

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

Кафедра менеджменту охорони здоров'я

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: «Управлінські стратегії покращення показників
кесарського розтину»**

**(на прикладі Комунального некомерційного підприємства
«Перинатальний центр м. Києва»)**

Виконала: Захарченко А.М.

Галузь знань: 07 «Управління та адміністрування»

Спеціальність: 073 «Менеджмент»

Освітньої програми: «Менеджмент охорони здоров'я»

Освітній ступінь: магістр

Науковий консультант: доцент кафедри, к. мед. н. Терентюк В. Г.

2025 рік

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	4
АНОТАЦІЯ.....	5
ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1.....	12
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ПОКРАЩЕННЯ ПРАКТИКИ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ	12
1.1. Аналіз клінічних показань до виконання кесаревого розтину.....	12
1.2. Сучасні управлінські підходи та стратегії покращення показника кесаревого розтину.....	16
1.3. Теоретичні моделі та підходи до аналізу частки кесаревих розтинів у закладах охорони здоров'я	19
Висновки до розділу 1	20
РОЗДІЛ 2.....	22
АНАЛІЗ ЧАСТКИ КЕСАРЕВИХ РОЗТИНІВ ТА ФІНАНСОВИХ ВИТРАТ НА РІЗНІ ВИДИ РОЗРОДЖЕННЯ В КНП «ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ЦЕНТР М.КИЄВА	22
2.1. Загальна характеристика діяльності комунального некомерційного підприємства «Перинатальний центр м. Києва»	27
2.2. Аналіз проведених пологів за методами розродження	33
2.3. Аналіз клінічних показань до виконаних кесаревих розтинів та визначення частки необґрунтованих операцій	38
2.4. Оцінка фінансових витрат на вагінальні пологи та кесарів розтин	48
2.5. Економічний ефект потенційного покращення частки КР	48
Висновки до розділу 2	51

РОЗДІЛ 3.	53
УПРАВЛІНСЬКІ СТРАТЕГІЇ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ПОКАЗНИКІВ КЕСАРЕВИХ РОЗТИНІВ У КНП «ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ЦЕНТР М. КИЄВА»	53
3.1. Розробка управлінських стратегій контролю та зниження необґрунтованих кесаревих розтинів	53
3.2. Методика моніторингу та контролю частки кесаревих розтинів	49
3.3. Очікуваний економічний ефект від впровадження управлінських стратегій	62
Висновки до розділу 3	63
ВИСНОВКИ	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	68

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ДРТ	Допоміжні репродуктивні технології
ЕКЗ / IVF	Екстракорпоральне запліднення (In Vitro Fertilization)
ЕСV	External Cephalic Version — зовнішній поворот плода на голівку
KPI	Key Performance Indicators — ключові показники ефективності
КНП	Комунальне некомерційне підприємство
КР	Кесарів розтин
ЛПЗ	Лікувально-профілактичний заклад
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
NICU	Neonatal Intensive Care Unit — відділення інтенсивної терапії новонароджених
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
PDCA	Plan–Do–Check–Act — цикл безперервного покращення якості
ПЦ	Перинатальний центр
PVN	Per vias naturalis — пологи через природні пологові шляхи
TOLAC	Trial of Labor After Cesarean — спроба пологів після кесаревого розтину
VBAC	Vaginal Birth After Cesarean — вагінальні пологи після кесаревого розтину
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я

АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі досліджено проблему зростання частоти кесаревих розтинів та обґрунтовано комплекс управлінських стратегій, спрямованих на оптимізацію акушерської допомоги та підвищення економічної ефективності у КНП «Перинатальний центр м. Києва». Актуальність теми визначається перевищенням рекомендованих ВООЗ рівнів оперативного розродження та необхідністю раціонального використання фінансових ресурсів у період економічної нестабільності та воєнного стану.

Метою дослідження є обґрунтування та розробка комплексу управлінських рішень, спрямованих на зменшення частоти кесаревих розтинів та оптимізацію витрат при наданні медичної допомоги при пологах. Під час виконання роботи застосовано методи аналізу статистичних даних, структурного аналізу, порівняльного аналізу показників, економічного аналізу витрат, SWOT-аналіз, а також сценарного моделювання економічного ефекту.

Встановлено, що частота кесаревих розтинів у закладі за 9 місяців 2025 року становила 32%, а основними показаннями до оперативного розродження є: рубець на матці (27,8%), дистрес плода (15%), сідничне передлежання плода (11,5%) та клінічно вузький таз (7,6%). Виявлено значні резерви для зниження частоти оперативних втручань шляхом впровадження програми TOLAC/VBAC і оптимізації тактики ведення пологів при сідничному передлежанні плода. Розраховано, що потенційний економічний ефект від зниження частоти кесаревих розтинів може становити 2,58 млн грн за 9 місяців та близько 3,45 млн грн на рік.

Розроблено комплекс управлінських стратегій, що включає: впровадження програми TOLAC/VBAC, розвиток допологового консультування та підготовки вагітних, клінічний аудит показань до

кесаревого розтину, удосконалення маршруту пацієнтів, впровадження системи KPI та моніторингу якості медичної допомоги, підвищення кваліфікації медичного персоналу щодо ведення пологів при сідничному передлежанні плода та оптимізацію індукції пологів.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання розроблених стратегій для зниження кількості необґрунтованих оперативних втручань, покращення результатів вагітності та пологів і підвищення ефективності використання фінансових ресурсів.

Ключові слова: кесарів розтин, VBAC, TOLAC, економічна ефективність, допологове консультування, акушерська допомога, управлінські стратегії, KPI, перинатальний центр.

Annotation

The master's thesis examines the problem of increasing cesarean section rates and substantiates a set of management strategies aimed at optimizing obstetric care and improving economic efficiency at the Municipal Non-Profit Enterprise "Kyiv Perinatal Center". The relevance of the research is determined by the excessive rate of operative delivery compared to WHO recommendations and the need for rational resource use in the context of economic constraints and martial law.

The aim of the study was to substantiate and develop management strategies targeted at reducing the frequency of cesarean sections and optimizing childbirth-related hospital expenses. The research employed statistical and structural analysis, comparative clinical assessment, cost analysis, SWOT analysis, and scenario modeling of economic efficiency.

The analysis demonstrated that the cesarean section rate reached 32% during the first nine months of 2025. The main indications included previous uterine scar (27.8%), fetal distress (15%), breech presentation (11.5%), and clinically narrow

pelvis (7.6%). The most significant reserve for reducing cesarean delivery rates was identified among TOLAC/VBAC-eligible patients and those with breech presentation. The estimated economic savings amount to UAH 2,589,373.92 over 9 months and approximately UAH 3.45 million per year.

A comprehensive management strategy was developed, including TOLAC/VBAC implementation, development of antenatal counselling and childbirth preparation, clinical audit of cesarean section indications, optimization of patient pathways, implementation of a KPI-based quality monitoring system, staff training in breech delivery and optimization of labor induction protocols.

The practical significance of the study lies in the possibility of applying the proposed strategies to decrease unnecessary surgical deliveries, improve maternal and neonatal outcomes, and optimize financial resource use.

Keywords: cesarean section, VBAC, TOLAC, economic efficiency, antenatal counselling, obstetric care, management strategies, KPI, perinatal center.

ВСТУП

Пріоритетною групою медичних послуг у пологових будинках є медична допомога при пологах. Пологи можуть завершуватися вагінально або шляхом операції кесаревого розтину. Кесарів розтин є хірургічним втручанням, яке супроводжується підвищеним ризиком ускладнень для жінки, потребує більшого обсягу ресурсів, тривалішої післяопераційної реабілітації та є фінансово затратнішим для системи охорони здоров'я порівняно з вагінальними пологами. Саме тому частота проведення операцій кесаревого розтину є одним з ключових клінічних та управлінських показників діяльності акушерських стаціонарів, який постійно аналізується на національному та міжнародному рівнях.

Упродовж останніх років спостерігається стале зростання частоти проведення операції кесаревого розтину, що зумовлює збільшення кількості жінок з рубцем на матці після кесаревого розтину. Дані статистики з різних країн демонструють чітку тенденцію до зростання частки кесаревих розтинів у структурі пологової допомоги.

Разом із тим, загальновідомим є факт, що будь-яка операція становить більший ризик для здоров'я матері й дитини порівняно з фізіологічним перебігом пологів. Накопичені наукові дослідження підтверджують, що плановий кесарів розтин супроводжується істотно підвищеною ймовірністю розвитку низки материнських і перинатальних ускладнень. Зокрема, рівень материнської смертності після кесаревого розтину становить приблизно 40 випадків на 100 000 живонароджених, що у чотири рази вище, ніж при будь-яких інших типах вагінальних пологів (10 на 100 000), і у вісім разів перевищує показник при фізіологічних вагінальних пологах (5 на 100 000).

Частка кесарських розтинів (далі – КР) є одним із ключових

індикаторів якості акушерсько-гінекологічної допомоги. Оптимальний рівень КР, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі-ВООЗ), не повинен перевищувати 15%, проте в багатьох країнах цей показник істотно перевищує рекомендовані рамки. В Україні частка КР упродовж останнього десятиріччя демонструє стаке зростання на 26,3% (2009-16%, 2015 р. – 18,5%, 2020 р. – 25,1%), у 2023 році досягла приблизно 28–29%, що підвищує ризики для здоров'я матері та новонародженого. На рівні держави та окремих закладів ведеться моніторинг цього показника.

Разом з тим важливо враховувати, що перинатальні центри становлять окрему категорію акушерських закладів, оскільки вони надають допомогу жінкам із важкою екстрагенітальною патологією, ускладненими формами вагітності та високим перинатальним ризиком. У таких випадках операція кесаревого розтину часто є єдино можливим методом розродження, навіть без початку природної пологової діяльності. Це зумовлює закономірно вищий рівень КР у перинатальних центрах порівняно з міськими пологовими будинками.

Частина оперативних втручань є медично обґрунтованою, однак значний відсоток операцій може бути пов'язаний із недоліками клінічних маршрутів, браком стандартизованих управлінських рішень, відсутністю належного моніторингу показників, недостатньою якістю комунікації між медичним персоналом та пацієнтами, а також нерівномірним розподілом ресурсів.

Система охорони здоров'я України сьогодні функціонує в умовах економічної кризи та воєнного стану, що спричиняє зміну підходів до організації медичної допомоги та структури мережі закладів. У 2025 році всі пологові будинки м. Києва були реорганізовані та приєднані до багатопрофільних лікарень. Це стало наслідком зменшення народжуваності, фінансового навантаження на медичні заклади та значного відтоку населення

дітородного віку, зокрема жінок.

Актуальність обраної теми зумовлена тим, що відсутність чітких управлінських стратегій щодо оптимізації частоти кесаревого розтину призводить до збільшення фінансового навантаження на заклади охорони здоров'я та підвищення ризику небажаних клінічних наслідків для породіль.

В умовах воєнного стану, скорочення кількості пологів і відповідного зменшення обсягів фінансування медичних закладів необхідним є посилення управлінського контролю, удосконалення клініко-організаційних процесів та впровадження ефективних стратегій регулювання частоти оперативних пологів. Тому пошук ефективних управлінських стратегій для оптимізації показників КР є актуальним завданням сучасного менеджменту охорони здоров'я.

Мета дослідження - сформулювати управлінські стратегії покращення частоти кесаревих розтинів у КНП «Перинатальний центр м. Києва», зменшити частку КР та знизити фінансове навантаження на заклад.

Відповідно до поставленої мети сформовано **завдання**:

1. Проаналізувати сучасні управлінські підходи та стратегії покращення показника КР;
2. Зібрати та систематизувати дані для аналізу структури пологів за методами розродження;
3. Проаналізувати клінічні показання до виконання КР і визначити частку необґрунтованих операцій;
4. Оцінити фінансові витрати на вагінальні пологи та кесареві розтини, порівняти їх для виявлення економічного навантаження на заклад;
5. Виявити зв'язок між проведеними кесаревими розтинами та збільшеними фінансовими витратами;

6. Дослідити економічний ефект покращення показників КР;
7. Розробити управлінські стратегії та рекомендації щодо покращення показника КР у закладі;
8. Запропонувати методику контролю та моніторингу КР з метою зниження необґрунтованих операцій;
9. Обґрунтувати очікуваний фінансовий ефект від впровадження запропонованих стратегій та методик.

Об'єктом дослідження є процес управління акушерською допомогою у закладах охорони здоров'я, зокрема в частині формування та контролю показників кесаревого розтину.

Предметом дослідження є управлінські стратегії оптимізації показників кесаревого розтину в КНП «Перинатальний центр м. Києва» на основі аналізу статистичних звітів пологової зали, клінічних причин оперативних втручань та економічних витрат різних видів розродження.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети використано комплексні методи дослідження показників кесаревого розтину в КНП «Перинатальний центр м. Києва». Було здійснено аналіз статистичних звітів пологової зали, клінічних показань до оперативних втручань та фінансових витрат на різні види розродження; застосовано описову та кореляційну статистику для оцінки взаємозв'язку клінічних і економічних чинників; проведено порівняльний аналіз показників за періодами та відділеннями; використано методи економічного аналізу, зокрема АВС-аналіз, для визначення найбільш фінансово значущих груп видатків; а також застосовано методи управлінського моделювання та оптимізації для розробки ефективних стратегій контролю та зниження необґрунтованих кесаревих розтинів.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ПОКРАЩЕННЯ ПРАКТИКИ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

1.1. Клінічні показання до виконання кесаревого розтину.

Кесарів розтин – це хірургічна операція, під час якої лікар акушер-гінеколог вилучає дитину через розріз черевної стінки та матки [35, с. 18].

За даними Міжнародної федерації акушерів і гінекологів частка пологів, що проводяться шляхом кесаревого розтину без медичних показань, із 1990-х років зросла більш ніж утричі — з 6% до 21%. За інформацією ВООЗ, у 2010–2015 роках рівень кесаревих розтинів у північній Європі становив близько 20%, тоді як у деяких країнах південно-східної Європи він перевищував 50%.

Надмірне збільшення кількості таких операцій потребує управлінського контролю та обґрунтованого підходу до їх призначення.

Залежно від різних ознак у медичній практиці застосовуються кілька класифікацій кесаревого розтину.

За терміном проведення:

Плановий КР — виконують заздалегідь, коли є встановлені показання, а природні пологи є неможливими або недоцільними.

Показання до планового (елективного) кесаревого розтину

1. Передлежання плаценти (за даними УЗД у терміні 36+тиж. нижній край плаценти розташований на < 2 см від внутрішнього вічка).
2. Тазове передлежання плода (після невдалої спроби зовнішнього повороту плода у 36 тижнів; за наявності протипоказань до зовнішнього повороту за наполяганням вагітної).
3. Поперечне положення плода.

4. Тазове передлежання або неправильне положення першого плода за багатоплідної вагітності
5. Моноамніотична двійня.
6. Синдром затримки росту одного з плодів за багатоплідної вагітності.
7. Рубець на матці за наявності протипоказань до вагінальних пологів (попередній корпоральний кесарів розтин, Т- або J-подібний розріз матки за попередньої операції, розрив матки в анамнезі, понад один кесарів розтин в анамнезі, стан після гінекологічних втручань з проникненням у порожнину матки, відмова жінки від спроби вагінальних пологів).
8. Первинний генітальний герпес менше ніж 6 тижнів до пологів.
9. Екстрагенітальні захворювання та синдроми:
 - система кровообігу: висока легенева гіпертензія, дилатація висхідної аорти > 45 мм, тяжкий аортальний стеноз, прийом вагітною оральних антикоагулянтів (антагоністів вітаміну К), інфаркт міокарда за даної вагітності, тяжка серцева недостатність (функціональний клас III або IV за NYHA);
 - дихальна система: захворювання легень, що обумовлюють загрозу пневмотораксу, легенева кровотеча, що мала місце менш ніж за 4 тижні до розродження;
 - нервова система; внутрішньомозкові пухлини, гіпертензивно-лікворний синдром, аневризми церебральних судин, артеріо-венозні мальформації, стан після геморагічного інсульту;
 - орган зору: геморагічна форма ретинопатії, перфоративна виразка рогівки, поранення очного яблука з проникненням, гострий приступ глаукоми. (NB! Будь-яка інша офтальмологічна патологія, окрім вищезазначеної, не є показанням до кесаревого розтину);

цукровий діабет: передбачувана маса плода > 4500 г;

гепатит С у поєднанні з ВІЛ-інфекцією;

ВІЛ-інфекція: вірусне навантаження > 50 копій/мкл.

10. Пухлини або кісткові деформації малого тазу, що перешкоджають народженню дитини.

11. Рак шийки матки.

12. Розрив промежини III ступеня в анамнезі, стан після пластичних операцій на промежині.

13. Стан після хірургічного лікування сечостатевих або кишково-статевих норниць.

14. Вади розвитку плода, що підлягають хірургічній корекції у ранньому неонатальному періоді: діафрагмальна кила, спінальні дизрафії, гастрошизис, тератоми (за рішенням перинатального консиліуму з залученням профільного хірурга).

15. Зрощені близнюки.

16. Дострокове розродження після повторних гемотрансфузій при імунних конфліктах [35, с. 16].

Екстрений КР – проводиться при виникненні невідкладних ускладнень під час вагітності або пологів (дистрес плода, кровотеча, відшарування плаценти).

Показання до ургентного кесаревого розтину:

1. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти до початку пологів або під час пологів за відсутності умов для швидкого розродження.
2. Кровотеча зі статевих шляхів нез'ясованої етіології у пізньому терміні вагітності чи під час пологів.
3. Розрив матки загрозливий або що розпочався.

4. Дистрес плода (за даними інструментальних методів дослідження) у першому періоді пологів.
5. Випадіння петель пуповини, що пульсують.
6. Обструктивні пологи (задній асинклітизм, неправильне положення плода після відходження навколоплідних вод, розгинальне передлежання або вставлення голівки, клінічно вузький таз).
7. Порушення пологової діяльності, що не коригуються медикаментозно.
8. Невдала спроба індукції пологів.
9. Критичний стан, смерть мозку вагітної, смерть вагітної при життєздатному плоді [35, с. 18].

За технікою виконання:

Нижньосерединний поперечний розтин матки — сучасний стандарт, менш травматичний, який передбачає поперечний розтин у нижньому сегменті матки

Інші техніки (наприклад, класичний поздовжній розтин) застосовуються лише за крайніх показань (розтин тіла матки у поздовжньому напрямку)

За показаннями до операції:

Абсолютні показання — ситуації, коли вагінальні пологи є неможливими або становлять пряму загрозу матері чи плоду

Відносні показання — коли можливі вагінальні пологи, але пов'язані з підвищеним ризиком

В Україні загальний поетапний алгоритм дій при кесаревому розтині прописаний в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги

«Кесарів розтин», затвердженому Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 5 січня 2022 року № 8.

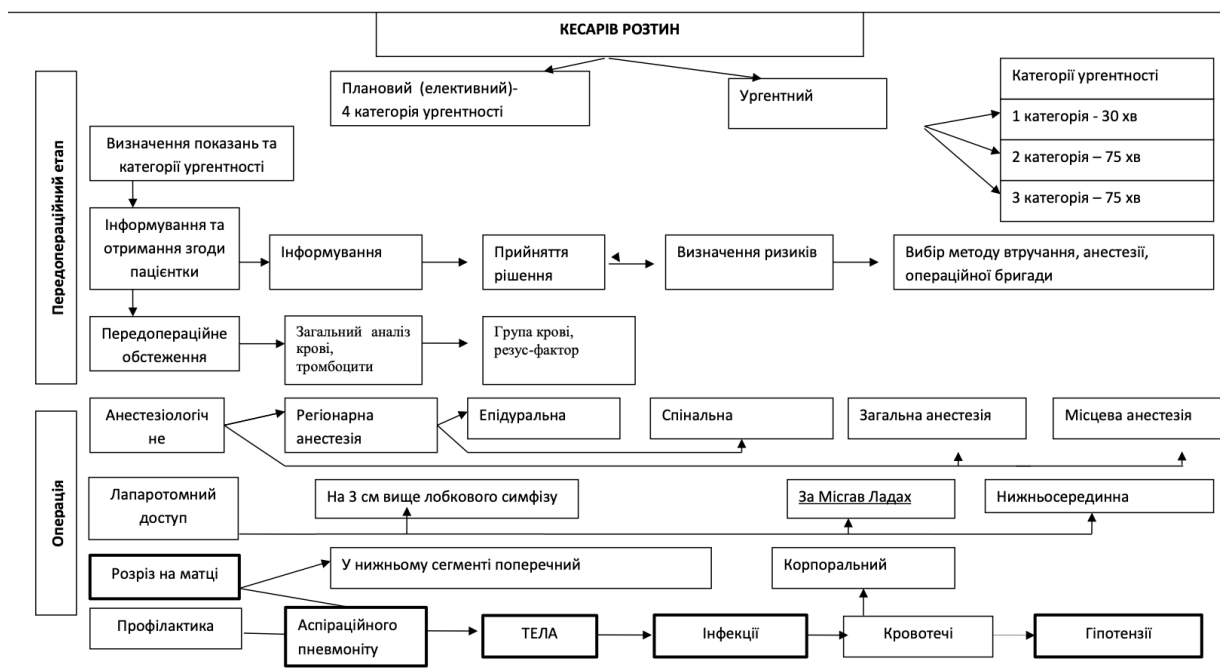


Рис. 1.1. Загальні принципи та алгоритм проведення кесаревого розтину [35, с. 57].

1.2. Сучасні управлінські підходи та стратегії покращення показника кесаревого розтину

У сучасних умовах розвитку системи охорони здоров'я України питання раціонального управління частотою кесаревих розтинів стає надзвичайно актуальним. Збільшення кількості оперативних пологів відображає не лише медичні особливості вагітних, а й вказує на недоліки в організації акушерської служби. ВООЗ наголошує, що показник кесаревого розтину, який перевищує 15%, не має підтверджених переваг у зниженні рівня материнської чи перинатальної смертності, натомість спричиняє зростання ризиків ускладнень, фінансових витрат і навантаження на систему охорони здоров'я.

Питання проведення оперативного розродження шляхом кесаревого розтину залишається об'єктом наукових і практичних дискусій у всьому світі. Це зумовлено передусім високою ймовірністю ускладнень як для матері, так і для дитини, попри постійне вдосконалення сучасних хірургічних технологій та доведену ефективність операції.

Сучасний медичний менеджмент базується на принципах управління якістю (Total Quality Management — TQM), орієнтованих на пацієнт-центричний підхід, безперервне вдосконалення процесів і стандартизацію медичних послуг. Кесарів розтин розглядається як один із ключових індикаторів якості акушерської допомоги, що підлягає моніторингу та управлінському контролю.

Застосування циклу Plan–Do–Check–Act (далі-PDCA) дозволяє сформувати ефективну модель управління — від планування медичної допомоги вагітним до контролю результатів та впровадження коригувальних дій.

У межах національної системи якості МОЗ України діють уніфіковані клінічні протоколи (зокрема, Наказ МОЗ № 8 від 05.01.2022 р. «Кесарів розтин»), що регламентують послідовність дій медичного персоналу, визначають клінічні показання та стандарти надання допомоги. Впровадження протоколів дозволяє уніфікувати клінічні рішення, мінімізувати суб'єктивний фактор лікаря та зменшити кількість необґрунтованих оперативних втручань.

Одним із головних напрямів оптимізації є використання доказових критеріїв показань до операції. ВООЗ рекомендує застосовувати класифікацію Робсона (Robson Ten Group Classification System) як універсальний інструмент оцінки структури кесаревих розтинів. Вона дозволяє розподілити всіх пацієнток на 10 груп за основними акушерськими

характеристиками, виявити групи з найвищими показниками оперативних втручань та розробити адресні управлінські рішення.

Другим важливим підходом є розвиток системи клінічного аудиту, який передбачає регулярний аналіз історій пологів, обговорення причин оперативних розроджень та вироблення рекомендацій для підвищення ефективності практики. Такий аудит може проводитись внутрішніми комісіями закладу або в межах зовнішньої акредитації.

Також ефективним є застосування мультидисциплінарних командних рішень: залучення акушерів-гінекологів, неонатологів, анестезіологів, психологів та управлінців для спільного прийняття клінічних і організаційних рішень. Впровадження таких підходів забезпечує не лише зниження частоти КР, а й підвищення безпеки пологів.

У провідних країнах світу впроваджуються комплексні стратегії контролю частки кесаревих розтинів. Зокрема, у Канаді та Великій Британії реалізовані програми «Choosing Wisely» та «Better Births», спрямовані на запобігання необґрунтованим оперативним пологам через просвітницькі кампанії, підвищення кваліфікації медичних працівників та впровадження показників ефективності.

У скандинавських країнах набув популярності підхід «VBAC-friendly policy» (Vaginal Birth After Cesarean), що передбачає підтримку безпечних вагінальних пологів після попереднього кесаревого розтину.

В Україні управління частотою КР інтегроване у політику Програми медичних гарантій, де показники оперативних пологів є складовою оцінки якості надання допомоги. МОЗ та НСЗУ поступово впроваджують систему моніторингу індикаторів, зокрема структури кесаревих розтинів за класифікацією Робсона.

У перинатальних центрах Києва та великих регіональних лікарнях

створюються перинатальні консилиуми та клініко-експертні ради, які здійснюють аудит показань до оперативних втручань, розробляють рекомендації для персоналу та контролюють дотримання клінічних протоколів.

Також важливим напрямом є освітня робота з пацієнтками — інформування про переваги природних пологів, профілактику страху перед пологами, що часто є суб'єктивною причиною необґрунтованого КР.

1.3. Теоретичні моделі та підходи до аналізу частки кесаревих розтинів.

Аналіз частки кесаревих розтинів у закладі охорони здоров'я ґрунтується на інтеграції клінічних, статистичних та управлінських моделей, що забезпечує ефективний контроль над оперативними втручаннями та оптимізацію ресурсів. Одним із фундаментальних підходів є використання міжнародної класифікації Робсона, яка поділяє пологи на десять груп залежно від паритету жінки, кількості плодів, положення плода та типу початку пологів. Цей метод дозволяє проводити порівняльний аналіз частки кесаревих розтинів у різних закладах та виявляти групи пацієнток із підвищеним ризиком оперативного втручання. Використання Robson Classification сприяє стандартизації звітності та формує основу для управлінських рішень щодо регулювання частки КР.

Клініко-статистичні методи, включно з регресійним аналізом клінічних показань, дозволяють виявити взаємозв'язок між медичними показаннями та фактичним проведенням операцій. Це дає можливість визначати випадки потенційно необґрунтованих кесаревих розтинів, а також оцінювати вплив різних клінічних факторів на частоту операцій. Одночасно економічні моделі, такі як ABC-аналіз, дозволяють оцінити ресурсомісткість кесаревого розтину у порівнянні з вагінальними пологами та визначити фінансове навантаження

на заклад. Застосування SWOT-аналізу і методів управління потоками пацієнтів дає змогу ідентифікувати сильні та слабкі сторони системи надання акушерської допомоги, оцінити зовнішні можливості та загрози, а також оптимізувати організаційні та клінічні процеси.

Особливу роль у систематичному аналізі та управлінні якістю надання акушерської допомоги відіграє Система управління якістю (Quality Management System, QMS), яка забезпечує стандартизацію процесів, контроль за виконанням протоколів та оцінку ефективності організаційних заходів. Разом із Моделлю безпеки пацієнта (Patient Safety Model) QMS дозволяє мінімізувати ризики ускладнень, підвищити рівень клінічної безпеки та забезпечити дотримання медичних стандартів.

Аналіз внутрішньої статистики пологової зали дозволяє систематизувати дані про частку кесаревих розтинів, виявляти закономірності у клінічних показаннях та оцінювати економічні наслідки проведення операцій. Виявлено, що частина оперативних втручань пов'язана з абсолютними та відносними медичними показаннями, при цьому інші випадки потребують ретельного управлінського контролю для зниження необґрунтованих КР. Застосування теоретичних моделей у поєднанні з аналізом статистики пологової зали дозволяє формувати комплексні управлінські рішення, спрямовані на підвищення ефективності роботи закладу, оптимізацію ресурсів та покращення безпеки пацієнтів.

Висновки до розділу 1

Підводячи підсумки теоретичної частини про основи управління при оптимізації практики кесаревого розтину в акушерських закладах:

1. Рациональне управління частотою КР потребує чіткого визначення абсолютних та відносних медичних показань, що дозволяє мінімізувати

необґрунтовані оперативні втручання та знизити ризики для матері та плода.

2. Використання міжнародної класифікації Robson, клініко-статистичних та економічних методів аналізу, а також систем управління якістю (QMS) і моделей безпеки пацієнта дозволяє стандартизувати процеси, контролювати показники КР та приймати обґрунтовані управлінські рішення.
3. Регулярний аналіз внутрішньої статистики пологової зали дає змогу своєчасно виявляти тенденції в клінічних показаннях, оцінювати ефективність практики та приймати коригувальні управлінські заходи для оптимізації частки кесаревих розтинів.
4. Систематичне впровадження клінічних протоколів, клінічного аудиту та мультидисциплінарних командних рішень сприяє підвищенню якості акушерської допомоги, безпеки пологів і ефективності роботи закладу.
5. Використання доказових стратегій, моніторингу показників і міжнародних практик дозволяє формувати контрольовану модель прийняття рішень щодо КР, що сприяє зменшенню необґрунтованих операцій та підвищенню ефективності системи акушерської допомоги.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ ЧАСТКИ КЕСАРЕВИХ РОЗТИНІВ ТА ФІНАНСОВИХ ВИТРАТ НА РІЗНІ ВИДИ РОЗРОДЖЕННЯ В КНП «ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ЦЕНТР М. КИЄВА»

2.1. Загальна характеристика діяльності комунального некомерційного підприємства «Перинатальний центр м. Києва»

Сучасна система охорони здоров'я України функціонує в умовах глибокої економічної кризи та тривалого воєнного стану, що зумовлює необхідність перегляду підходів до організації медичної допомоги та оптимізації мережі закладів охорони здоров'я. У 2025 році в місті Києві всі пологові будинки були реорганізовані шляхом приєднання до багатoproфільних лікарень. Така трансформація стала відповіддю на зниження рівня народжуваності, зростання фінансового навантаження на медичні установи, а також суттєвий відтік населення репродуктивного віку, передусім жінок.

Єдиним закладом, який був об'єднаний не з багатoproфільною лікарнею, а з установою аналогічного профілю, став Київський пологовий будинок № 5, приєднаний до КНП «Перинатальний центр м. Києва».

Від 2024 року Перинатальний центр м. Києва функціонує як унікальний надкластерний заклад, що надає високоспеціалізовану акушерсько-гінекологічну та неонатологічну допомогу і має дві філії за адресами: вул. Предславинська, 9 та просп. Лобановського, 2.

Оскільки перинатальні центри завжди мали більший відсоток кесаревих розтинів порівняно зі звичайними половими будинками, дослідження управлінських стратегій саме в такому закладі охорони здоров'я є найбільш обґрунтованим.

Комунальне некомерційне підприємство «Перинатальний центр м. Києва» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) є закладом охорони здоров'я, неприбутковим Підприємством, заснованим на комунальній власності територіальної громади міста Києва, віднесеним до сфери управління виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) та підпорядкованим Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації). Засновником та власником Підприємства є територіальна громада міста Києва, від імені якої виступає Київська міська рада.

Медичний заклад у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я України, рішеннями Київської міської ради, розпорядженнями Київського міського голови та виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), наказами директора Департаменту охорони здоров'я, іншими нормативними актами та Статутом.

У Київському перинатальному центрі запроваджено власну систему моніторингу та оцінки якості медичних послуг. Для забезпечення належного рівня медичної допомоги й підвищення відповідальності персоналу адміністрація установи видала наказ «Про організацію контролю якості медичних послуг». Керівництво Центру проводить послідовну політику у сфері якості, головною метою якої є повне задоволення потреб пацієнтів. У закладі створена та діє медична рада у відповідності до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 №751.

Система контролю якості в Центрі є трирівневою, та включає в себе внутрішній і зовнішній контроль якості:

Перший рівень: самоконтроль, який здійснюється безпосередньо лікарем, та Самостійно.

Другий рівень: контроль з боку завідуючого відділення.

Третій рівень: контроль із сторони медичної ради Центру шляхом проведення внутрішніх аудитів, згідно вимог системи управління якістю відповідно ДСТУ КО 9001:2008.

Внутрішній контроль якості організовується на принципах безперервного його підвищення і здійснюється шляхом перевірки відповідності якості наданої послуги, вимогам нормативів, уніфікованих та локальних клінічних протоколів і здійснюється шляхом моніторингу.

Зовнішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється за договором з Бюро Верітас Сертифікейшн [39, с.13].

У 2012 році Перинатальний центр м. Києва успішно пройшов міжнародний сертифікаційний аудит системи управління якістю, що підтвердив її відповідність вимогам стандарту ISO 9001. Починаючи з 2018 року, заклад функціонує відповідно до оновленої версії стандарту ISO 9001:2015. Одночасно Центр отримав сертифікат відповідності національному стандарту якості ДСТУ ISO 9001:2015. Наявність цього сертифіката свідчить про відповідність системи надання медичної допомоги міжнародним вимогам і забезпечення рівня послуг, співставного з провідними перинатальними центрами світу.

Крім того, у 2010 році заклад успішно пройшов акредитацію Міністерства охорони здоров'я України за програмою ВООЗ–ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини».

КНП «Перинатальний центр м. Києва» є лікувально-профілактичним закладом надкластерного рівня надання спеціалізованої акушерської, гінекологічної та неонатальної медичної допомоги, що спеціалізується на ведення вагітних та пологів жінкам з високим ступенем перинатального

ризика, інтенсивній допомозі новонародженим із низькою та екстремально низькою масою тіла.

Предметом діяльності підприємства є:

- медична практика;
- надання акушерської допомоги вагітним, роділлям, породіллям та гінекологічним хворим;
- консервативне та оперативне лікування вагітних, породіль та хворих;
- здійснення прекоцепційного обстеження та, у разі необхідності, лікування подружніх пар з метою підготовки їх до подальшої вагітності, прогнозування, своєчасного визначення та попередження можливих акушерських і перинатальних ускладнень;
- забезпечення застосування сучасних методів пренатальної діагностики та оцінки стану плода з подальшою інтерпретацією отриманих результатів;
- виконання повного об'єму гінекологічних, діагностичних та оперативних втручань (малоінвазивних, органозберігаючих та реконструктивно-пластичних) з метою відновлення репродуктивної функції жінок, що бажають мати дитину; консультативно-діагностичні послуги;
- попередження передчасних пологів та надання повного обсягу кваліфікованої медичної допомоги передчасно народженим немовлятам або новонародженим із важкими формами перинатальної патології незалежно від терміну гестації;
- своєчасна діагностика, виявлення та лікування усіх форм неонатальної патології, обстеження та моніторинг новонароджених від матерів із обтяженим репродуктивним та спадковим анамнезом, ускладненим перебігом гестації, високим ступенем перинатального ризику;

— здійснення господарської діяльності, види та напрямки якої погоджуються з Департаментом охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації).

Метою підприємства є забезпечення найкращої якості медичної допомоги та високого рівня сервіс [39, с.15].

У Перинатальному центрі м. Києва функціонують 15 сучасно обладнаних індивідуальних і сімейних пологових залів, а також спеціалізована зала для прийняття передчасних пологів. У безпосередній близькості розташовані операційний блок і відділення анестезіології та інтенсивної терапії, що сприяє підвищенню рівня безпеки та якості медичної допомоги.

Потужне відділення інтенсивної терапії та реанімації новонароджених оснащене сучасною апаратурою для моніторингу й підтримки життєво важливих функцій організму. Це дозволяє забезпечувати догляд і лікування дітей, народжених передчасно або з критично низькою масою тіла, а також новонароджених із перинатальними ускладненнями.

У разі потреби організовується консультування фахівцями вузьких спеціальностей — дитячим хірургом, офтальмологом, кардіоревматологом, нейрохірургом та іншими.

Завдяки наявності єдиної в місті Києві ретинокамери в центрі здійснюється рання діагностика ретинопатії, що дозволяє запобігти розвитку сліпоты. Крім цього, проводиться скринінг слуху та раннє виявлення порушень слухової функції у новонароджених.

Укомплектованість та професійний рівень лікарського і середнього медичного персоналу, матеріально-технічна база пологового відділення з індивідуальними та сімейними пологовими залами, забезпеченість першочерговими медикаментами, витратним матеріалом та іншими

технологічними складовими дозволяє надавати висококваліфіковану медичну допомогу в пологах (таб. 2.1).

Таблиця 2.1.

Склад медичного персоналу відділення

	Всього	Без категорії	II категорія	I категорія	Вища категорія	Наукова ступінь
Лікарі	18	3	2	-	13	8
Акушерки	22	1	1	5	15	-
Операційні медсестри	18	2	3	2	11	-
Молодший медичний персонал	26	-	-	-	-	-

2.2.Аналіз проведених пологів за методами розродження

За 9 місяців 2025 року в КНП «Перинатальний центр м. Києва» відбулося 5858 пологи, під час яких народилося 6023 дітей, що відображено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Пологи КНП «Перинатальний центр м. Києва» за 9 місяців 2025 року

Найменування показників	9 місяців 2025	9 місяців 2024
Кількість пологів, всього	5858	6395
Народилось дітей, всього	6023	6710
Багатоплідна вагітність Кількість пологів, всього	163-2,8 %	159 – 2,5 %

-двійнями	160	156
-трійнями	3	3
Народилось дітей, всього	323	315
Кесарів розтин	114– 69,9%	122 – 76,7 %
Кесарів розтин -кількість і % пологів, які закінчились операцією кесарів розтин	1878 – 32%	2004 – 31.3 %
- з них % ургентних	505– 26,9%	599 – 29,9%
Кількість пологів, які закінчились операцією накладання вакуум -екстрактора	375– 6,4 %	422 – 6,6 %
Тазове передлежання Кількість пологів, всього	365 – 6,2 %	366– 5.7 %
-в чисто сідничному передлежанні	342 – 93,6 %	309– 84,3 %
- в змішаному сідничному	16 – 4,4 %	19 – 6,3 %
- в ножному передлежанні	7– 2 %	29– 9,4 %
Кількість пологів, які закінчились кесаревим розтином , %	336-92 %	322-87,9 %
-в чисто сідничному передлежанні	319 – 94,9 %	267– 82,9 %
- в змішаному сідничному	11– 3,4 %	19– 5,8 %
- в ножному передлежанні	6 – 1,7 %	36– 11,3 %
- ургентних	49– 14,5 %	21– 6,4 %

Передчасні пологи:		
1.Кількість передчасних пологів, всього	517	457
%передчасних пологів від загальної кількості пологів	8,8 %	7,1%
%пологів, що закінчились операцією кесарів розтин	290-56 %	260 -56,9%
2.Кількість дітей, які народились недоношеними, всього	382	310
-% недоношених від загальної кількості народжених дітей	6.5%	4.8%

За звітній період зменшилась загальна кількість пологів на 9.17% у порівнянні з минулим роком (рис.2.1.).

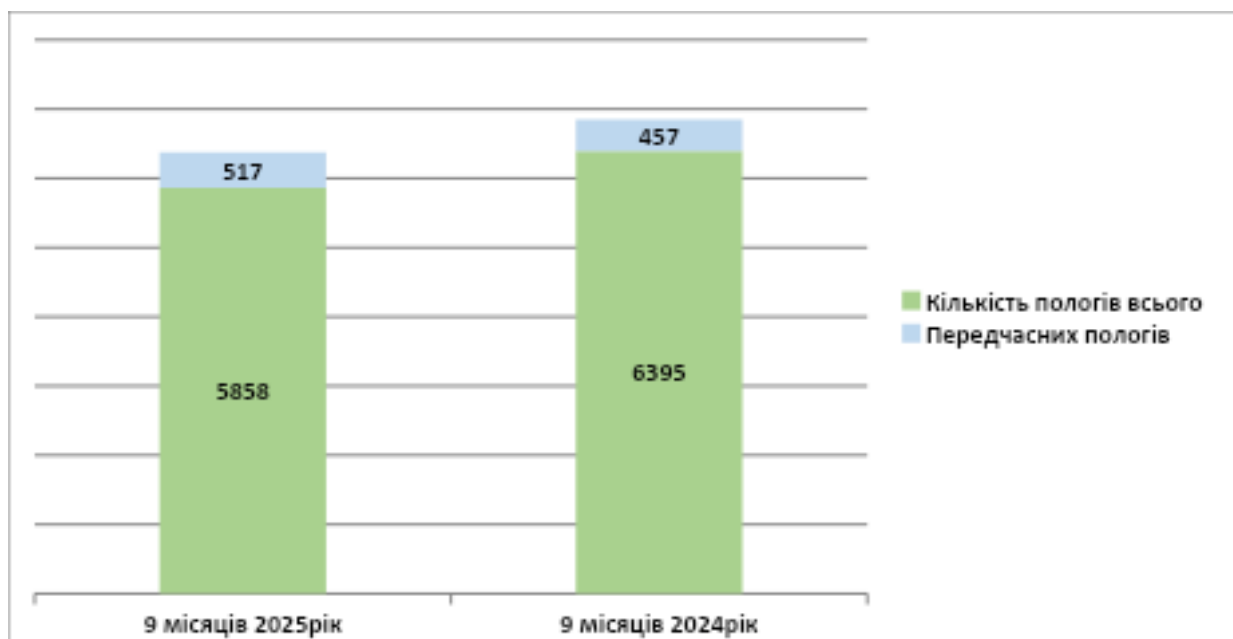


Рис. 2.1. Загальна кількість пологів

Показник розродження шляхом операції кесарського розтину залишається стабільним протягом останніх 2-х років та становить за 9 місяців 2025 року 32%, за відповідний період 2024р. – 31,3%. Проте відсоток

ургентних кесаревих розтинів знизився на 3% (26,9% за 9 місяців 2025р., 29,9% - за 9 місяців 2024р.), що відображено на рисунку 2.2.

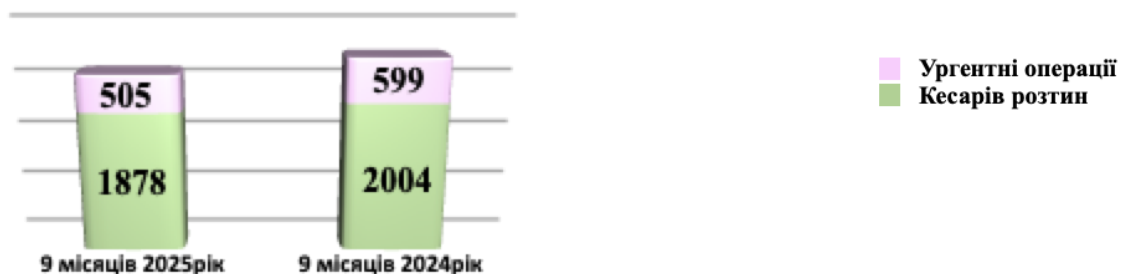


Рис. 2.2. Загальна кількість пологів шляхом кесаревого розтину

За 9 місяців 2025 року було проведено 163 пологів з багатоплідною вагітністю, що складає 2,8 % від загальної кількості пологів, за 9 місяців 2024р. - 159 випадків – 2,5 %. В 2025 році як і в 2024р. було по 3 розроджень трійні. Шляхом кесаревого розтину було розроджено 69,9% , за аналогічний період 2024 року – 76,7%.

За 9 місяців 2025 року було проведено 365 пологів в тазовому передлежанні, що складає 6,2 % від загальної кількості пологів. За 9 місяців 2024 року було проведено 366 пологів в тазовому передлежанні, що складає 5,7 % від загальної кількості пологів. За 9 місяців 2025 року 92 % пацієток з тазовим передлежанням були розроджені шляхом операції кесарів розтин. За 9 місяців 2025 року відсоток передчасних пологів від загальної кількості пологів склав 8,8 % (за 9 місяців 2024 році – 7,1%).

За звітній період у КНП «Перинатальний центр м.Києва» було прооперовано 69 вагітних з передлежанням плаценти, що склало 1,18 % від загальної кількості пологів та 3,7% від усіх кесаревих розтинів. З них 14 прооперовані у зв'язку з кровотечею та 55 в плановому порядку. У 5 випадках були ознаки вращення плаценти, прооперовані в плановому порядку.

За 9 місяців 2025 р. 56 % вагітних з передчасними пологами розроджено шляхом операції кесарів розтин, даний показник не змінився порівняно з минулорічним (56,9% за 9 місяців 2024 року) (табл.2.2.).

При виборі метода розродження враховуються ступінь прогнозованого ризику розвитку материнської і перинатальної патології, передлежання плода, термін гестації та наявність супутньої акушерської та екстрагенітальної патології (табл.2.3.)

Таблиця 2.2

Передчасні пологи за характером розродження

	9 місяців 2025	9 місяців 2024
Кесарський розтин	290 (56%)	260 (56,9%)
PVN	227(44%)	197 (43,1%)
Всього	517	457

Таблиця 2.3

Структура передчасних пологів серед пацієнток відділення патології вагітності та екстрагенітальної патології (з ліжками для невиношування) №1 та №2 за 9 місяців 2024 - 2025 років

Термін вагітності, тижнів	Кількість, абс. та %	
	2025	2024
22-27+6	57– 14,9 %	41 – 13,2%
28-33+6	121 – 31,7 %	96 – 31%
34-36 +6	204 – 53,4%	173 – 55,8%
Всього:	382	310

Проведення терапії загрози передчасних пологів у поєднанні з лікуванням істміко - цервікальної недостатності, дозволяє знижувати кількість передчасних пологів. За 9 місяці 2025 року накладено 96 цервікальних серкляжів, за 9 місяців 2024 року - 91.

У відділеннях патології вагітності за 9 місяців 2025 рік проведено – 1026 індукцій пологів, що складає 17,5 % від загальної кількості пологів, за 9 місяців 2024 року було проведено 1271 такі індукції – 19,9% від загальної кількості пологів(рис.2.3.).

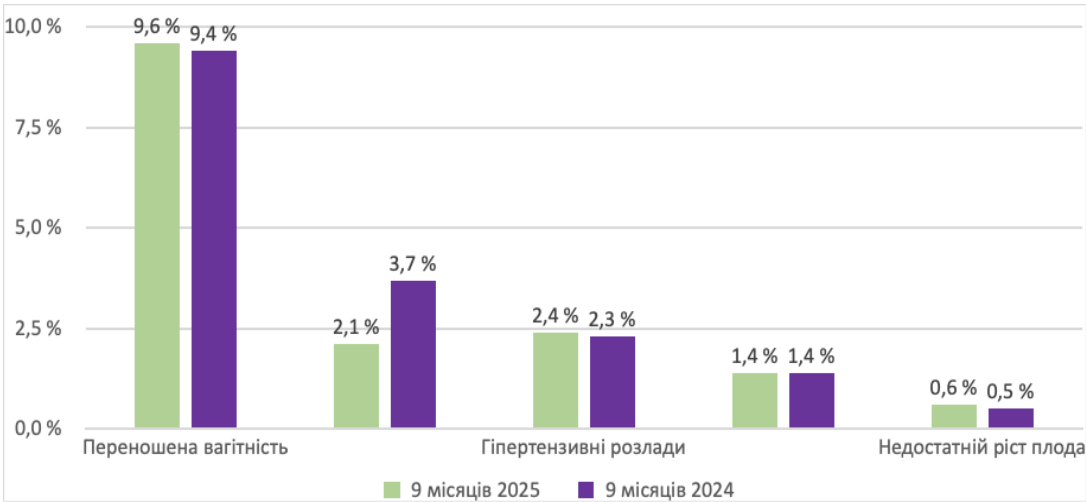


Рис. 2.3. Покази до індукції пологів за 9 місяців 2024р., % від загальної кількості пологів

За 9 місяців 2025 року 197 випадків індукцій пологів завершилися шляхом кесаревого розтину, що склало 19,2 % від загальної кількості індукцій з відділень патології вагітності (табл.2.4)

Таблиця 2.4

Методи розродження

	9 місяців 2025	9 місяців 2024
Per vias naturalis	829	1033

	(80,8% від загальної кількості індукцій)	(81,3% від загальної кількості індукцій)
	(14,2% від загальної кількості пологів)	(16,2% від загальної кількості пологів)
Кесарів розтин	197	238
	(19,2% від загальної кількості індукцій)	(18,7% від загальної кількості індукцій)
	(3,4% від загальної кількості пологів)	(3,7% від загальної кількості пологів)

2.3. Аналіз клінічних показань до виконаних кесаревих розтинів та визначення частки необґрунтованих операцій

Відсоток операцій кесаревого розтину за 9 місяців 2025 року становить 32%, порівняно з 9 місяцями 2024 року, що становив 31,3%. Враховуючи наказ ДОЗ №191 від 04.03.2024 року про госпіталізацію, в КНП «Перинатальний центр м. Києва», збільшилась кількість вагітних високого ступеня акушерського та перинатального ризиків, що зумовлює сталий рівень розродження шляхом кесаревого розтину. За 9 місяців 2025р. основними показаннями до операції залишаються: рубець на матці – 27,8%, дистрес плода – 15%, сідниче передлежання плода – 11,5% та клінічно-вузький таз – 7,6% (таб.2.5., рис. 2.4.)

Таблиця 2.5

Показання до операції КР

Показання до операції КР	9 місяців 2025	9 місяців 2024
Рубець на матці (планові операції з приводу відмови або наявності 2 та більше рубців на матці)	23,8% - 448	23,7% - 475
Дистрес плода	15% - 282	13,9% - 279
Сідниче передлежання та супутня патологія, невдала спроба повороту, відмова, ДРТ	8,9% - 167	6,5% - 130

Показання до операції КР	9 місяців 2025	9 місяців 2024
Клінічно - вузький таз	7,6% - 143	6,1% - 122
Екстрагенітальна патологія	7,5% - 141	8,6% - 172
Аномалії пологової діяльності	7,4% - 139	8,9% - 178
Передлежання плаценти, вращення, vasa previa	4,5% - 85	4,1% - 82
ПРПО, мек. води. незрілість плодових шляхів	2,9% - 55	2,9% - 58
Захворювання та аномалії сечостатевої системи	2,9% - 55	1,9% - 38
Двійня, ЕКЗ, відмова, супутні	2,6% - 49	3% - 60
ЗРП, плацентарні порушення, резус – конфлікт, хоріоамніоніт	2,6% - 49	1,5% - 30
Сідничне, маса плода більше 3700	2,6% - 49	2,2% - 44
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, розрив матки, випадіння петель пуповини	2,4% - 45	2,8% - 56
Двійня, тазове або поперечне 1 плода	2,3% - 43	2,1% - 42
ДРТ, ЕКЗ, донорська яйцеклітина, бажання жінки, високий пренатальний ризик	2,1% - 39	1,1% - 22
Відсутність ефекту від лікування тяжких форм гестозу та неможливості термінового полого розродження <i>per vias naturalis</i> , преєклампсія та супутні	1,8% - 34	1,7% - 34
Поперечне або косе положення плода	1,1% - 21	1,7% - 34
Ножне передлежання плода, ПРПО, змішане сідничне	0,9% - 17	4% - 80
ВВР плода	0,8% - 15	2,3% - 46
Неправильне вставлення	0,2% - 4	0,5% - 10
Трійня	0,16 %-3	0,14% - 3

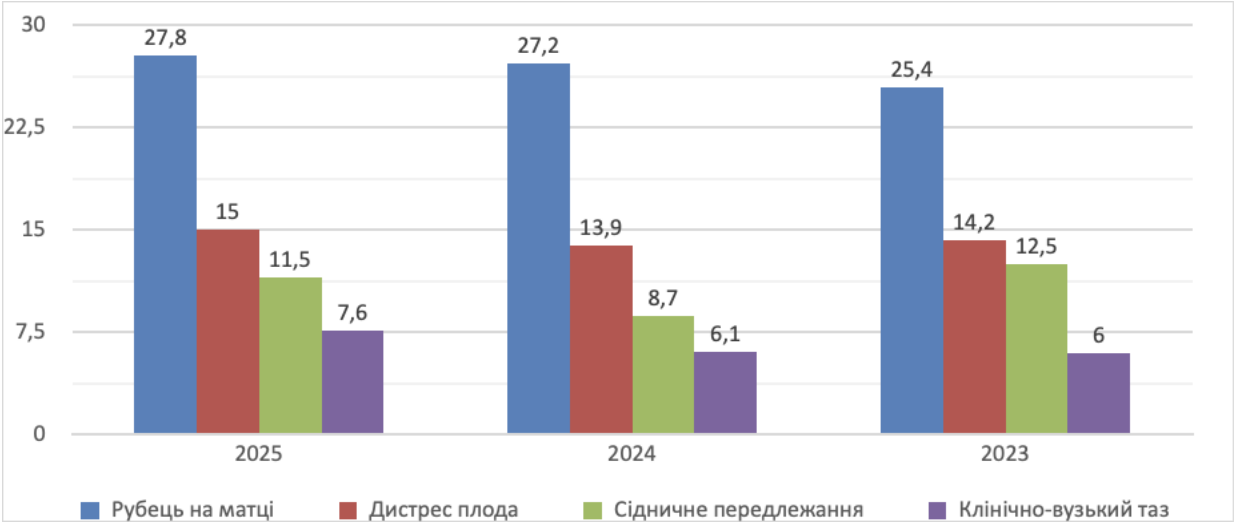


Рис. 2.4. Показання до операції кесарів розтин за 9 місяців 2025 року

Відмічається поступове зростання кесаревих розтинів за показом рубець на матці на 0,6% за 9 місяців 2025р. у порівнянні з 9 місяцями 2024р. У структурі показань до кесаревого розтину на I місці впродовж останніх років є саме рубець на матці. Спостерігається збільшення показника кесаревого розтину у зв’язку з відмовою від спроби вагінальних пологів, тому резервом для зниження відсотку кесаревих розтинів залишається ведення пологів у вагітних з рубцем на матці через природні пологові шляхи, що відображено в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Проведені операції кесаревого розтину

КІЛЬКІСТЬ ОПЕРАЦІЙ	9 місяців 2025		9 місяців 2024	
Всього	1878 – 32%		2004– 31,3%	
Ургентних	505– 26,9%		599 – 29,9%	
Планових	1373– 73,1%		1405 – 70,1 %	
Структура показань до операції у жінок з рубцем на матці				
Відмова від спроби вагінальних пологів з рубцем на матці	361– 69,3%		393– 72,2%	

КІЛЬКІСТЬ ОПЕРАЦІЙ	9 місяців 2025		9 місяців 2024	
Два і більше рубців на матці	86-16,5%	522 - 27,8%	79– 14,5%	545–27,2 %
Рубець на матці, при наявності протипоказів до вагінальних пологів	73– 14%		72– 13,2%	

Не дивлячись на зменшення відмов від спроб вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці, збільшується кількість операцій за показом - 2 і більше рубців на матці на 2%, що відображено в таблиці 2.6. Також спостерігається збільшення кількості операцій за показом рубець з іншими протипоказами до спроби вагінальних пологів на 0,8% за 9 місяців 2025р. в порівнянні з даними за 9 місяців 2024р.

На II місці залишається дистрес плоду. Кількість операцій за показанням дистрес плода збільшилась на 1,1% за 9 місяців 2025р., що пов'язано зі збільшенням госпіталізації складних перинатальних випадків. Показник має вагому частку серед показань до кесаревого розтину, за рахунок ретельної діагностики в антенатальному та інтранатальному періодах, та наданню своєчасної ургентної допомоги пацієнткам. Високий рівень даного показника пов'язаний, в першу чергу, із закономірним зростанням вагітних з високим ступенем перинатального ризику (ЗРП плодів, порушення кровоплину в плацентарних судинах, фето-фетальний синдром при багатоплідній вагітності, тяжких форм прееклампсії).

На III місці серед показів до кесаревого розтину є сідничне передлежання. Цей показник збільшився на 2.4% порівнюючи з 2024 роком. Більшість операцій кесаревого розтину за показом сідничного передлежання пов'язано з супутніми станами, зокрема, зі збільшенням вагітностей шляхом ДРТ ЕКЗ та відмовою жінок від спроб вагінальних пологів. Зовнішній поворот плода на голівку було виконано в 12 випадках. В восьми випадках він

був вдалим і пологи відбулися при головному передлежанні плода. В чотирьох випадках, зовнішній поворот плода на голівку було проведено невдало.

Вагомим відсоток займає клінічно вузький таз та аномалії пологової діяльності. Даний показник зріс порівняно з минулорічним показником. Це свідчить про потребу в більш ретельному підході до вибору методів індукції пологової діяльності, діагностиці зрілості пологових шляхів та вчасної корекції слабкості пологової діяльності.

Серед значимих показів до кесаревого розтину є екстрагенітальна патологія, що пов'язано з розродженням жінок високого перинатального ризику.

Враховуючи високий рівень перинатальної смертності при багатоплідній вагітності в сучасному акушерстві, розширились покази до абдомінального розродження в інтересах плоду. Основними показами до кесаревого розтину при двійні є: сідничне передлежання одного із плодів, багатоплідні пологи шляхом ДРТ ЕКЗ з відмовою породіллі від вагінальних пологів. За 9 місяців 2025 року у 69,9% багатоплідних пологів були розроджені шляхом кесаревого розтину, за аналогічний період 2024 року – 76,7%.

За 9 місяців 2025 року 92 % пацієнток з тазовим передлежанням були розроджені шляхом операції кесарів розтин. Основними показами до розродження жінок з тазовим передлежанням плода шляхом кесаревого розтину є: тазове передлежання першого плода з двійні, маса плода більше 3700 г. та ножне передлежання плода. Для зменшення даного показника є необхідність пропонувати жінкам з неускладненим перебігом вагітності та тазовим передлежанням плода зовнішній поворот плода на голівку в терміні 36-37 тижнів гестації. Також доцільним є жінкам з сідничним

передлежанням, передбачуваною вагою дитини до 3700 г. та відсутністю протипоказів пропонувати вагінальні пологи при сідничному передлежанні, для більшої безпеки пацієнтів необхідним є проведення тренінгів з метою удосконалення навичок лікарів наданню допомоги в пологах при сідничному передлежанні.

Основними показаннями до проведення кесаревого розтину при передчасних пологах є двійні з тазовим передлежанням І плода та двійні внаслідок ДРТ ЕКЗ, а також дистрес плода під час вагітності.

Отже, проведений аналіз клінічних показань до кесаревого розтину за 9 місяців 2025 року в порівнянні з аналогічним періодом 2024 року свідчить про поступове зростання частоти операцій за окремими показаннями, насамперед за рахунок показу «рубець на матці», який стабільно залишається на першому місці у структурі показань. Збільшення кількості операцій у пацієнток з двома і більше рубцями на матці, а також у випадках поєднання рубця з іншими акушерськими ускладненнями, вказує на складність клінічних ситуацій і необхідність індивідуалізованого підходу до ведення таких вагітностей. Водночас зростання кількості операцій, пов'язаних із відмовою жінок від спроб вагінальних пологів після кесаревого розтину, свідчить про наявність медико-організаційного резерву для зниження загального рівня оперативних втручань шляхом удосконалення менеджменту відмови від спроби вагінальних пологів, інформування та мотивації пацієнток щодо безпечних спроб пологів через природні родові шляхи.

Всі оперативні втручання були виконані виключно за обґрунтованими клінічними показаннями та у відповідності до чинних клінічних протоколів МОЗ України. Разом з тим, аналіз вказує на наявність реальних резервів щодо оптимізації частоти кесаревих розтинів,

2.4. Оцінка фінансових витрат на вагінальні пологи та кесареві розтини

КНП Перинатальний центр м.Києва надає 10 груп медичних послуг за Програмою медичних гарантій (таб. 2.7):

- Медична допомога при пологах
- Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках
- Інші групи медичних послуг:
- Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій
- Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах
- Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня
- Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя
- Ведення вагітності в амбулаторних умовах -Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах
- Секційні дослідження
- Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів- інтернів

Таблиця 2.7

Характеристика груп послуг надаваної медичної допомоги населенню за договором з НСЗУ

№ з/п	Група послуг, за якою підписаний договір з НСЗУ	Сума, тис. грн	Частка у загальній сумі договору, %
1	Медична допомога при пологах	169 545 648	43,23 %
2	Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках	103 756 950,5	26,45 %
3	Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах	81 368 910,24	20,74 %

№ з/п	Група послуг, за якою підписаний договір з НСЗУ	Сума, тис. грн	Частка у загальній сумі договору, %
4	Ведення вагітності в амбулаторних умовах	18 783 004,32	4,79 %
5	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	8 422 628,8	2,15 %
6	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	3 523 704,72	0,90 %
7	Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими	2 726 640,00	0,70 %
8	Хірургічні операції в умовах стаціонару одного дня	2 078 578,3	0,53 %
9	Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я із залученням лікарів-інтернів	1 288 320,6	0,33 %
10	Секційні дослідження	735 642,00	0,19 %
	Разом	392 230 030.48	100 %

Провівши АВС-аналіз було визначено, що пріоритетними групами медичних послуг є пологи та допомога новонародженим, що представлено в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

**АВС-аналіз медичних послуг КНП «Перинатальний центр м. Києва»,
наданих за Програмою медичних гарантій**

№	Група послуг	Сума, тис. грн	Частка у загальній сумі договору, %	Кумулятивна частка, %	Група
1	Медична допомога при пологах	169 545 648	43.23	43.23	A
2	Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках	103 756 950.5	26.45	69.68(43,23 + 26,45)	A
3	Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах	81 368 910.24	20.74	90.42(69,68 + 20,74)	B
4	Ведення вагітності в амбулаторних умовах	18 783 004.32	4.79	95.21	B
5	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	8 422 628.8	2.15	97.36	C
6	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	3 523 704.72	0.9	98.26	C
7	Медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя	2 726 640.00	0.7	98.96	C
8	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	2 078 578.3	0.53	99.49	C
9	Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я (лікарі-інтерни)	1 288 320.6	0.33	99.82	C
10	Секційні дослідження	735 642.00	0.19	100.0	C

Клас А до 70 % кумулятивної частки (2 послуги) – 69,68% сукупного обсягу: основні напрями — *пологи та допомога новонародженим*.

Клас В від 70 % до ~95 % кумулятивної частки (2 послуги) – 25,53% сукупного обсягу: *вагітність і амбулаторна допомога*.

Клас С від 95 % до 100 % кумулятивної частки (6 послуг) – 4,79% сукупного обсягу: *усі інші послуги мають незначний фінансовий вплив*.

Отже, результати АВС-аналізу свідчать, що діяльність КНП «Перинатальний центр м. Києва» має виражену концентрацію фінансування у сфері пологової та неонатальної допомоги. Це визначає стратегічні пріоритети розвитку установи, потребу в постійному контролі якості медичних послуг та ефективному використанні ресурсів саме в цих ключових напрямках.

Зараз детальніше розглянемо пакет «Медична допомога при пологах», до складу якого входить операція кесаревого розтину. Незалежно від способу розродження — вагінальні пологи чи кесарів розтин — НСЗУ здійснює однакову оплату, розмір якої є фіксованим і становить 19 820 грн. Тобто сума відшкодування не залежить від методу пологів, а визначається виключно їх кількістю (табл. 2.9).

За 9 місяців 2025 року загальна кількість пологів склала 5 858 випадків. У межах пакета «Медична допомога при пологах» НСЗУ профінансувала заклад у розрізі кварталів на такі суми:

I квартал — 36 227 198 грн,

II квартал — 37 368 522 грн,

III квартал — 40 221 832 грн,

Загальна сума становить 113 817 552 грн.

Таблиця 2.9

Виплата НЗСУ за звітний період проведених кесаревих розтинів

Місяць	Відбулося пологів, к-ть	Відсоток кесаревого розтину	Виплата НЗСУ за пакет «Медична допомога при пологах».
Січень	599	32,9 %	11 669 054
Лютий	590	30,5 %	11 629 698
Березень	659	31,4 %	12 928 446
Квітень	609	33,0 %	11 964 224
Травень	645	32,4 %	12 220 038
Червень	665	30 %	13 184 260
Липень	721	33,0 %	13 676 210
Серпень	735	32,0 %	13 971 380
Вересень	635	32,8 %	12 574 242

Для проведення порівняльного аналізу фінансових витрат на вагінальні пологи та кесарів розтин були використані такі показники, як витрати на заробітну плату та видатки на медичні препарати й витратні матеріали. Саме ці складові мають найбільший вплив на формування фінансового навантаження, тоді як інші показники є сталими, не враховуючи кількість ліжко-днів, проведених породіллею в стаціонарі після пологів.

Як видно з наведеної нижче діаграми (рис. 2.5), у структурі операційних витрат КНП «Перинатальний центр м. Києва» найбільшу частку займають витрати, пов'язані з оплатою праці — 62% від загального обсягу операційних витрат. Це зумовлює пряму та суттєву залежність собівартості

послуг від рівня заробітної плати, зокрема змін розміру мінімальної заробітної плати.



Рис. 2.5. Структура видатків КНП «Перинатальний центр м.Києва»

Основною відмінністю перинатальних центрів від багатoproфільних лікарень є те, що пацієнтка обов'язково проходить щонайменше від трьох до п'яти відділень протягом маршруту надання медичної допомоги. Наприклад, типовий маршрут може охоплювати такі підрозділи: приймальне відділення — пологова зала — післяпологове відділення, або приймальне відділення — відділення патології вагітності — пологова зала — відділення анестезіології та інтенсивної терапії — післяпологове відділення.

Відповідно, до надання медичної допомоги залучається значно більша кількість медичного персоналу, ніж у багатoproфільній лікарні, де організація процесу є менш складною та ресурсомісткою.

За 9 місяців 2025 року у КНП «Перинатальний центр м. Києва» відбулося 5 858 пологів. Із них 1 878 пологів завершилися операцією кесаревого розтину, що становить 32% від загальної кількості, тоді як вагінальні пологи склали 3 980 випадків, або 68%.

Середні витрати на медикаменти та витратні матеріали на одні вагінальні пологи становили 1 476,36 грн, коливаючись у межах від 1 420 грн до 1 698 грн. Для порівняння, середні витрати при одному кесаревому розтині становили 6 112,73 грн, із діапазоном від 3 500 грн до 10 102 грн.

Таким чином, розродження шляхом операції кесаревого розтину суттєво збільшує фінансове навантаження на заклад. Додаткові витрати на медикаменти та розхідні матеріали при кесаревому розтині зростають від 76% до 611% порівняно з вагінальними пологами. Крім того, значно зростають витрати на оплату праці через потребу залучення більшої кількості медичного персоналу до проведення операції та передопераційної підготовки.

Фінансове навантаження на заклад збільшується при зростанні частоти КР не за рахунок тарифу НСЗУ, а за рахунок внутрішніх витрат:

1. Медикаменти та витратні матеріали
2. Більша тривалість госпіталізації
3. Робота операційної та анестезіології
4. Збільшення персоналу

На основі даних, що наведені вище, було проведено аналіз взаємозв'язку між кількістю операцій кесаревого розтину та фінансовими витратами медичного закладу, застосовуючи метод кореляційного аналізу Пірсона. У ході дослідження було використано щомісячні показники кількості кесаревих розтинів та відповідні витрати на медикаменти і розхідні матеріали, необхідні для проведення даних оперативних втручань (табл.2.10)

Таблиця 2.10

Розрахунок відхилень від середніх значень

Місяць	К-ть кесаревог о розтину X_i	Витрати на медикаменти та розхідні матеріали при КР за місяць Y_i	$X_i - \bar{X}$	$Y_i - \bar{Y}$	$(X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})$	$(X_i - \bar{X})^2$
Січень	197	1 224 208	-14,17	-128 263,67	1 817 068,61	200,69
Лютий	180	1 100 291	-31,17	-252 180,67	7 859 630,78	971,36
Травень	209	1 377 561	-2,17	25 089,33	-54 360,22	4,69
Липень	238	1 574 830	26,83	222 358,33	5 966 615,28	720,03
Серпень	235	1 466 492	23,83	114 020,33	2 717 484,61	568,03
Вересень	208	1 371 448	-3,17	18 976,33	-60 091,72	10,03

Параметрична кореляція (коефіцієнт кореляції Пірсона). Значення коефіцієнта кореляції Пірсона r між двома вибірками визначається за формулою:

$$r = \frac{\sum (X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})}{\sqrt{\sum (X_i - \bar{X})^2 \cdot \sum (Y_i - \bar{Y})^2}} \quad (2.1)$$

Де r — коефіцієнт кореляції Пірсона

X_i — елементи першої порівнювальної вибірки (кількість КР)

Y_i — елементи другої порівнювальної вибірки (витрати при КР)

$\bar{X}$ — середнє значення елементів першої вибірки (середня кількість КР по всіх місяцях)

$\bar{Y}$ — середнє значення елементів другої вибірки (середні витрати по всіх місяцях)

1) Серезне значення $\bar{X} = 211,17$ і $\bar{Y} = 1\,352\,471,67$

2) Під формулу кореляції Пірсона, що наведена вище, підставимо отримані числа :

$$r = \frac{18\,246\,347,33}{\sqrt{2\,474,83 \times 143\,480\,097\,517,33}} = \frac{18\,246\,347,33}{18\,843\,814,05} = 0,9683 \approx \mathbf{0,968}$$

В попередньому розділі розглядались проведені пологи та показання до кесаревого розтину. На основі цих даних обрахуємо

3) Проведемо розрахунок t-статистики для визначення значущості

$$t = r \cdot \sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}} \quad (2.2)$$

Де t — t статистика

r — коефіцієнт кореляції Пірсона

n — обсяг вибірки

$$t = 0,968 \cdot \sqrt{\frac{6-2}{1-0,968^2}} = 0,968 \cdot \sqrt{63,49} = 0,968 \times 7,96 = 7,70$$

4) Визначення p -рівня

За таблицею t -розподілу при $t=7,70$ та $df=n-2=6-2=4$:

За t -розподілом Стюдента з 4 ступенями вільності ($df=n-2=6-2=4$) і $t=7,70$ (двостороння гіпотеза) отримаємо: $p \approx 0,00149$

Отже, встановлено дуже сильний позитивний кореляційний зв'язок між кількістю кесаревих розтинів та витратами на медикаменти і розхідні матеріали ($r = 0,968$). Значення $p = 0,00149$ ($< 0,05$) вказує на статистично значущий результат, що підтверджує не випадковість зв'язку. Це означає, що

збільшення кількості кесаревих розтинів достовірно призводить до зростання фінансового навантаження на заклад. Це підтверджує, що збільшення частоти КР достовірно зумовлює зростання фінансових витрат закладу, а тому зниження частоти КР є економічно вигідним управлінським рішенням.

2.5.Економічний ефект потенційного покращення частки КР

Оскільки за 9 місяців 2025 року основними показаннями до операції кесаревого розтину залишаються: рубець на матці — 27,8%, дистрес плода — 15%, сідниче передлежання плода — 11,5% та клінічно вузький таз — 7,6%, було проведено структурний аналіз причин проведення оперативного розродження. Отримані результати дозволили ідентифікувати один рубець на матці як основний резерв для зниження частоти оперативних втручань, оскільки у більшості випадків причиною виконання операції була добровільна відмова жінок від спроби вагінальних пологів після попереднього кесаревого розтину.

Згідно з наведеними даними, зокрема таблицею 2.5, частка відмови від спроби вагінальних пологів у жінок із рубцем на матці становить 69,3% у структурі показань до операції в цій групі та 19,2% від загальної кількості проведених кесаревих розтинів. Таким чином, 361 жінка добровільно обрала оперативне розродження. Отже, за умови, що ці 361 випадок завершилися б вагінальними пологами, загальний відсоток кесаревих розтинів за 9 місяців 2025 року зменшився б на 6,2% — з 32% до 25,8%.

Було проведено економічний аналіз фінансових витрат, у межах якого розраховано прямий економічний ефект від потенційного переходу жінок із рубцем на матці до вагінальних пологів. Витрати на медикаменти та витратні матеріали при кесаревому розтині в аналізованій групі становили 2 572 871,24 грн. З урахуванням того, що середні витрати на медикаменти при вагінальних пологах становлять 1 476,36 грн, розраховано, що у разі проведення вагінальних пологів у 361 жінки витрати склали б 532 965,96 грн.

Отже, економічний резерв, сформований за рахунок оптимізації практики відмови жінок від спроби вагінальних пологів після попереднього кесаревого розтину, здатний забезпечити економію лише на витратних матеріалах та медикаментах в 2 039 905,28 грн за 9 місяців, не враховуючи можливого скорочення витрат на оплату праці, використання операційної, анестезіологічного забезпечення та зменшення тривалості госпіталізації.

З метою оцінки потенційних фінансових результатів було проведено сценарний аналіз при різних рівнях переходу жінок з рубцем на матці до вагінальних пологів, результати якого наведено в таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Сценарний аналіз зменшення к-ті КР

Сценарій	Кількість зменшених КР	Потенційна економія (грн)
100% реалізації резерву	361	2 039 905,28 грн
80% реалізації	289	1 631 924,22 грн
50% реалізації	181	1 019 952,64 грн
30% реалізації	108	611 971,58 грн

Результати демонструють, що навіть часткова зміна стратегії ведення пологів може дати суттєвий економічний ефект, який не залежить від тарифу НСЗУ, а формується виключно завдяки оптимізації внутрішніх витрат закладу.

Також окремо був проведений аналіз для сідничного передлеження, з передбачуваною вагою дитини до 3700г та відсутністю протипоказів до вагінальних пологів та/або вдалим зовнішнім поворотом плода на голівку. За 9 місяців 2025 року резервом у данній групі є 103 пологів. Що складає 5% від загальної кількості проведених кесаревих розтинів. Отже, за умови, що ці 103 випадок завершилися б вагінальними пологами, загальний відсоток

кесаревих розтинів за 9 місяців 2025 року зменшився б на 1,8% — з 32% до 30,2%.

Було проведено економічний аналіз фінансових витрат, у межах якого розраховано прямий економічний ефект від потенційного переходу жінок із сідничним передлеженням плода до вагінальних пологів. Витрати на медикаменти та витратні матеріали при кесаревому розтині в аналізованій групі становили 701 533,72 грн. З урахуванням того, що середні витрати на медикаменти при вагінальних пологах становлять 1 476,36 грн, розраховано, що у разі проведення вагінальних пологів у 103 -х жінок витрати склали б 152 068,08 грн.

Отже, економічний резерв, сформований за рахунок розродження жінок вагінально з сідничним передлежанням плода, здатний забезпечити економію лише на витратних матеріалах та медикаментах на 549 468.64 грн за 9 місяців, не враховуючи можливого скорочення витрат на оплату праці, використання операційної, анестезіологічного забезпечення та зменшення тривалості госпіталізації.

Сумарний економічний ефект, який може бути отриманий за рахунок оптимізації маршруту вагітних із рубцем на матці та вагітних із сідничним передлежанням плода, становить 2 589 373,92 грн за 9 місяців 2025 року лише за статтею витрат на медикаменти та витратні матеріали. При цьому загальна частота кесаревого розтину могла б бути знижена на 8,0%, з 32% до 24%, що свідчить про значний управлінський та економічний резерв підвищення ефективності використання фінансових ресурсів закладу. Крім того, це сприяло б зменшенню кількості жінок із рубцем на матці, що має стратегічне значення для профілактики ускладнень при наступній вагітності, подальшої профілактики повторних оперативних втручань.

Висновки до розділу 2

1. У результаті проведеного аналізу оцінено структуру пологів, частку кесаревих розтинів та фінансові витрати на різні види розродження в КНП «Перинатальний центр м. Києва» за 9 місяців 2025 року. Частота кесаревого розтину становила 32%, що перевищує рекомендований ВООЗ рівень (10–15%) і майже не змінилася порівняно з 2024 роком (31,3%). Водночас зафіксовано зниження частки ургентних кесаревих розтинів на 3%, що свідчить про покращення клінічного менеджменту складних перинатальних випадків.

2. Структурний аналіз клінічних показань до КР показав, що провідною причиною є наявність рубця на матці (27,8%). У 69,3% випадків жінки з рубцем обрали повторний кесарів розтин без спроби вагінальних пологів (VBAC), що становить 19,2% усіх КР. Це вказує на значний резерв для зменшення частоти операцій шляхом ширшого впровадження VBAC за відсутності протипоказань.

3. Економічний аналіз продемонстрував суттєву різницю у витратах: середні витрати на медикаменти та матеріали при КР становили 6 112,73 грн, тоді як при вагінальних пологах — лише 1 476,36 грн. Це свідчить про значно вищий рівень фінансового навантаження, пов'язаного з оперативним розродженням.

4. Доведено, що висока частка КР (32%) безпосередньо пов'язана з підвищеними витратами на медичну допомогу. Зменшення кількості таких втручань дозволило б досягти суттєвої економії.

5. Перехід 361 жінки з рубцем на матці до VBAC дозволив би зекономити 2 039 905,28 грн і зменшити частку КР на 6,2%. Додаткова оптимізація у групі з сідничним передлежанням потенційно знизила б

витрати ще на 549 468,64 грн та частку КР на 1,8%. Сумарний економічний ефект за 9 місяців — 2 589 373,92 грн, при зниженні КР до 24%.

Таким чином, проведений аналіз підтверджує необхідність удосконалення управління клінічними маршрутами, підвищення частоти безпечних вагінальних пологів після попереднього кесаревого розтину, активного використання зовнішнього повороту плода при сідничному передлежанні та впровадження управлінських механізмів контролю показників КР. Обґрунтоване скорочення частки кесаревих розтинів є реальним інструментом покращення якості медичної допомоги та підвищення економічної ефективності Перинатального центру м. Києва.

РОЗДІЛ 3.

УПРАВЛІНСЬКІ СТРАТЕГІЇ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОПТИМІЗАЦІЇ ЧАСТОТИ КЕСАРЕВИХ РОЗТИНІВ У КНП «ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ЦЕНТР М. КИЄВА»

3.1. Розробка управлінських стратегій контролю та зниження необґрунтованих кесаревих розтинів

Проведений клініко-статистичний та економічний аналіз підтвердив наявність значного потенціалу для зменшення кількості необґрунтованих кесаревих розтинів.

Консервативне ведення пологів у вагітних з рубцем на матці є основним резервом для зменшення кількості оперативних втручань. Адже у більшості таких жінок була саме відмова від спроби вагінальних пологів після попереднього кесаревого розтину, що, ймовірно, пов'язано з недостатньою проінформованістю жінок в антенатальному періоді. Встановлено, що 69,3% жінок з рубцем на матці відмовилися від спроби вагінальних пологів. Для зменшення відсотку оперативних розроджень необхідно інформувати вагітних з рубцем на матці про можливість та переваги вагінальних пологів після попереднього кесаревого розтину. КР збільшує ризик серйозних ускладнень при наступній вагітності. Збільшення

частоти абдомінального розродження створює проблему ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці, що стає показанням до повторного оперативного розродження у 15-23 %, а частота інтраопераційних ускладнень під час повторного КР в 5 разів перевищує аналогічну при першому КР. Все це також потребує збільшення моральних та матеріальних витрат на їх подолання. Тому діяльність акушерської служби має бути спрямована на збільшення безпеки абдомінального розродження та зменшення частоти необґрунтованого оперативного втручання.

Для зниження кількості аномалій пологової діяльності необхідно проводити більш виважений відбір кандидатур щодо індукції пологів та правильне оцінювання «зрілості» шийки матки. Також важливим є госпіталізація пацієнтів в активній фазі 1 періоду пологів, задля зменшення гіпердіагностики аномалій діагностики пологової діяльності та проведення додаткових втручань.

Основними показами до розродження жінок з тазовим передлежанням плода шляхом кесаревого розтину є: тазове передлежання першого плода з двійні, маса плода більше 3700 г. та ножне передлежання плода. Для зменшення даного показника є необхідність пропонувати жінкам з неускладненим перебігом вагітності та тазовим передлежанням плода зовнішній поворот плода на голівку в терміні 36-37 тижнів гестації. Також доцільним є жінкам з сідничним передлежанням, передбачуваною вагою дитини до 3700 г та відсутністю протипоказів пропонувати вагінальні пологи при сідничному передлежанні, для більшої безпеки пацієнтів необхідним є проведення тренінгів з метою удосконалення навичок лікарів наданню допомоги в пологах при сідничному передлежанні.

Для зменшення кількості кесарських розтинів внаслідок індукції пологової діяльності, потрібно проводити більш зважений відбір

кандидатур щодо пологовикликання, дотримуватися стандартів вирахування очікуваного терміну пологів, в залежності від індивідуальних особливостей вагітної, використовувати раціональні методи підготовки пологових шляхів.

З метою зменшення частоти оперативних втручань запропоновано впровадження наступного комплексу управлінських стратегій:

I. Впровадження стандартизованого клінічного маршруту ведення вагітних з рубцем на матці.

Дана стратегія передбачає створення та затвердження у закладі локального клінічного протоколу, що регламентує етапність прийняття рішення щодо способу розродження жінок із рубцем на матці. У протоколі повинні бути чітко визначені:

- критерії відбору пацієнток для спроби вагінальних пологів;
- чіткий перелік протипоказань;
- алгоритм оцінки індивідуальних ризиків;
- покрокова схема ведення пологів;
- алгоритм невідкладних дій при можливих ускладненнях.

Впровадження клінічного маршруту дозволить уніфікувати тактику лікарів, знизити кількість суб'єктивних рішень та забезпечити доказову медицину у виборі способу розродження. Інформаційно-освітні програми для вагітних

II. Інформаційно-освітні програми для вагітних

Однією з ключових причин високої частоти повторних планових кесаревих розтинів є недостатня поінформованість пацієнток. Тому пропонується:

- впровадження регулярних лекцій та тренінгів у «Школі батьківства» на тему VBAC;

- створення інформаційних буклетів та відеоматеріалів для жіночих консультацій;
- впровадження обов'язкової консультації для жінок із рубцем на матці у 34–36 тижнів вагітності;
- розміщення інформаційних роз'яснень на веб-ресурсах закладу та у соціальних мережах.

Доказово відомо, що поінформовані пацієнтки частіше погоджуються на пробу пологів, що сприяє зниженню частоти оперативного розродження.

III. Оптимізація організаційних механізмів прийняття рішень

Для забезпечення колегіальності та об'єктивності необхідно:

- впровадити обов'язковий перинатальний консиліум при підготовці до планового повторного кесаревого розтину;
- створити локальний реєстр випадків VBAC та повторних КР для постійного аналізу результатів;
- запровадити систему клініко-експертного аудиту (Case Review) з аналізом причин КР та виявленням запобіжних факторів.

IV. Підвищення кваліфікації медичного персоналу

З метою забезпечення безпеки пологів та можливості широкого застосування VBAC і вагінальних пологів при тазовому передлежанні необхідно:

- проводити симуляційні тренінги з ведення складних пологів, у тому числі при сідничному передлежанні;
- організувати стажування лікарів у закладах із високим рівнем VBAC (benchmarking);
- реалізувати систему внутрішнього навчання («рівний-рівному»).

Підвищення професійного рівня команди є ключовим фактором зниження частоти ургентних і планових КР.

V. Розширення застосування зовнішнього акушерського повороту плода на голівку

Практика зовнішнього повороту є орієнтованою на зменшення показань до КР при тазовому передлежанні. Пропонується:

- проводити зовнішній поворот у 36–37 тижнів за наявності умов та відсутності протипоказань;
- формувати групу лікарів, сертифікованих для виконання даної процедури;

VI. Оптимізація індукції пологової діяльності

Важливим напрямом зменшення КР є мінімізація невдалої індукції пологів шляхом:

- оцінювання «зрілості» шийки матки за шкалою Бішопа;
- вибору ефективних методів підготовки шийки матки з урахуванням клінічної ситуації;

Проведений SWOT-аналіз демонструє, що впровадження комплексу управлінських стратегій оптимізації частоти кесаревих розтинів у КНП «Перинатальний центр м. Києва» є обґрунтованим та перспективним з позицій клінічної ефективності, безпеки пацієнтів та економічної доцільності. Розвиток напрямів VBAC, оптимізація тактики ведення пологів при тазовому передлежанні та індукції пологів здатні суттєво підвищити якість медичної допомоги та забезпечити значний економічний ефект (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

SWOT-аналіз впровадження управлінських стратегій щодо оптимізації частоти кесаревих розтинів у КНП «Перинатальний центр м. Києва»

Компонент	Зміст
-----------	-------

S – Strengths (Сильні сторони)	1. Висококваліфікована мультидисциплінарна команда акушерів-гінекологів та неонатологів.
Компонент	Зміст
S – Strengths (Сильні сторони)	2. Сучасна матеріально-технічна база, високий рівень оснащення операційних та пологових зал. 3. Доступність технологій безпечного моніторингу матері та плода (УЗД, КТГ, реанімаційна підтримка). 4. Досвід застосування доказових клінічних протоколів та готовність персоналу до інновацій. 5. Позитивна динаміка зменшення ургентних КР (+ покращення якості клінічного менеджменту)
W – Weaknesses (Слабкі сторони)	1. Недостатній рівень інформованості вагітних щодо можливостей VBAC, високий рівень страхів та міфів. 2. Відсутність стандартизованої системи клінічного аудиту рішень щодо КР з рубцем на матці. 3. Психологічний опір змінам та вплив «звичної» тактики ведення пологів, як зі сторони пацієнток, так і частини лікарів.
O – Opportunities (Можливості)	1. Значний резерв зниження частоти КР шляхом збільшення частки VBAC (до 6,2%) та оптимізації тактики при тазовому передлежанні (до 1,8%). 2. Потенційна фінансова економія: 3,45 млн грн на рік лише за медикаменти та витратні матеріали. 3. Підвищення репутації закладу як лідера у безпечному природному розродженні. 4. Участь у міжнародних програмах, грантах та професійних тренінгах.

	5. Зменшення кількості жінок із рубцем на матці та ускладнень у подальших вагітностях.
Компонент	Зміст
О – Opportunities (Можливості)	6. Формування конкурентної переваги серед медзакладів столиці.
Т – Threats (Загрози)	1. Ймовірність юридичних ризиків при ускладненнях VBAC та обережність лікарів через медико-правову відповідальність. 2. Соціальні страхи та інтернет-вплив, що сприяють попиту на «кесарів за бажанням» Можливий кадровий дефіцит у разі навантаження на персонал під час переходу до нової моделі роботи. 3. Фінансові та логістичні труднощі при організації тренінгових програм. 4. Нестабільність державної політики фінансування охорони здоров'я в умовах воєнного стану.

3.2. Методика моніторингу та контролю частоти кесаревих розтинів

Для забезпечення системного контролю ефективності управлінських рішень пропонується впровадження моделі моніторингу на основі PDCA-циклу (Plan–Do–Check–Act).

Основні елементи моніторингу

- щомісячний аудит частоти КР за групами Robson;
- клінічний аудит історій пологів у складних або спірних випадках;
- аналіз причин первинних та повторних КР;

- ведення реєстру VBAC та результатів пологів;
- ключові показники ефективності (далі-КРІ) - інструмент управління на основі даних, який допомагає вимірювати ефективність роботи та досягати стратегічних цілей закладу (табл.3.2, табл.3.3.)

Таблиця 3.2

Ключові індикатори ефективності

Показник	Ціль
Частота КР серед пологів	$\leq 24\%$
Частка VBAC (вдалих вагінальних пологів після КР)	$\geq 45\%$
Зовнішній поворот плода	$\geq 60\%$ можливих випадків
Частка вагінальних пологів при сідничному передлежанні	$\geq 25\%$

Таблиця 3.3.

КРІ системи моніторингу ефективності впровадження управлінських стратегій зі зниження частоти кесаревих розтинів

Ключовий показник ефективності	Метод розрахунку / джерело даних	Цільове значення (Target)	Періодичність контролю	Відповідальні виконавці
Частота кесаревих розтинів	КР / загальна кількість пологів $\times 100\%$	$\leq 24\%$	Щомісячно	Заст.мед.д. з акушерської допомоги
Частка вдалих VBAC	Кількість успішних вагінальних пологів після КР / кількість спроб пологів після кесаревого розтину	$\geq 45\%$	Щомісячно	Завідувач пологового відділення, відповідальний черговий акушер-гінеколог

Ключовий показник ефективності	Метод розрахунку / джерело даних	Цільове значення (Target)	Періодичність контролю	Відповідальні виконавці
Частка ургентних КР	Ургентні КР / загальна кількість КР	$\leq 8-10\%$	Щомісячно	Завідувач пологового відділення, відповідальний черговий акушер-гінеколог
Частка КР у групі Robson 5	КР у групі Robson 5 / кількість пологів у групі	$\leq 50\%$	Щоквартально	Завідувач пологового відділення, відповідальний черговий акушер-гінеколог
Виконання зовнішнього повороту плода (далі - ECV)	Виконані ECV / клінічно можливі випадки	$\geq 60\%$	Щомісячно	Заст.мед.д. з акушерської допомоги
Частка вагінальних пологів при тазовому передлежанні	Вагінальні пологи / кількість тазових передлежань	$\geq 25\%$	Щоквартально	Завідувач пологового відділення, відповідальний черговий акушер-гінеколог
Середня тривалість госпіталізації після КР	Кількість ліжко-днів після КР / кількість КР	Скорочення на 10%	Щоквартально	Завідувач сумісного перебування матері та дитини відділення
Витрати на медикаменти та РМ на 1 пологи	Загальні витрати / кількість пологів	Оптимізація	Щомісячно	Головна медсестра, економіст

Ключовий показник ефективності	Метод розрахунку / джерело даних	Цільове значення (Target)	Періодичність контролю	Відповідальні виконавці
Рівень задоволеності пацієнтів	Анкетування	$\geq 95\%$ позитивних оцінок	Щоквартально	Заст.мед. д. з якості та безпеки медичної діяльності,
Кількість тренінгів клінічних навичок	Фактична кількість тренінгів / рік	≥ 6 тренінгів/рік	Щорічно	Заст.мед. д. з якості та безпеки медичної діяльності,

За результатами альтернативних сценаріїв скорочення КР встановлено можливе зменшення частоти оперативних розроджень з 32% до 24%, що узгоджується з міжнародними рекомендаціями.

3.3 Очікуваний економічний ефект від впровадження управлінських стратегій

На основі результатів аналізу економічних показників за 9 місяців 2025 року було визначено, що сукупний економічний резерв, сформований завдяки зменшенню кількості кесаревих розтинів шляхом збільшення частки вагінальних пологів після кесаревого розтину (VBAC) та оптимізації тактики ведення пологів у жінок із сідничним передлежанням плода, становив 2 589 373,92 грн лише за статтею витрат на медикаменти та витратні матеріали.

З урахуванням прогнозованої кількості пологів у 2026 році (приблизно 7 811 пологів на основі екстраполяції динаміки 2025 року), розраховано очікуваний річний економічний ефект за умови реалізації запропонованих стратегій (табл.3.4.)

Сценарний аналіз прогнозованого економічного ефекту для 2026 року

Сценарій упровадження стратегій	Очікуваний економічний ефект, грн/рік
100% реалізація резерву	3 452 498,56 грн
75% реалізації потенціалу	2 589 373,92 грн
50% реалізації потенціалу	1 726 249,28 грн

Прогнозні розрахунки свідчать, що впровадження управлінських стратегій оптимізації частоти кесаревих розтинів може забезпечити суттєвий економічний ефект для закладу, що формується виключно за рахунок внутрішньої оптимізації витрат без зміни тарифу НСЗУ.

У разі повної реалізації стратегічного потенціалу в 2026 році можливе формування економії близько 3,45 млн грн, навіть часткове впровадження коефіцієнтом ефективності 50–75% забезпечить економію від 1,7 до 2,6 млн грн на рік.

Це дає змогу перерозподілити вивільнені кошти на пріоритетні напрями розвитку (симуляційні тренінги, оснащення пологових зал, професійний розвиток персоналу), що підвищить якість медичної допомоги та конкурентоспроможність закладу.

Висновки до розділу 3

1. На основі проведеного клініко-статистичного та організаційного аналізу розроблено комплекс управлінських стратегій, спрямованих на зниження частоти необґрунтованих кесаревих розтинів, що включає впровадження стандартизованого клінічного маршруту ведення вагітних із рубцем на матці, освітніх програм щодо VBAC, перинатального консиліуму,

систематичного клініко-експертного аудиту, підвищення кваліфікації медичного персоналу та оптимізацію тактики ведення пологів.

2. Запропоновано методику моніторингу показників кесаревих розтинів на основі PDCA-циклу, яка передбачає щомісячний аналіз структури КР за класифікацією Robson, ведення реєстру випадків VBAC, аудит клінічних випадків та використання ключових показників ефективності (КПІ) для оцінки результативності управлінських рішень та зниження частоти необґрунтованих оперативних втручань.

3. Економічні розрахунки засвідчили доцільність запропонованих підходів: за 9 місяців 2025 року сформовано економічний резерв у розмірі 2,59 млн грн, а прогнозований річний ефект на 2026 рік може становити до 3,45 млн грн. Часткове впровадження стратегій забезпечує економію в межах 1,7–2,6 млн грн на рік, що може бути спрямовано на розвиток матеріально-технічної бази закладу та підвищення якості медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження можна зробити наступні висновки. У магістерській роботі проведено комплексне дослідження проблеми зростання частоти кесаревих розтинів та обґрунтовано управлінські рішення, спрямовані на оптимізацію акушерської допомоги і підвищення ефективності використання ресурсів у КНП «Перинатальний центр м. Києва».

1. Аналіз сучасних управлінських підходів і стратегій покращення показника КР показав, що оптимізація частоти кесаревих розтинів потребує поєднання клінічних протоколів, міжнародної класифікації Robson, систем управління якістю, інструментів безпеки пацієнта та моделі PDCA. Ефективними є клінічний аудит, перинатальний консиліум, мультидисциплінарні рішення та розширення практики VBAC/TOLAC.

2. Збір та систематизація даних щодо структури пологів у закладі підтвердили, що за 9 місяців 2025 року частота КР становила 32%, що перевищує рекомендований рівень (10–15%) та майже не змінилася у порівнянні з 2024 роком (31,3%). Водночас зафіксовано зниження частки ургентних операцій на 3%, що свідчить про покращення клінічного менеджменту складних випадків.

3. Аналіз клінічних даних дав змогу визначити, що основними показаннями до КР були рубець на матці (27,8%), дистрес плода (15%), сідничне передлежання (11,5%) та клінічно вузький таз (7,6%). Виявлено значний резерв для зниження частоти КР у групі жінок із рубцем на матці: 69,3% таких пацієнток відмовилися від спроби VBAC, що становить 19,2% усіх КР.

4. Фінансовий аналіз витрат на різні методи розродження показав, що середні витрати на медикаменти та витратні матеріали при КР становили 6112,73 грн, тоді як при вагінальних пологах — 1476,36 грн. Таким чином, витрати при оперативному розродженні у 76–611% перевищують витрати при природних пологах.

5. Підтверджено зв'язок між частотою КР та зростанням економічного навантаження на заклад. Збільшення частки оперативних втручань без клінічних показань призводить до суттєвого зростання витрат на медикаменти, матеріали, хірургічні ресурси та післяопераційне лікування, що негативно впливає на фінансову стійкість закладу в межах чинного тарифу НСЗУ.

6. Дослідження економічного ефекту покращення показників КР показало, що за умов повної реалізації резерву зниження частоти КР у 2025 році можливо було сформувати економію 2 589 373,92 грн лише за статтями медикаментів та витратних матеріалів за 9 місяців. Прогнозований економічний ефект для 2026 року становить близько 3, 45 млн грн на рік. Навіть часткова реалізація (50–75%) дає економію від 1,7 до 2,6 млн грн на рік.

7. На основі аналізу розроблено комплекс управлінських стратегій, спрямованих на покращення показника КР у закладі, що включає: стратегії щодо зменшення частоти кесаревих розтинів та стратегії економічної оптимізації.

8. Запропоновано методику контролю та моніторингу частоти КР на основі моделі PDCA (Plan–Do–Check–Act), що включає щомісячний аудит КР за групами Robson, ведення реєстру VBAC, клініко-експертний аудит історій пологів, аналіз причин повторних КР та формування KPI для оцінки ефективності впроваджених рішень.

9. Обґрунтовано очікуваний фінансовий ефект від впровадження запропонованих стратегій і методики моніторингу. Реалізація моделі дозволяє знизити частоту КР з 32% до 24%, покращити клінічні результати вагітності та пологів, підвищити задоволеність пацієнтів і забезпечити економію понад 3,45 млн грн на рік у межах чинних тарифів НСЗУ.

Отже, отримані результати мають важливе практичне значення для подальшого вдосконалення акушерської служби, можуть бути адаптовані іншими закладами охорони здоров'я України та сприяють підвищенню якості медичної допомоги у відповідності до сучасних міжнародних стандартів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

згідно ДСТУ 8302:2015

1. Aggarwal A. Study of Cesarean Section Rate Using Robson's 10-Group Classification. Healthcare Bulletin, 2024. URL: <https://healthcare-bulletin.co.uk>
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. Obstetrics & Gynecology, 2014;123(3):693–711. doi:10.1097/01.AOG.0000444441.04111.1d
3. Benova L., Macleod D., Footman K., et al. Role of the private sector in childbirth care: cross-sectional survey evidence from 57 low- and middle-income countries using Demographic and Health Surveys. Trop Med Int Health, 2015;20:1657–73.
4. Betran A.P., Torloni M.R., Zhang J., et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. Reprod Health, 2015;12:57.
5. Birth myths. Cesarean Mythology Debunked. Journal of Perinatal Education, 2012;21(2):119–121. doi:10.1891/1058-1243.21.2.119
6. Boerma T., Ronsmans C., Melesse D.Y., et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. The Lancet, 2018;392(10155): 1341–1348. doi:10.1016/S0140-6736(18)31928-7
7. Cavallaro F.L., Cresswell J.A., França G.V., et al. Trends in caesarean delivery by country and wealth quintile. Bull World Health Organ, 2013;91:914–22.
8. Cesarean Delivery. StatPearls, NCBI Bookshelf, 2024. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>
9. Di Giovanni P., Garzarella T., Di Martino G., et al. Trend in primary caesarean delivery: a five-year experience in Abruzzo, Italy. BMC Health Serv Res, 2018;18(1):514.

10. Einarisdóttir K., Hagggar F., Pereira G., et al. Role of public and private funding in the rising caesarean section rate: a cohort study. *BMJ Open*, 2013;3:1–8.
11. Feng X.L., Xu L., Guo Y., Ronsmans C. Factors influencing rising caesarean section rates in China between 1988 and 2008. *Bull World Health Organ*, 2012;90:30–39.
12. Gibbons L., Belizán J.M., Lauer J.A., et al. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year. *World Health Rep Backgr Pap*, 2010;30:1–31.
13. Giaxi P., et al. Cesarean section in Greece: A retrospective analysis according to Robson classification. *European Journal of Midwifery*, 2023. URL: <https://europeanjournalofmidwifery.eu>
14. Голяновський О., Качур О., Ворона Р., та ін. Особливості проведення кесаревого розтину у вагітної з морбідним ожирінням. *Репродуктивне здоров'я жінки*, 2025;(2):26–32. doi:10.30841/2708-8731.2.2025.326508
15. Економіка охорони здоров'я : підручник / за ред. Парія В.Д. Київ: НМУ ім. О.О. Богомольця; Житомир: ТОВ «Бук-Друк», 2021. 288 с.
16. Звіт про доходи та витрати КНП «Перинатальний центр м.Києва» від НСЗУ. URL: <https://nszu.gov.ua/dashboards/zvit-pro-doxodi-ta-vitrati-nadavaciv-medicnix-posl>
17. Керівництво NICE від 10.06.2025: кесарів розтин. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192>
18. Київська міська державна адміністрація: медичний портал. URL: <https://med.kyivcity.gov.ua/medportal/medview/52.html>
19. Класифікація Робсона URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Robson_classification

20. КНП «Перинатальний центр м. Києва». URL: <https://www.perinatalcenter.com.ua/about-us/>
21. Комунальне некомерційне підприємство «Перинатальний центр м.Києва». URL: <https://clarity-project.info/edr/22964365>
22. Кривов'язюк І.В. Антикризове управління підприємством : навч. посіб. 3-тє вид. Київ: Видавничий дім «Кондор», 2020. 396 с.
23. Maurvi V. Patel, Bhoomi D. Jivani, Swati N. Patel. A study of caesarean section rate by using Robson's ten group classification system. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, 2022; 12(1):181-184. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20223491
24. Менеджмент: навч. посіб. / Матукова Г.І., Кожемякіна Т.В., Матукова-Ярига Д.Г. Київ: НУ «Києво-Могилянська академія», 2020. 557 с.
25. Miller S., Abalos E., Chamillard M., et al. Beyond too little, too late and too much, too soon. *The Lancet*, 2016;388(10056):2176–92.
26. Molina G., Weiser T.G., Lipsitz S.R., et al. Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA*, 2015;314:2263–70.
27. RCOG. Caesarean Birth: NICE Clinical Guideline NG192. London: NICE, 2021.
28. Rajput H., et al. Study of Caesarean Section Births in a Tertiary Care Hospital in Mumbai Using Robson Classification System. *J Obstet Gynaecol India*, 2023;73(6):496-503. doi:10.1007/s13224-023-01851-y
29. Ronsmans C., Holtz S., Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries. *Lancet*, 2006;368:1516–23.
30. Sandall J., Tribe R.M., Avery L., et al. Short-term and long-term effects of caesarean section. *The Lancet*, 2018;392(10155):1349–1357.
31. Sewell J.E. Cesarean section – a brief history. National Library of Medicine, 1998. URL: <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/index.html>

32. Todman D. A history of caesarean section. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2007;47(5):357–361. doi:10.1111/j.1479-828X.2007.00757.x
33. Tostado Fernández F.J. Caesarean section: history of a surgical procedure that has always been with us. *European Gynecology and Obstetrics*, 2024;6(3):119–124. doi:10.53260/EGO.246037
34. Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. URL: <https://nszu.gov.ua/dashboards/ukladeni-dogovori-pro-medicne-obslugovuvannia-nasel>
35. Уніфікований клінічний протокол «Кесарів розтин». Наказ МОЗ України №8 від 05.01.2022. URL: https://moz.gov.ua/uploads/7/35438-dn_8_05_01_2022_dod.pdf
36. Villar J., Valladares E., Wojdyla D., et al. Caesarean delivery rates. *Lancet*, 2006;367:1819–29.
37. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. Geneva: WHO; 2015. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
38. Zwart J.J., Richters J.M., Ory F., et al. Severe maternal morbidity... *BJOG*, 2008;115:842–50.
39. Стратегічний план розвитку КНП «Перинатальний центр м. Києва» 2021–2023. URL: <https://kyivaudit.gov.ua/.../стратегічний%20план%20розвитку.pdf>

