визначено зменшення співвідношення лікарів акушерів-гінекологів та акушерок, що призводить до зменшення ролі акушерки під час надання перинатальної допомоги та спричиняє зниження якості догляду за пацієнтками, збільшення частки кесаревих розтинів від загальної кількості пологів.

Висновки. Аналіз динаміки кількості пологів, кесаревих розтинів і ролі акушерок вказує на необхідність вдосконалення кадрової політики та оптимізації ресурсного забезпечення медичних установ. Рекомендовано розробити заходи для покращення кадрового забезпечення, вдосконалення підготовки спеціалістів і впровадження ефективних управлінських стратегій для підвищення якості надання перинатальної допомоги в Україні.

Ключові слова: перинатальна допомога, лікарі акушери-гінекологи, якість медичних послуг, вагітність, пологи, неонатальна смертність.

Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2025. Т. 18, № 1(47). С. 83-95

Staffing of perinatal care in Ukraine: dynamics and regional differences

T. M. Orabina

One of the key areas where staffing has a direct impact is perinatal care, which covers a range of medical services for mothers and newborns at different stages of pregnancy, childbirth and the postnatal period. Assessment of the dynamics of changes in the number of obstetricians and gynaecologists, as well as a study of regional imbalances in staffing, is necessary to identify problems and to develop measures aimed at solving them.

The aim of the study is a comprehensive analysis of the staffing of perinatal care in Ukraine, including an assessment of the dynamics of changes in the number and qualifications of obstetricians and gynaecologists in the period from 2015 to 2022, as well as the identification of regional disparities in the staffing of medical institutions.

Results. A significant decrease in the number of obstetricians and midwives, a decrease in the number of women per 1 obstetrician-gynaecologist, a decrease in the number of births per 1 obstetrician-gynaecologist and the number of newborns per 1 neonatologist, an increase in the number of women who were not under medical supervision during pregnancy, and an increase in the number of births outside the maternity ward were found in the frontline regions of Ukraine. In the period from 2015 to 2022, the ratio of obstetrician-gynaecologist to midwife decreased, which led to a decrease in the role of midwives in the provision of perinatal care and in the quality of patient care, and an increase in the proportion of caesarean sections in the total number of births.

Conclusions. The analysis of the dynamics of changes in the number of births, caesarean sections and the role of midwives indicates the need to improve human resources policy and optimise the resource provision of healthcare facilities. It is recommended to develop measures to improve staffing, training and implementation of effective management strategies to improve the quality of perinatal care in Ukraine.

Keywords: perinatal care, obstetricians-gynaecologists, quality of medical services, pregnancy, childbirth, neonatal mortality.

Current issues in pharmacy and medicine: science and practice. 2025;18(1):83-95

ARTICLE INFO



UDC 614.23/25:618.29-051:331.108](477)
DOI: 10.14739/2409-2932.2025.1.322597

Current issues in pharmacy and medicine: science and practice. 2025;18(1):83-95

Keywords: perinatal care, obstetricians-gynaecologists, quality of medical services, pregnancy, childbirth, neonatal mortality.

*E-mail: t.m.orabina@moz.gov.ua

Received: 13.01.2025 // Revised: 05.02.2025 // Accepted: 07.02.2025

Сфера охорони здоров'я в Україні продовжує трансформуватися для впровадження найкращих практик і забезпечення ефективного використання обмежених фінансових і трудових ресурсів. Покращення якості надання медичної допомоги – першочергове завдання для Міністерства охорони здоров'я України. У Стратегії розвитку охорони здоров'я на період до 2030 року, яка ухвалена та затверджена урядом 17 січня 2025 року, наголошено на нагальній потребі в оновленні моделі планування кадрових ресурсів системи охорони здоров'я. Очікуваними результатами досягнення цілей Стратегії є, зокрема, забезпечення системи охорони здоров'я медичним кадрами відповідно до потреб населення [1]. Вирішити цю проблему можливо шляхом оновлення моделей надання медичної допомоги, планування кадрових ресурсів системи, а також внаслідок впровадження або перегляду клінічних маршрутів пацієнтів, галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, надання медичної допомоги, шляхом змін у підходах до освіти та безперервного професійного розвитку медичних працівників тощо.

Беручи до уваги зміни, що відбуваються в системі охорони здоров'я України, прогнозування потреби в кадровому потенціалі та точне визначення його обсягів стають пріоритетними завданнями для забезпечення стабільності медичних установ і підтримання якості медичної допомоги. Однією з ключових сфер, де кадрове забезпечення має безпосередній вплив, є перинатальна допомога, що охоплює комплекс медичних послуг для матерів і новонароджених на різних етапах вагітності, пологів і післяпологового періоду. Оцінювання динаміки чисельності лікарів акушерів-гінекологів, а також вивчення регіональних диспропорцій у кадровому забезпеченні необхідні для виявлення проблем і розроблення заходів, спрямованих на їх подолання.

Одним із найважливіших завдань дослідження вважаємо визначення зв'язку між кадровим дефіцитом і якістю надання перинатальної допомоги, оскільки недостатня кількість або низька кваліфікація медичних працівників можуть негативно впливати на здоров'я матерів і новонароджених. Це підкреслює важливість розроблення рекомендацій для оптимізації кадрової ситуації, підвищення доступності та якості перинатальної допомоги, а також удосконалення управління кадровими ресурсами в охороні здоров'я України.

В останні десятиліття в Україні визначають тенденцію до істотного зменшення кількості лікарів акушерів-гінекологів, які працюють у системі охорони здоров'я. Це викликає занепокоєння в аспекті забезпечення доступу до кваліфікованої допомоги. З даними Українського центру охорони здоров'я, тільки за 2022 рік кількість лікарів зменшилась на 11,8 %, що може свідчити про обсяги міграції медичних працівників [2].

Таке скорочення кадрового потенціалу має особливе значення для оцінювання ефективності функціонування закладів охорони здоров'я на рівні регіонів, оскільки дефіцит лікарів може призвести до зниження якості перинатальної допомоги, підвищення ризиків для здоров'я

матері та дитини, а також негативно вплинути на такі показники, як неонатальна смертність, кількість кесаревих розтинів тощо. Тому аналіз динаміки кадрового забезпечення є важливим інструментом для оцінювання ефективності надання перинатальної допомоги та визначення напрямів її вдосконалення.

Мета роботи

Комплексний аналіз кадрового забезпечення перинатальної допомоги в Україні, зокрема оцінювання динаміки чисельності та кваліфікації лікарів акушерів-гінекологів у період з 2015 до 2022 року, а також виявлення регіональних диспропорцій у кадровому забезпеченні медичних закладів.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження ґрунтується на аналізі даних з офіційних статистичних звітів Міністерства охорони здоров'я України, зокрема зі звітної форми 17 «Медичні кадри ЗОЗ», що містить інформацію про кількість лікарів акушерів-гінекологів по регіонах. Використано дані за 2015–2022 роки. Брали до уваги регіональні варіації в забезпеченості медичними кадрами, що дало змогу оцінити динаміку кадрового дефіциту в контексті регіональних особливостей. Під час аналізу застосували також дані з медичних звітів щодо рівня неонатальної смертності, кількості кесаревих розтинів, а також показників, які можуть свідчити про якість перинатальної допомоги в різних областях України. Крім того, використали нормативно-правові акти, що регулюють кадрову політику у сфері охорони здоров'я, та наукові публікації, присвячені проблемам медичного персоналу та якості надання перинатальної допомоги.

Одна з основних цілей дослідження – вивчення зв'язку між кадровим дефіцитом і якістю надання перинатальної допомоги. Дослідження спрямоване на виявлення ключових тенденцій у кадровій політиці охорони здоров'я, передбачає аналіз факторів, що впливають на кадровий потенціал у галузі перинатальної медицини, а також розроблення практичних рекомендацій щодо оптимізації кадрового забезпечення для покращення доступності та якості медичних послуг для матерів і новонароджених.

Вибір періоду дослідження (2015–2022 роки) зумовлений доступністю офіційних статистичних даних, що дають змогу об'єктивно оцінити динаміку кадрового забезпечення. Дані за 2023 і 2024 роки на час дослідження не були повністю оприлюднені або потребували додаткової перевірки; ці чинники могли вплинути на достовірність аналізу, тому ці відомості не залучали. Крім того, війна, що триває з 2022 року, спричинила істотні зміни в системі охорони здоров'я, зокрема у кадровій політиці, і тому доцільним є окреме дослідження після стабілізації ситуації та повного оновлення статистичних даних.

Під час дослідження використали методи статистичного аналізу (проаналізували кількісні дані, як-от чисельність лікарів акушерів-гінекологів, неонатологів

і середнього медичного персоналу у 2015–2022 роках, а також вивчили їх розподіл за регіонами), динамічного аналізу (визначили тенденції до змін у кадровому забезпеченні, встановили періоди зростання чи скорочення чисельності медичних працівників у перинатальній сфері), географічного аналізу (порівняли кадрове забезпечення в різних регіонах України, визначили територіальні диспропорції). Крім того, застосували метод контент-аналізу нормативно-правових документів, за допомогою якого проаналізували державну політику щодо регулювання кадрового забезпечення перинатальної допомоги. За допомогою описового та порівняльного методів узагальнили результати дослідження, сформулювали висновки щодо кадрової ситуації у сфері перинатальної медицини.

Критерії вибору матеріалів включали офіційність і достовірність джерел (використано дані, опубліковані державними органами, зокрема МОЗ України), актуальність (враховано дані, що охоплюють період 2015–2022 років, оскільки вони найбільш репрезентативні для аналізу кадрової ситуації у сфері перинатальної допомоги), повноту інформації (наведено комплексні показники кадрового забезпечення, зокрема щодо чисельності лікарів, їхнього кваліфікаційного рівня, розподілу за регіонами тощо).

Критерії виключення (відхилення) матеріалів – ненадійність джерел (не враховували дані з неофіційних, сумнівних або непідтверджених джерел, як-от соціальні мережі, блоги та неперевірені аналітичні платформи), відсутність репрезентативності (не використовували відомості з досліджень, що ґрунтувалися на занадто вузькому наборі даних або не враховували загальнонаціональний чи регіональний контекст), фрагментарність даних (виключали матеріали, що містять неповну або вибірккову інформацію без належної статистичної чи наукової обґрунтованості).

Математичне моделювання здійснено шляхом побудови однофакторних моделей лінійної регресії, якість моделей оцінено за коефіцієнтом детермінації R^2 . Під час дослідження виконано кореляційний аналіз. Як відомо, розрізняють два основних типи коефіцієнтів кореляції: коефіцієнт кореляції моментів Пірсона та коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. У праці М. М. Мукаки показано: правильне використання типу кореляції залежить від типів змінних, які вивчають [3].

Під час нашого дослідження здійснили кореляційний аналіз (рангова кореляція Спірмена) забезпеченості лікарями та низки показників: частки кесаревих розтинів від усіх пологів, частки нормальних пологів, чисельності жінок, які не перебували під наглядом під час вагітності (на 1000 пологів), чисельності жінок, котрі народили поза пологовим відділенням (на 1000 пологів), неонатальної, ранньої неонатальної смертності, перинатальної, антенатальної, інтранатальної смертності, частки переведених новонароджених до інших стаціонарів.

Математичні розрахунки виконали, використавши пакет MedCalc® Statistical Software version 22.009 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2023).

Результати

Згідно з висновком J. M. Bland, статистика задіяна у багатьох аспектах акушерства та гінекології, зокрема клінічних, а також систематизації загальнонаціональних даних, як-от щодо кадрового забезпечення [4].

За даними звітної форми 17 «Медичні кадри ЗОЗ», в 2022 році в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) системи МОЗ України працював 8191 лікар акушер-гінеколог (не враховуючи дитячих гінекологів); це на 19,98 % менше, ніж у 2015 році. За цей період найістотнішу тенденцію до зменшення кількості лікарів акушерів-гінекологів зафіксовано в Херсонській (-48,40 %), Запорізькій (-47,06 %), Луганській (-35,77 %), Харківській (-30,09 %) областях; найменше зниження визначили в Чернівецькій області (-11,19 %). Зазначимо, що в Івано-Франківській області темп зниження кількості лікарів акушерів-гінекологів становив -20,25 %, у Житомирській – -17,89 %, у Чернігівській – -13,74 %.

Забезпеченість лікарями акушерами-гінекологами в Україні у 2022 році становила 10,24 на 10 000 жіночого населення фертильного віку (15–44 роки); це на 10,72 % менше, ніж у 2015 році. Разом із тим, у чотирьох областях визначили зростання темпу приросту забезпеченості лікарями акушерами-гінекологами: у Тернопільській (+26,07 %), Хмельницькій (+2,62 %), Чернігівській (+1,01 %), Полтавській (+0,46 %); в Івано-Франківській області визначено тенденцію до зменшення – на -15,57 %, в Житомирській – на -7,39 % (табл. 1).

За даними регресійного аналізу, надалі прогнозується достовірне зменшення забезпеченості лікарями акушерами-гінекологами на 10 000 жіночого населення фертильного віку до 10,0 на 10 000 у 2026 році ($p < 0,001$) (рис. 1).

У результаті кореляційного аналізу встановлено достовірний зворотний зв'язок між забезпеченістю лікарями акушерами-гінекологами на 10 000 жіночого населення фертильного віку та чисельністю жінок, які народили поза пологовим відділенням, на 1000 пологів ($r = -0,539$), а також антенатальною смертністю ($r = -0,514$). Крім того, виконали кореляційний аналіз між забезпеченістю лікарями акушерами-гінекологами на 10 000 жіночого населення фертильного віку та захворюваннями новонароджених. Визначили зворотний середньої сили достовірний кореляційний зв'язок між забезпеченістю лікарями акушерами-гінекологами та кількістю родових травм (P10-P15) у новонароджених ($r = -0,501$, $p < 0,001$).

В 2022 році показник укомплектованості штатних посад у стаціонарних відділеннях у ЗОЗ і Україні становив 88,17 %, у жіночих консультаціях – 87,37 %. Частка штатних посад лікарів акушерів-гінекологів у стаціонарних відділеннях в Україні становила 55,74 %, у жіночих консультаціях – 44,26 %. Значне превалювання штатних посад у стаціонарних відділеннях визначено в Івано-Франківській (61,29 % і 38,71 % відповідно), Луганській (69,69 % і 30,31 % відповідно), Рівненській (61,31 % і 38,59 % відповідно), Сумській (61,40 % і 38,60 % відповідно), Херсонській (61,00 % і 39,00 % відповідно), Хмельницькій (61,17 % і 38,83 % відповідно),

Таблиця 1. Дані про чисельність лікарів акушерів-гінекологів в 2022 році та забезпеченість лікарями цієї спеціалізації на 10 000 жіночого населення фертильного віку в 2015 та 2022 році по регіонах України

Область	Чисельність лікарів акушерів-гінекологів у 2022 році	Забезпеченість лікарями акушерами-гінекологами на 10 000 жіночого населення фертильного віку (15–44 роки)		
		2022	2015	Темп приросту забезпеченості лікарями
Україна	8191	10,24	11,47	-10,73
Вінницька	378	13,15	13,96	-5,75
Волинська	233	11,03	12,41	-11,06
Дніпропетровська	626	10,48	11,61	-9,76
Донецька	244	3,33	3,72	-10,65
Житомирська	234	10,27	11,09	-7,39
Закарпатська	213	8,18	9,94	-17,72
Запорізька	252	8,14	13,31	-38,81
Івано-Франківська	379	13,59	16,10	-15,57
Київська	336	9,17	11,75	-21,95
Кіровоградська	176	10,58	10,79	-2,01
Луганська	88	2,36	3,09	-23,67
Львівська	700	14,06	15,34	-8,34
Миколаївська	196	9,30	9,60	-3,19
Одеська	606	13,16	13,75	-4,26
Полтавська	291	11,52	11,47	+0,46
Рівненська	279	11,87	12,76	-6,91
Сумська	193	9,95	10,60	-6,13
Тернопільська	263	15,60	12,37	+26,08
Харківська	583	11,45	14,64	-21,75
Херсонська	129	6,69	11,38	-41,15
Хмельницька	302	13,01	12,68	+2,62
Черкаська	227	10,54	11,09	-5,04
Чернівецька	262	14,09	14,73	-4,35
Чернігівська	182	10,48	10,37	+1,01
м. Київ	819	13,15	14,95	-12,04

но), Черкаській (63,28 % і 37,72 % відповідно) областях. Разом із тим, чисельність штатних посад у жіночих консультаціях більша, ніж у стаціонарних відділеннях у місті Києві (45,75 % і 54,25 % відповідно) та Харківській області (49,78 % і 50,22 % відповідно) (рис. 2).

За даними кореляційного аналізу (рангова кореляція Спірмена), встановлено зворотний середньої сили достовірний кореляційний зв'язок між коефіцієнтом укомплектованості штатних посад лікарів акушерів-гінекологів у стаціонарних відділеннях та антенатальною смертністю ($r = -0,455$, $p < 0,05$), а також із кількістю родових травм (P10-P15) у новонароджених ($r = -0,501$, $p < 0,001$).

У 2022 році в Україні на одного лікаря акушера-гінеколога припадало 977 жінок фертильного віку або 2323 жінки віком 15 років і більше (табл. 4). Більші за

середні показники кількості жінок фертильного віку на одного лікаря акушера-гінеколога по Україні зафіксовано в Донецькій (3004 жінки), Закарпатській (1223 жінки), Івано-Франківській (1228 жінок), Луганській (4245 жінок), Миколаївській (1075 жінок), Сумській (1005 жінок), Херсонській (1493 жінок) областях. У Житомирській області на одного лікаря акушера-гінеколога – 973 жінки, в Чернігівській – 954 жінки.

Розбіжність за кількістю жінок фертильного віку на одного лікаря у регіонах від максимального (Луганська область – 4245 жінки) до мінімального (Тернопільська – 641 жінка) становить 6,6 раза.

У 2022 році на одну зайняту посаду лікаря акушера-гінеколога в стаціонарних відділеннях (без виокремлення посад по пологових відділеннях) по Україні зафіксовано

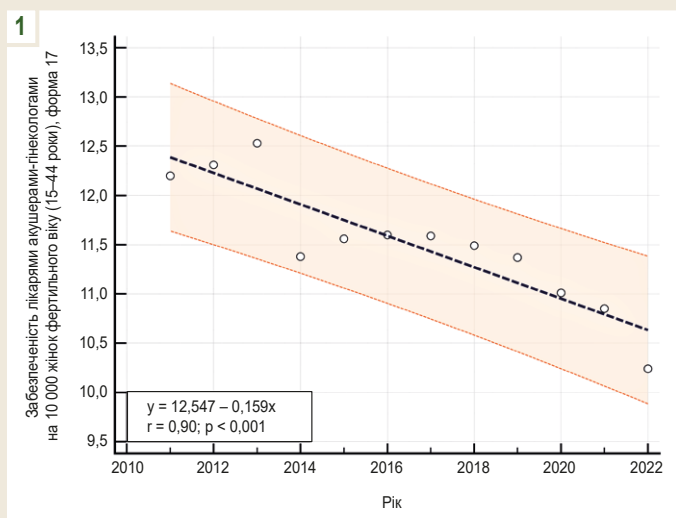


Рис. 1. Динаміка забезпеченості лікарями акушерами-гінекологами на 10 000 жіночого населення фертильного віку.

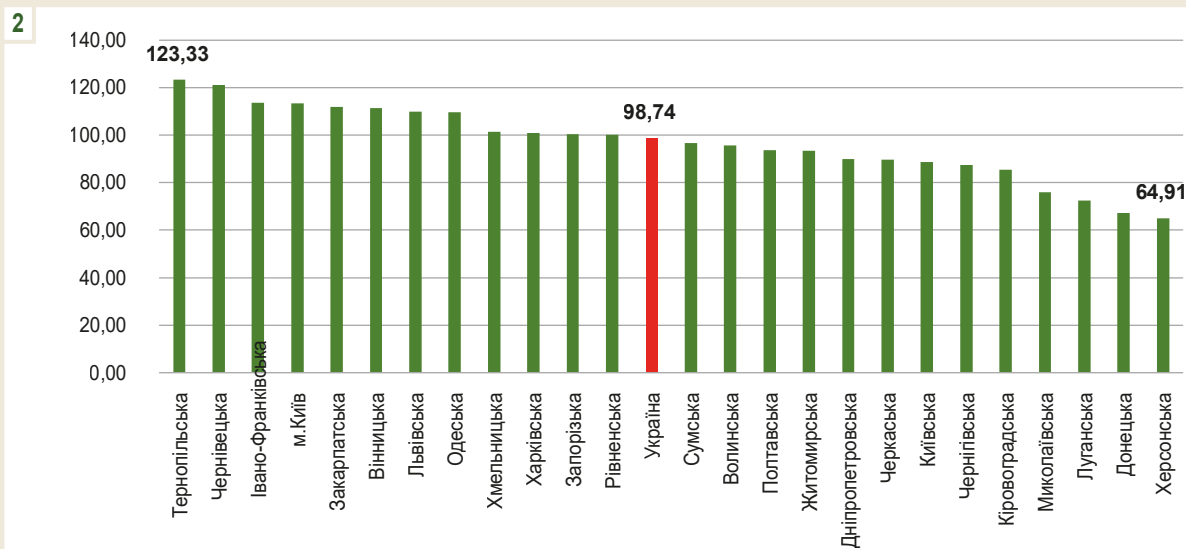


Рис. 2. Укомплектованість штатних посад лікарів акушерів-гінекологів фізичними особами, за даними статистичної форми 17, у 2022 році (%).

47,89 пологів; це на 41,21 % менше за показник 2015 року (рис. 3).

Менше за середній показник пологів по Україні зафіксовано в Хмельницькій, Черкаській, Чернігівській, Київській, Миколаївській, Сумській, Запорізькій, Харківській, Херсонській, Донецькій, Луганській областях (від 46,38 до 3,31 пологів). Найбільша кількість пологів на одну зайняту посаду – в Закарпатській області (103,23 пологів). В Івано-Франківській області кількість пологів на одну посаду більша за показник по Україні – 48,46 пологів, у Житомирській – 55,65 пологів; у Чернігівській області зафіксовано нижчий, ніж у середньому по Україні показник (44,45 пологів).

Разом із тим, на одну штатну посаду лікаря акушера-гінеколога в пологових відділеннях по Україні у 2022 році було 75,64 пологів, і це майже вдвічі менше, ніж у 2015 році. Ці дані збігаються з вираженою тенденцією до змен-

шення кількості пологів в Україні загалом. Наголосимо, що такі тенденції характерні й для інших країн, зокрема США. У дослідженні, що здійснили С. L. DeSisto et al., показано: у період із 2008 до 2019 року кількість пологів у США зменшилася на 11,8 % [5].

Кількість акушерських операцій на одну зайняту посаду лікаря акушера-гінеколога стаціонара в 2022 році становила 39,05; це на 27,56 % менше, ніж у 2015. У 2022 році в Закарпатській області (60,29 операції), місті Києві (58,38), Одеській (55,78), Полтавській (52,76), Тернопільській (48,80), Волинській (47,92), Житомирській (45,60), Дніпропетровській (41,89), Вінницькій (41,71), Чернівецькій (40,40), Київській (39,45 операції) областях зафіксовано показники, що перевищували наведений (рис. 4).

По Україні співвідношення кількості акушерських операцій і пологів становило 0,81 : 1,00. Показники,

Таблиця 2. Чисельність жіночого населення фертильного віку та віком 15 років і більше на одного лікаря акушера-гінеколога по регіонах України

Область	На 1 лікаря чисельність жіночого населення фертильного віку (15–44 роки), ф. 17	На 1 лікаря чисельність жіночого населення (15 років і більше), ф. 17
Україна	976,88	2322,72
Вінницька	760,24	1838,70
Волинська	906,30	1899,23
Дніпропетровська	954,09	2322,38
Донецька	3004,79	8207,15
Житомирська	973,39	2295,13
Закарпатська	1222,63	2474,39
Запорізька	1228,06	3083,21
Івано-Франківська	735,57	1589,84
Київська	1090,48	2430,96
Кіровоградська	945,45	2381,09
Луганська	4244,57	11877,47
Львівська	711,26	1574,28
Миколаївська	1075,74	2577,68
Одеська	759,68	1728,47
Полтавська	867,78	2170,05
Рівненська	842,16	1745,05
Сумська	1005,31	2563,20
Тернопільська	641,02	1767,46
Харківська	873,23	2084,54
Херсонська	1493,68	3556,72
Хмельницька	768,54	1862,92
Черкаська	949,19	2418,16
Чернівецька	709,64	1508,76
Чернігівська	954,35	2511,49
м. Київ	760,37	1631,53

зафіксовані в областях, становили: 2,71 : 1,00 – у Луганській, 1,13 : 1,00 – у Херсонській, 1,06 : 1,00 – у Полтавській області, 0,99 : 1,00 – у м. Києві, 0,54 : 1,00 – у Рівненській, 0,58 : 1,00 – у Закарпатській, 0,68 : 1,00 – у Львівській області.

У 2022 році частка кесаревих розтинів по Україні становила 27,43 % від усіх пологів. Більша за цей рівень частка кесаревих розтинів – у Харківській (31,08 %), Херсонській (30,98 %), Житомирській (30,76 %), Івано-Франківській (29,99 %), Закарпатській (29,91 %), Одеській (29,73 %), Київській (29,49 %), Кіровоградській (29,48 %), Дніпропетровській (29,23 %), Львівській (28,89 %), Полтавській (28,65 %) областях, у місті Києві (27,69 %). У Чернігівській області цей показник становив 25,35 % (рис. 5).

У 2022 році забезпеченість акушерками на 10 000 жінок фертильного віку становила 12,33; це на 42 % менше, ніж у 2015 (рис. 6). Співвідношення штатних

посад лікарів акушерів-гінекологів і акушерок становило 1,00 : 1,13, співвідношення лікарів акушерів-гінекологів (фізичних осіб) та акушерок (фізичних осіб) – 1,00 : 1,20. Це співвідношення впродовж останніх 10 років має тенденцію до зниження ($p < 0,05$). Укомплектованість штатних посад акушерок у ЗОЗ становила по Україні 87,82 %. За даними регресійного аналізу, прогнозується достовірне зменшення забезпеченості акушерками до рівня 9,8 на 10 000 жіночого населення у 2026 році.

У 2022 році в Україні працювали 1419 лікарів-неонатологів, це на 9,74 % менше, ніж у 2015. На одного лікаря-неонатолога в 2022 році в Україні припадало 138,69 новонародженого; це на 45 % менше, ніж у 2015 (рис. 7).

По областях кількість новонароджених на одного лікаря-неонатолога становила від 12,63 новонародженого в Луганській області до 256,61 новонародженого в Закарпатській області – показники відрізнялися в 20 разів.

3

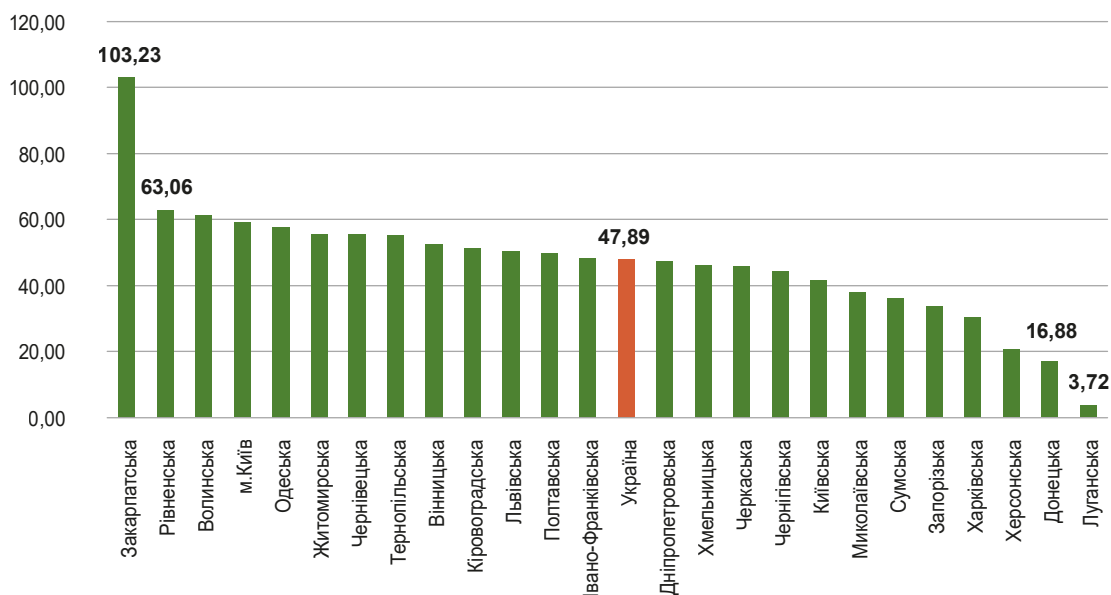


Рис. 3. Кількість пологів на одну зайняту посаду лікаря акушера-гінеколога (%).

4

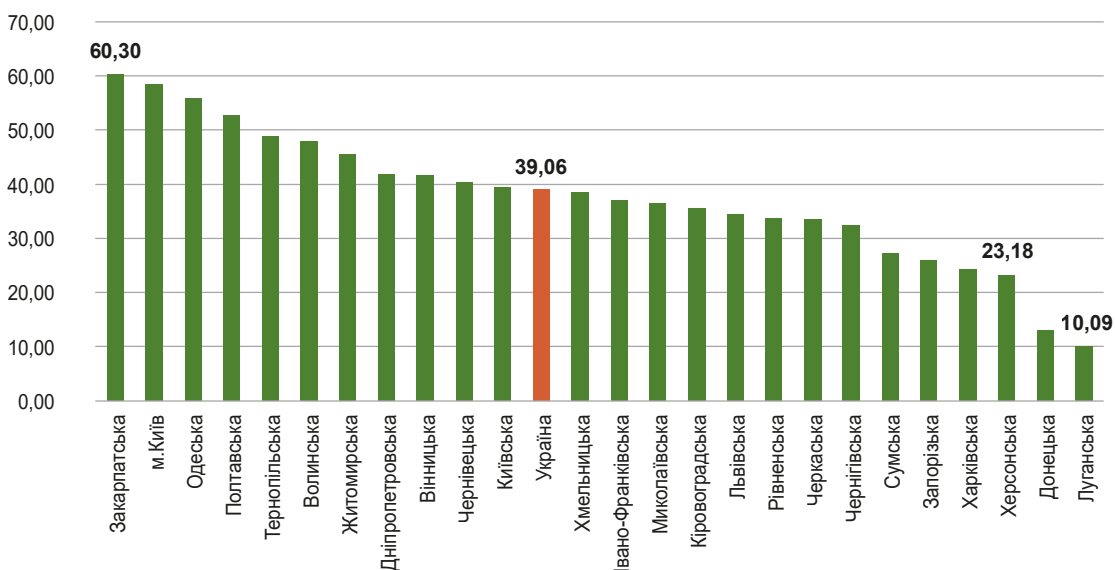


Рис. 4. Кількість акушерських операцій на одну зайняту посаду лікаря акушера-гінеколога стаціонара в 2022 році.

Кількість новонароджених із масою тіла до 1500 г на одного лікаря-неонатолога в Україні становила 1,14 новонародженого. Зафіксовано коливання цього показника від 0 у Луганській області до 2,23 в Закарпатській (рис. 8), розбіжності становили 6,7 раза.

У результаті кореляційного аналізу встановлено зворотний достовірний зв'язок гіпотермії в новонароджених із кількістю новонароджених на одного лікаря-неонатолога ($r = -0,445$, $p < 0,001$).

Оцінка основних показників діяльності закладів охорони здоров'я, що надавали перинатальну допомогу в Україні у 2011–2022 роках. В Україні в 2022 році забезпеченість

акушерськими ліжками становила 14,83 на 10 000 жінок фертильного віку (15–44 роки), це на 34,87 % менше, ніж у 2011. Прогнозується достовірне зменшення цього показника до 13,00 на 10 000 жінок фертильного віку ($p < 0,001$) (рис. 9). Зазначимо, що такі тенденції характерні й для інших країн. Так, згідно з результатами дослідження, що здійснене в США, у період з 2008 по 2019 рік кількість пологів у США скоротилась на 11,8 %, і відповідне зниження коефіцієнта становило 6,8 % (з 68,9 до 64,2) [5]. Разом із тим, у Китаї внаслідок агресивної державної політики за останні 13 років кількість ліжок збільшилася з 40 до 72 (в 1,8 раза) [6].

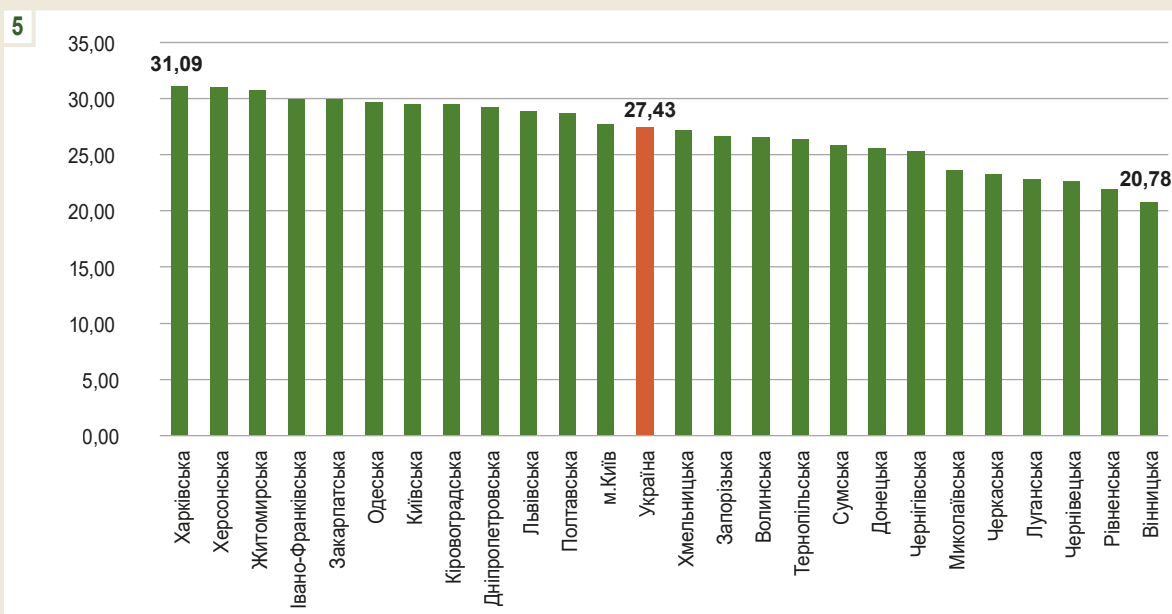


Рис. 5. Частка кесаревих розтинів від усіх пологів по регіонах України в 2022 році, %.

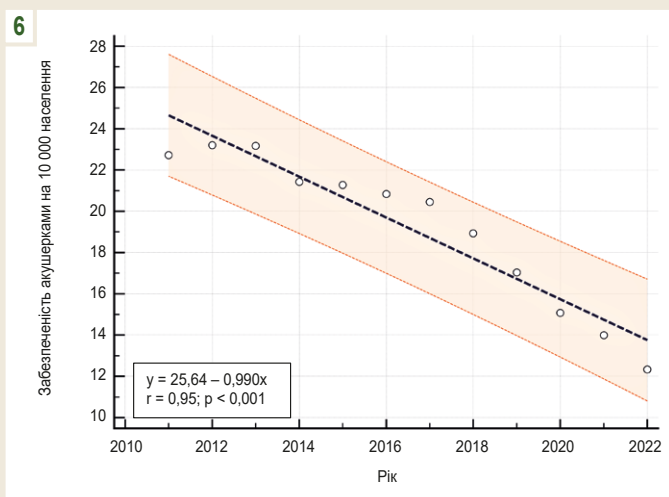


Рис. 6. Динаміка забезпеченості акушерками на 10 000 жіночого населення фертильного віку.

Кількість акушерських ліжок на одну штатну посаду лікаря акушера-гінеколога по Україні становила 4,71, це на 31 % менше за показник 2011 року. Прогнозується достовірне зменшення кількості ліжок на одну штатну посаду лікаря акушера-гінеколога до 3,67 у 2026 році ($p < 0,001$).

Кількість акушерських ліжок на одну штатну посаду акушерки становила 2,21, і це на 15 % менше за відповідний показник 2011 року. Прогнозується вірогідне зменшення кількості акушерських ліжок на одну штатну посаду акушерки до 2,07 у 2026 році ($p < 0,001$).

Середня тривалість перебування на акушерському ліжку у 2022 році порівняно з показником 2011 року зменшилася на 19 % і становила 6,67 днів. Прогнозується достовірне зменшення середньої тривалості перебування на ліжку до 5,93 у 2026 році ($p < 0,001$).

У 2022 році зросла кількість жінок на 1000 пологів, які під час вагітності не перебували під наглядом лікаря (на 84 %) – з 4,73 у 2015 році до 8,72 у 2022. Найбільше зросла частка таких жінок у Сумській (+749 %), Закарпатській (+457 %), Миколаївській (+224 %), Херсонській (+166 %), Дніпропетровській (+163 %) областях. Втім у місті Києві (-3,0 %), Одеській (-5,0 %), Тернопільській (-30,0 %) областях цей показник знизився. Імовірно, цей факт зумовлений початком повномасштабної війни в Україні проти росії та внутрішньою міграцією вагітних жінок.

За даними регресійного аналізу, чисельність жінок на 1000 пологів, які не перебували під наглядом під час вагітності, має зворотний вірогідний зв'язок із забезпеченістю акушерками на 10 000 жінок фертильного віку: чим більша забезпеченість акушерками, тим менша чисельність жінок, які під час вагітності не перебували

7

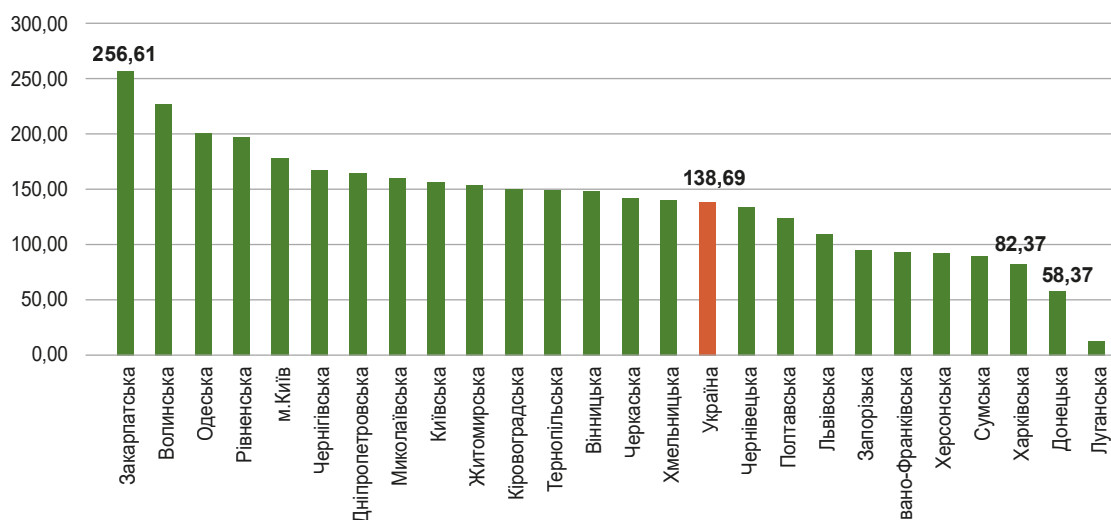


Рис. 7. Кількість новонароджених на одного лікаря-неонатолога на рік у 2022 році по регіонах України (абс.).

8

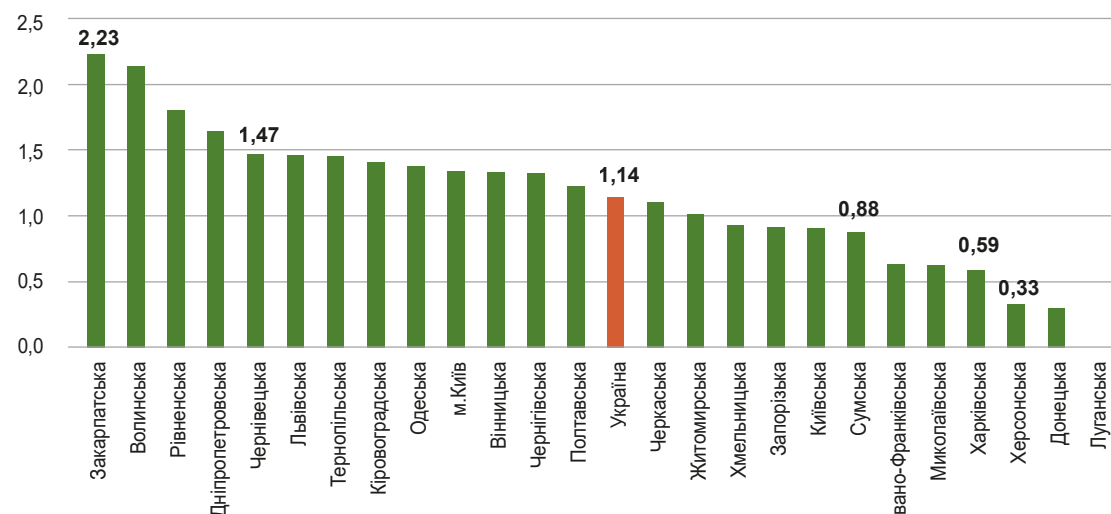


Рис. 8. Кількість новонароджених із масою тіла до 1500 г на одного лікаря-неонатолога по регіонах України (абс.).

9

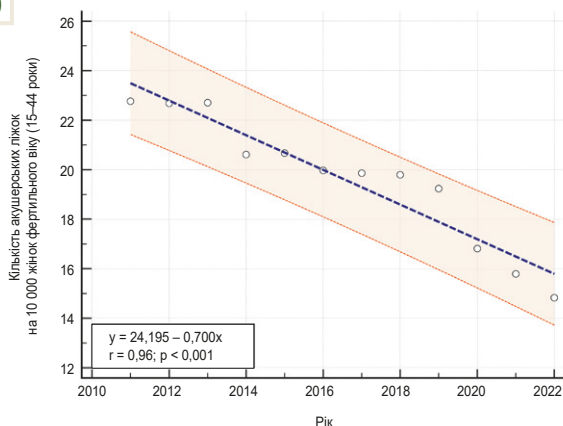


Рис. 9. Динаміка забезпеченості акушерськими ліжками на 10 000 жінок фертильного віку (15–44 роки) у 2011–2022 роках.

10

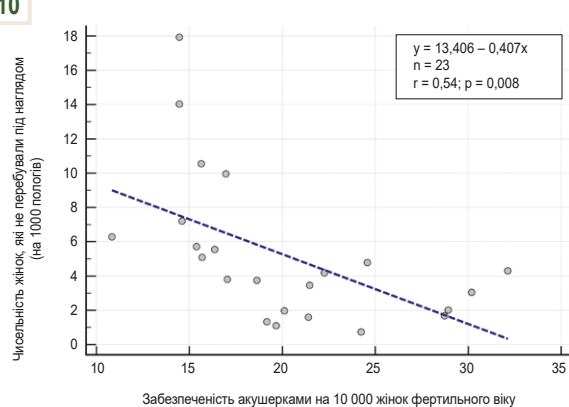


Рис. 10. Залежність забезпеченості акушерками на 10 000 жінок фертильного віку та чисельності жінок, які не перебували від наглядом лікаря акушера-гінеколога під час вагітності.

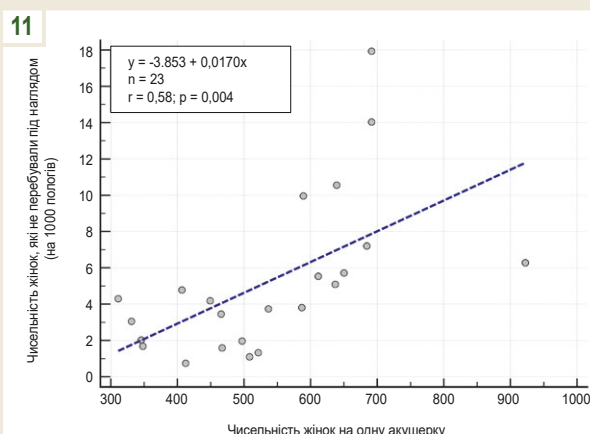


Рис. 11. Залежність чисельності жінок, які не перебували від наглядом лікаря акушера-гінеколога під час вагітності, та чисельності жінок на одну акушерку.

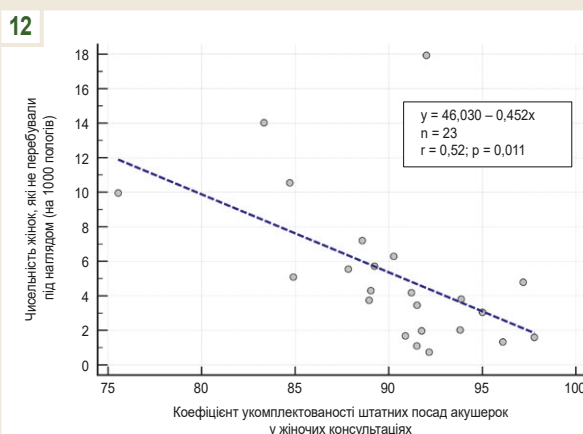


Рис. 12. Залежність чисельності жінок, які не перебували від наглядом лікаря акушера-гінеколога під час вагітності, та коефіцієнта укомплектованості штатних посад акушерок у жіночій консультації.

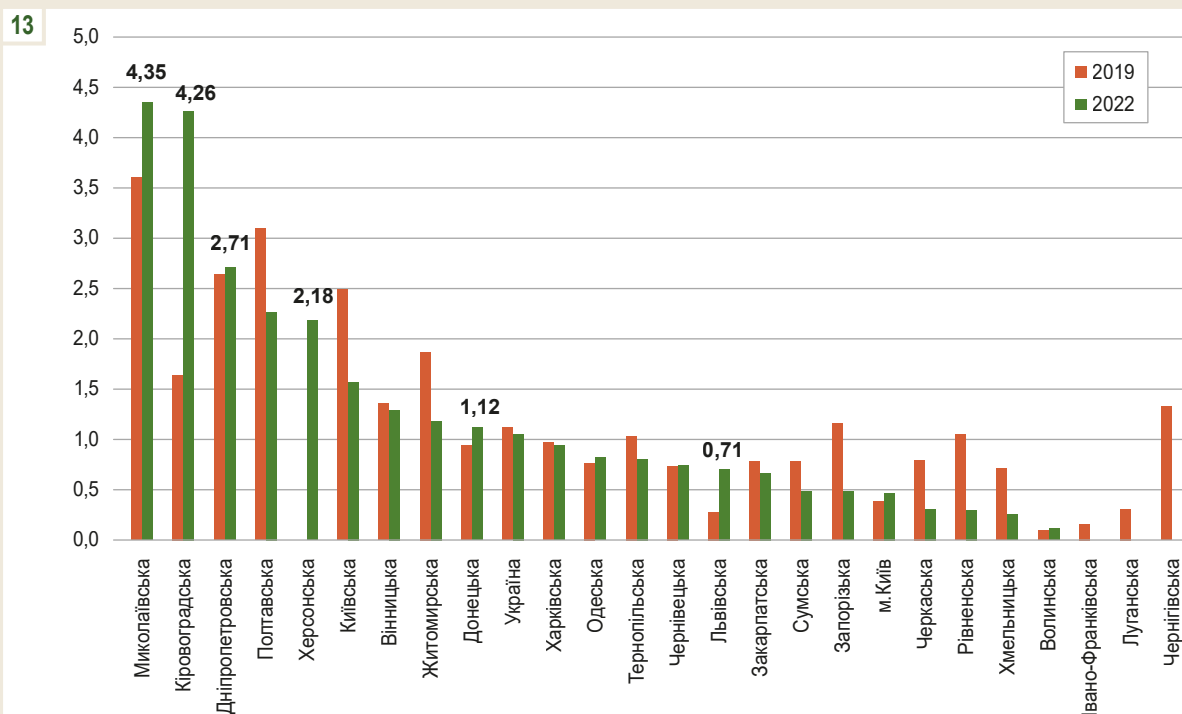


Рис. 13. Кількість пологів поза пологовим відділенням у 2019 і 2022 роках по регіонах України (на 1000 пологів).

під наглядом. Ситуація стабілізується, коли забезпеченість акушерками становитиме більше ніж 20 акушерок на 10 000 жінок фертильного віку ($r = 0.54$, $p = 0.008$) (рис. 10).

Зауважимо, що ситуація погіршується, якщо на одну акушерку припадає більше ніж 550 жінок фертильного віку ($r = 0.58$, $p = 0.004$) (рис. 11).

Виявлено зворотний зв'язок між укомплектованістю штатних посад акушерок жіночих консультацій із чисельністю жінок, які не перебували під наглядом під час вагітності ($r = 0.52$, $p = 0.011$). Ситуація поліпшується,

коли показник укомплектованості становить понад 91 % (рис. 12).

У 2022 році показник кількості пологів поза пологовим відділенням на 1000 пологів зменшився на 6,41 % (з 1,13 до 1,06 на 1000 пологів) порівняно з 2022 (рис. 13). Втім, зазначимо, в окремих областях збільшилася частка таких пологів: у Житомирській (+67,00 %), Дніпропетровській (+13,77 %), Закарпатській (+174,00 %), Кіровоградській (+853,00 %), Миколаївській (+157,63 %), Сумській (+57,24 %), Харківській (+49,73 %), Херсонській (+666,98 %), Черкаській (+73,27 %) та Чернівецькій (+25,6 %).

14

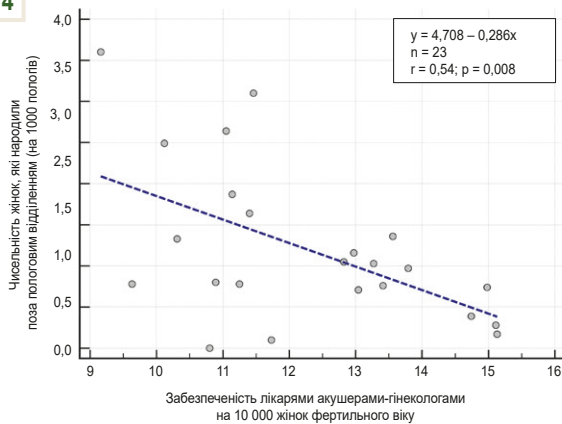


Рис. 14. Залежність чисельності жінок, які народили поза пологовим відділенням (на 1000 пологів), і забезпеченості лікарями акушерами-гінекологами на 10 000 жінок фертильного віку.

15

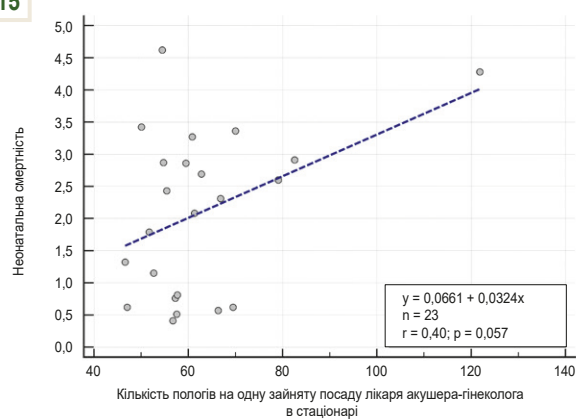


Рис. 15. Залежність неонатальної смертності та кількості пологів на одну зайняту посаду лікаря акушера-гінеколога в стаціонарі.

16

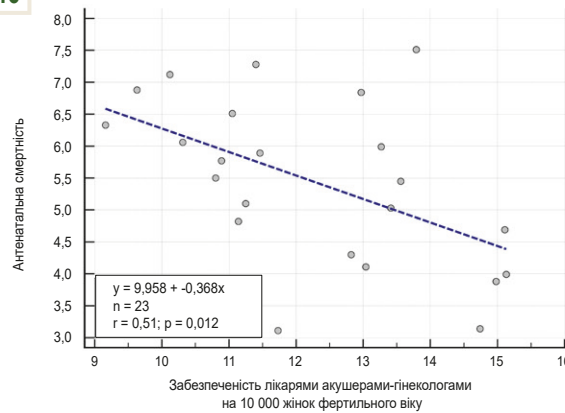


Рис. 16. Залежність між показниками антенатальної смертності та забезпеченістю лікарями акушерами-гінекологами на 10 000 жінок фертильного віку.

За даними регресійного аналізу, кількість пологів поза пологовим відділенням має достовірний кореляційний зв'язок із рівнем забезпеченості лікарями акушерами-гінекологами на 10 000 жіночого населення фертильного віку. Якщо рівень забезпеченості становить 12 і більше лікарів на 10 000 жінок фертильного віку, то кількість таких пологів має тенденцію до стабілізації ($r = 0,54$, $p = 0,008$) (рис. 14). Встановлено, що ситуація погіршуватиметься, якщо на одного лікаря припадатиме 800 і більше жінок фертильного віку ($r = 0,55$, $p = 0,007$).

Регресійний аналіз показав певну тенденцію залежно від регіону щодо кількості пологів на одну зайняту посаду лікаря акушера-гінеколога. Зокрема, 80 і більше пологів на одну зайняту посаду призводить до погіршення показників неонатальної смертності ($r = 0,4$, $p = 0,057$) (рис. 15).

Перинатальна смертність має тенденцію до залежності від забезпеченості акушерками жіночого населення. Так, якщо рівень забезпеченості акушерками становить 21 і

більше на 10 000 жінок фертильного віку, показники перинатальної смертності мають тенденцію до зменшення ($r = 0,4$, $p = 0,061$). Антенатальна смертність має залежність від рівня забезпеченості лікарями акушерами-гінекологами на 10 000 жіночого населення фертильного віку ($r = 0,51$, $p = 0,012$), а також із чисельністю жіночого населення фертильного віку на одного лікаря: чим більша чисельність жінок на одного лікаря акушера-гінеколога, тим вищі показники антенатальної смертності ($r = 0,51$, $p = 0,014$) (рис. 16).

Зауважимо, що у світі в 2015 році, за даними дослідників, зафіксовано понад 2 млн мертвонароджень і 2,5 млн неонатальних смертей. При цьому визначено істотні відмінності за показниками перинатальної смертності між країнами із низьким рівнем доходу та країнами із високим рівнем доходу [7,8,9].

Антенатальна смертність має зворотний вірогідний зв'язок із забезпеченістю акушерками на 10 000 жінок фертильного віку ($r = 0,49$, $p = 0,017$) (рис. 17).

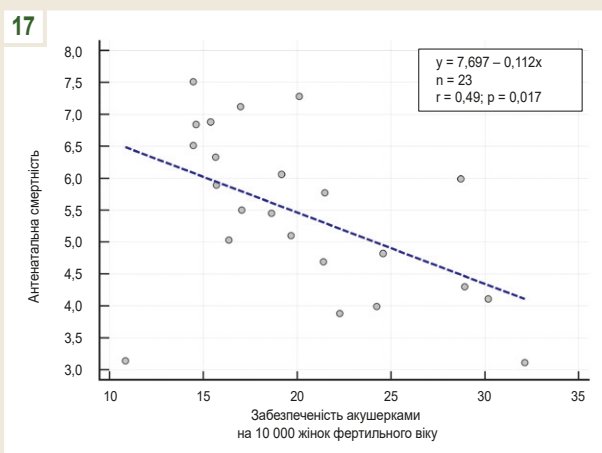


Рис. 17. Залежність між показниками антенатальної смертності та забезпеченістю акушерками на 10 000 жінок фертильного віку.

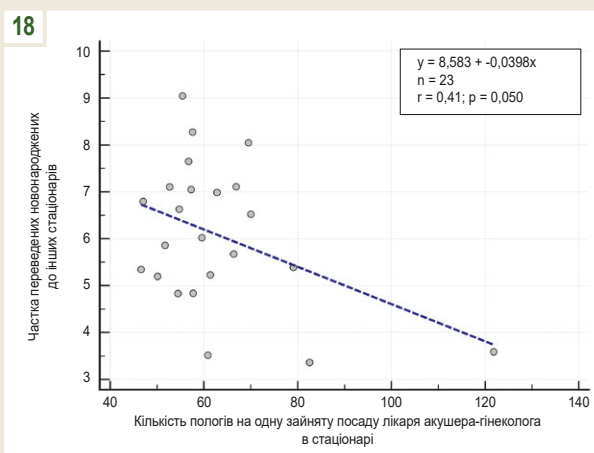


Рис. 18. Залежність між часткою переведених новонароджених і кількістю пологів на одну зайняту посаду лікаря акушера-гінеколога в стаціонарі.

У 2022 році частка переведених новонароджених до інших стаціонарів зменшилася на 35,71 % порівняно з показником 2015 року (з 5,94 % до 3,82 %). Зазначимо, втім, що у Дніпропетровській (+17,07 %), Харківській (+7,06 %), Херсонській (+24,74 %) областях частка таких новонароджених збільшилася. В Житомирській області частка переведених скоротилася на 33,35 %, в Івано-Франківській – на 47,04 %, у Чернігівській – на 49,07 %.

У результаті регресійного аналізу виявлено, що чим більше пологів на одну зайняту посаду лікаря акушера-гінеколога, тим менша частка переведених новонароджених до інших стаціонарів, особливо коли кількість пологів на одну зайняту посаду становить понад 80 випадків ($r = 0,41$, $p = 0,050$) (рис. 18).

Обговорення

Результати дослідження дають підстави зробити висновок про суттєві регіональні особливості організації перинатальної допомоги в Україні. Імовірно, ці відмінності можна почасти пояснити впливом війни з росією та вимушеною міграцією жіночого населення в межах України. До цих особливостей належать істотні коливання показників у мережі щодо кількості надавачів послуг у регіонах, регіональне зростання забезпеченості лікарями акушерами-гінекологами жіночого населення в окремих областях на тлі загального зниження цього показника, різна структура штатних посад лікарів акушерів-гінекологів у стаціонарних та амбулаторних відділеннях залежно від регіону, відмінності за чисельністю жіночого населення на одного лікаря акушера-гінеколога (у 6,6 раза), чисельністю новонароджених на одного лікаря-неонатолога (у 20 разів), чисельністю новонароджених із масою тіла до 1500 г на одного лікаря-неонатолога, за співвідношенням кількості акушерських операцій до пологів (у 3 рази), а також збільшення чисельності породіль на 1000 пологів, які не перебували під наглядом у лікаря-акушера, кількості пологів поза пологовим відділенням і регіональне

збільшення частки переведених новонароджених до інших ЗОЗ на тлі зменшення загалом по Україні.

Встановлено достовірне зменшення головних показників акушерсько-гінекологічної допомоги в прифронтових областях України: забезпеченості лікарями акушерами-гінекологами та акушерками, зменшення чисельності жіночого населення на одного лікаря акушера-гінеколога, зменшення кількості пологів на одного лікаря акушера-гінеколога та чисельності новонароджених на одного лікаря-неонатолога, збільшення чисельності жінок, які не перебували під наглядом лікаря під час вагітності, зростання кількості пологів поза пологовим відділенням.

У період з 2015 до 2022 року визначено зменшення співвідношення лікарів акушерів-гінекологів та акушерок. Це призводить до зменшення ролі акушерки в наданні перинатальної допомоги та зниження якості догляду за пацієнтками, збільшення частки кесаревих розтинів від загальної кількості пологів.

Встановлено математичні закономірності, що підтверджують значення кадрового забезпечення акушерсько-гінекологічної допомоги: позитивний достовірний кореляційний зв'язок між середньою оплатою за пологи та складними неонатальними випадками ($r = 0,92$); зворотний вірогідний кореляційний зв'язок між забезпеченістю лікарями акушерами-гінекологами та чисельністю новонароджених із родовими травмами (P10-P15) ($r = -0,501$, $p < 0,001$); зворотний достовірний кореляційний зв'язок між коефіцієнтом укомплектованості штатних посад лікарів акушерів-гінекологів у стаціонарі та чисельністю новонароджених із родовими травмами (P10-P15) ($r = -0,501$, $p < 0,001$); зворотний вірогідний зв'язок гіпотермії в новонароджених із чисельністю новонароджених на одного лікаря-неонатолога ($r = 0,445$, $p < 0,001$); достовірний кореляційний зв'язок між кількістю пологів поза пологовим відділенням і рівнем забезпеченості лікарями акушерами-гінекологами на 10 000 жінок фертильного віку, зокрема відбувається стабілізація показника при

забезпеченості лікарями на рівні 12 і більше на 10 000 жінок фертильного віку ($r = 0,54$, $p = 0,008$), а також кількість таких пологів збільшується, коли чисельність жінок віком 15 років і більше становить ≥ 800 на одного лікаря акушера-гінеколога ($r = 0,55$, $p = 0,007$); залежно від регіону зафіксовано тенденцію до зростання рівня неонатальної смертності при кількості пологів ≥ 80 на одну зайняту посаду лікаря акушера-гінеколога ($r = 0,4$, $p = 0,057$), до збільшення кількості випадків антенатальної смерті плода зі зростанням чисельності жінок на одного лікаря акушера-гінеколога ($r = 0,51$, $p = 0,014$), до зростання рівня перинатальної смертності, коли забезпеченість жіночого населення акушерками становить менше ніж 21 на 10 000 ($r = 0,4$, $p = 0,061$).

Прогнозовано таку динаміку показників організації перинатальної допомоги: достовірне зменшення забезпеченості лікарями акушерами-гінекологами на 10 000 жінок фертильного віку до 10,0 на 10 000 у 2026 році ($p < 0,001$); вірогідне зменшення забезпеченості акушерськими ліжками на 10 000 жінок фертильного віку (до 13 на 10 000), кількості ліжок на одну штатну посаду лікаря акушера-гінеколога (3,67 ліжка на одного лікаря) та акушерок (2,07 на одну акушерку), середньої тривалості перебування на ліжку (5,93 дня) ($p < 0,001$).

Висновки

1. Визначено істотні регіональні диспропорції кадрового забезпечення перинатальної допомоги в Україні: коливання чисельності медичних працівників, забезпеченості лікарями акушерами-гінекологами та якості надання перинатальної допомоги.

2. Зниження кадрового потенціалу в окремих регіонах, особливо в прифронтових областях, призводить до зростання випадків пологів поза пологовим відділенням і переведення новонароджених до інших медичних закладів. Прогнозується подальше зменшення кількості лікарів акушерів-гінекологів до 2026 року, що ставить під загрозу доступність і якість перинатальної допомоги.

3. Аналіз кадрового забезпечення перинатальної допомоги показав, що якість медичних послуг істотно залежить від чисельності та кваліфікації медичних працівників, тому удосконалення кадрової політики є необхідним кроком для покращення стану здоров'я жінок та новонароджених в Україні.

4. У результаті аналізу динаміки кількості пологів, кесаревих розтинів і ролі акушерок зробили висновок про необхідність вдосконалення кадрової політики та оптимізації ресурсного забезпечення медичних установ. Рекомендовано розробити заходи для покращення кадрового забезпечення, вдосконалення підготовки спеціалістів і впровадження ефективних управлінських стратегій для поліпшення якості надання перинатальної допомоги в Україні.

Перспективи подальших досліджень полягають в аналізі чинників регіональних диспропорцій у кадровому забезпеченні перинатальної допомоги, враховуючи соціально-економічні та демографічні умови. Важливим

напрямом є оцінювання ефективності державних програм і реформ у сфері охорони здоров'я, зокрема щодо підтримки акушерсько-гінекологічної служби. Необхідно дослідити вплив військових дій на систему перинатальної допомоги, особливо в прифронтових регіонах, а також вивчити міграційні процеси серед медичних працівників. Доцільним є розроблення моделі оптимального розподілу ресурсів, використовуючи статистичні й математичні підходи, щоб забезпечити ефективне кадрове планування.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflict of interest to declare.

Відомості про автора:

Орабіна Т. М., асистентка каф. менеджменту охорони здоров'я, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна.

ORCID ID: 0009-0000-6894-7389

Information about the author:

Orabina T. M., Assistant of the Department of Health Care Management, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

References

1. Cabinet of Ministers of Ukraine. Pro skhvalennia Stratehii rozvytku systemy okhorony zdorovia na period do 2030 roku ta zatverdzhennia operatsiinoho planu zakhodiv z yii realizatsii u 2025-2027 rokakh [On approval of the Healthcare System Development Strategy for the period until 2030 and approval of the operational plan of measures for its implementation in 2025-2027]. Order dated 2025 Jan 17, No. 34-r. Ukrainian. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text>
2. The report Healthcare at War: The Impact of Russia's full-scale Invasion on the Healthcare in Ukraine [Internet]. UHC; 2023 [cited 2025 Jan 14]. Available from: <https://uhc.org.ua/en/healthcare-at-war-eng/>
3. Mukaka MM. A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J*. 2012;24(3):69-71.
4. Bland JM. Medical statistics in obstetrics and gynaecology. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1997;75(1):99-102. doi: 10.1016/s0301-2115(97)00204-2
5. DeSisto CL, Goodman DA, Brantley MD, Menard MK, Declercq E. Examining the Ratio of Obstetric Beds to Births, 2000-2019. *J Community Health*. 2022;47(5):828-34. doi: 10.1007/s10900-022-01116-1
6. Xie M, Lao TT, Ma J, Zhu T, Liu D, Yu S, et al. Impact of childbirth policy changes on obstetric workload over a 13-year period in a regional referral center in China – implications on service provision planning. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):610. doi: 10.1186/s12884-021-04074-z
7. Hug L, You D, Blencowe H, Mishra A, Wang Z, Fix MJ, et al. Global, regional, and national estimates and trends in stillbirths from 2000 to 2019: a systematic assessment. *Lancet*. 2021;398:772-85. doi: 10.1016/s0140-6736(21)01112-0
8. Hug L, Alexander M, You D, Alkema L. National, regional, and global levels and trends in neonatal mortality between 1990 and 2017, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7:e710-20. doi: 10.1016/s2214-109x(19)30163-9
9. McClure EM, Saleem S, Goudar SS, Garces A, Whitworth R, Esamai F, et al. Stillbirth 2010-2018: a prospective, population-based, multi-country study from the Global Network. *Reprod Health*. 2020;17(Suppl 2):146. doi: 10.1186/s12978-020-00991-y