

**АНАЛИЗА НА СОСТОЈБИТЕ ВО ОДНОС НА ПЕРИНАТАЛНАТА И
ДОЕНЕЧКАТА СМРТНОСТ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ВО
ПЕРИОДОТ ОД 2011 ДО 2017 ГОДИНА**



Издавач: Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените –ЕСЕ

Членови на работната експертска група

Д-р Борјан Павловски, Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените – ЕСЕ

Доц. д-р Александра Стојовска-Лазарова, ЈЗУ Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство

Д-р Весна Блажевска-Сиљановска, ПЗУ „Гинека“, претставник на Здружението на приватни гинеколози – акушери на Македонија

Даница Митковска, советник во Секторот за социјални статистики, Државен завод за статистика

Проф. д-р Елена Косевска, ЈЗУ Институт за јавно здравје

Д-р Елизабета Петковска, ЈЗУ Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство

Исмије Гаши, медицинска сестра – акушерка, ЈЗУ Клиничка болница – Тетово

Д-р Мерал Реџеџи, ЈЗУ Клиничка болница – Тетово

Д-р сци. Наталија Дечовски, ЈЗУ Здравствен дом – Штип

Д-р Наташа Најдановска-Алулоска, ЈЗУ Универзитетска клиника за детски болести

М-р д-р Тања Лековска-Стоицовска, ЈЗУ Институт за јавно здравје

Скопје, 2019 година



Овој документ е финансиски подржан од Фондацијата Отворено општество – Македонија. Содржината на овој документ е целосна одговорност на Здружение ЕСЕ и во ниту случај не ги одразува ставовите на ФООМ

СОДРЖИНА

Предговор	6
Методологија на работа	7
Вовед	8
I. Приказ на состојбите поврзани со новороденчката и доенчката	12
1. Анализа на стапката на доенечка смртност по место на живеење на мајката	12
1.1. Приказ на состојбата по региони	12
1.2. Урбани и рурални средини	17
2. Анализа на стапката на доенечка смртност според етничката припадност на мајката ..	18
3. Анализа на доенечката смртност според школската подготовка на мајката	21
4. Анализа на причините за смрт	22
5. Анализа на податоците од Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство ...	27
II. РАМКА ЗА РИЗИЧНИ ПЕРИНАТАЛНИ ПЕРИОДИ	33
1. Возраст при смрт	34
2. Возраст при смрт на умрени новороденчиња	36
Родилна тежина	36
3. Примена на Рамката за ризични перинатални периоди	37
Возраст при настапување на смртт.....	40
Анализа во Рамката за ризични перинатални период.....	40
4. ВТОРА ФАЗА НА АНАЛИЗА ПРЕКУ РАМКата ЗА РИЗИЧНИ ПЕРИНАТАЛНИ ПЕРИОДИ.....	46
Анализа според родилната тежина.....	46
III. АНАЛИЗА НА МОЖНИТЕ ПРИЧИНИ ЗА ПОРАСТ НА ДОЕНЕЧКАТА СМРТНОСТ СПОРЕД РАМКата ЗА РИЗИЧНИ ПЕРИНАТАЛНИ ПЕРИОДИ.....	49
IV. ЗДРАВСТВЕН КАДАР ЗА ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЗА ВРЕМЕ НА БРЕМЕНОСТА, ПОРОДУВАЊЕТО И ВО ПЕРИОДОТ ПО ПОРОДУВАЊЕТО.....	53
V. УТВРДЕНИ ПРОБЛЕМИ ОД ПРАКТИКАТА.....	58
Примарна здравствена заштита.....	59
Секундарна и терциерна здравствена заштита.....	60
Здравствена евиденција и статистика.....	61
VI. ЗАКЛУЧОЦИ.....	61
Демографски и социоекономски карактеристики поврзани со доенечката смртност.....	61

Поврзаност на предвремено раѓање и мала родилна тежина со порастот на доенчката смртност.....	62
Здравствени контроли и здравствени однесувања за време на бременоста.....	62
Здравствен кадар за обезбедување на здравствената заштита за жените во репродуктивниот период, за време на бременоста, породувањето, како и за здравствена заштита на доенчињата.....	62
Организација и функционирање на здравствената заштита за време на бременоста, во перинаталниот и постанаталниот период.....	63
Здравствена статистика и пријави за смрт.....	64

ЛИСТА НА СКРАТЕНЦИ

ЈЗУ – Јавна здравствена установа

ЗД – здравствен дом

МКБ-10 – Меѓународна класификација на болестите и сродните здравствени проблеми, Десетта ревизија

ПЗЗ – примарна здравствена заштита

СЗО – Светска здравствена организација

ФЗОМ – Фонд за здравствено осигурување на РСМ

ПРЕДГОВОР

Правото на здравје претставува универзално човеково право гарантирано во меѓународните документи и во законодавството на Република Македонија. Здравјето на мајките и децата, како особено ранливи категории од населението, е од особена важност за државата и таа има обврска континуирано да го унапредува здравјето на овие ранливи групи. Обврската на државата за унапредување на здравјето на мајките и децата произлегува и од Целите за одржлив развој на Обединетите нации до 2030 година, јасно посочени во Целта 3 – да се обезбеди здрав живот и да се промовира благосостојба за сите на сите возрасти. Во Целта 3, како две важни потцели се предвидени, обврската на државите да ја намали мајчинската смртност и смртноста на новороденчињата, доенчињата и смртноста на децата под 5-годишна возраст.

Република Македонија бележеше континуиран децениски пад на стапката на доенечка смртност, која во 2010 и 2011 година достигна најниско ниво од 7,6 починати доенчиња на 1 000 живородени. Меѓутоа, од 2011 година стапката на доенечка смртност започна да бележи континуиран пораст и во 2016 година достигна вредност од 11,9 умрени доенчиња на 1 000 живородени. Со тоа состојбата во однос на овој индикатор се врати на нивото од пред десетина години, односно се изедначи со вредностите што се бележеле во 2005 и 2006 година. Меѓутоа, во 2017 и 2018 година стапката на доенечка смртност бележи пад, па така во 2017 година изнесува 9,2 на 1 000 живородени, а во 2018 година изнесува 5,7 на 1 000 живородени.

Земајќи ја предвид работата на Здружение ЕСЕ, која има за цел да го унапреди женското репродуктивно здравје и здравјето на мајките и децата, во 2016 година подготвивме публикација со наслов „Доенечка, перинатална и мајчина смртност во Република Македонија – состојби и предизвици“¹. Во оваа публикација дадовме приказ на состојбите во однос на порастот на доенечкиот и перинаталниот морталитет во Македонија во периодот по 2011 година. Меѓутоа, при подготовката на публикацијата утврдивме дека преку јавно достапните податоци не сме во можност да ги утврдиме причините што водат до пораст на смртноста. Со цел да се подготви анализа во однос на состојбите и причините што доведоа до пораст на доенечката и перинаталната смртност во Македонија во периодот од 2011 до 2016 година, Здружение ЕСЕ во периодот 2018– 2019 година формира работна група составена од релевантни експерти од оваа област. Овој документ претставува сумарна анализа подготвена од страна на работната експертска група.

¹ Публикацијата е достапна на:

<http://esem.org.mk/pdf/Publikacii/2017/Doenecka%20perinatalna%20i%20majcina.pdf>

<http://www.esem.org.mk/pdf/Publikacii/2017/Doenecka%20perinatalna%20i%20majcina.pdf>

МЕТОДОЛОГИЈА НА РАБОТАТА

Во работата на експертската работна група членуваат експерти од следните области: статистика, јавно здравје, педијатрија – неонатологија, патронажа, гинекологија и акушерство. Методологијата на работа при подготовка на анализата беше преземена од методологијата подготвена од страна на Центарот за контрола на болести (CDC) од Атланта, САД, насловена како „Пакет на алатки: Рамка за оценка на доенечката смртност“², а во работата се користеше и методологијата за проценка од „Рамката за ризични перинатални периоди“. Рамката за ризични перинатални периоди овозможува анализа на причините за доенечката смртност во зависност од родилната тежина на новороденото, како и од времето на настанување на смртта. Овие две методологии предвидуваат дека подобрувањето на здравјето на доенчињата и превенирањето на доенечката смртност налагаат фокусирање на здравствените услуги и интервенции во целиот континуум на репродуктивното здравје, кој се протега од периодот пред зачнувањето, преку периодот за време на бременоста и породувањето и продолжува до првата година од животот на детето. Воедно, овие методологии овозможуваат истражување на потенцијалните фактори што влијаат врз доенечката смртност во сите фази на континуумот. При тоа се земаат предвид социјалните детерминанти на здравјето, системот и услугите на здравствената заштита и однесувањата на поединците.

Во рамки на работната група беа разгледувани можните причини за порастот на доенечката и перинаталната смртност низ призмата на овие две методологии. Во подготовката на анализата беа користени јавно достапните податоци, кои беа добиени преку постапката за пристап до информации од јавен карактер, како и податоци добиени од членовите на работната експертска група. Податоците беа преземени или добиени од следните институции: Државниот завод за статистика, Државниот центар за репродуктивно здравје, Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство, Универзитетската клиника за детски болести, општите и клиничките болници во кои има породилишта, патронажните служби од здравствените домови и од матичните гинеколози.

Во целиот документ стапката на доенечка смртност ќе биде изразена како број на умрени доенчиња на 1 000 живородени за дадената календарска година.

²Методологијата е достапна на:<http://www.amchp.org/programsandtopics/data-assessment/InfantMortalityToolkit/Pages/default.aspx>

ВОВЕД

При анализата на можните причини за пораст на доенечкиот морталитет во Македонија беше земен периодот од 2011 до 2016 година, бидејќи во овој период се бележи и најголемиот пораст на морталитетот, меѓутоа во анализата исто така се додадени и податоци за 2017 година (графикон бр. 1). Имено, иако во 2017 година се бележи опаѓање на стапката на доенечкиот морталитет, сепак стапката во 2017 година е повисока од стапката во 2011 година. Во периодот од 2011 до 2017 година стапката на перинатален морталитет иако има осцилаторен карактер, сепак бележи тренд на пораст (графикон бр. 2). Поголем дел од податоците беа анализирани за овој временски период, додека дел од податоците беа анализирани за периодот од 2013 до 2016 година. Овие разлики во анализата заради разликата во достапноста на податоците. Воедно, нотираме дека стапката на новороденечка смртност бележи значителен пад во 2018 година кога изнесува 5,7 на 1 000 живородени, меѓутоа 2018 година нема да биде предмет на анализата, бидејќи основната цел на анализата е да ги идентификува можните причини за порастот на стапката на доенечкиот морталитет, чиј што пораз е интензивен до 2016 година.

Анализата дава приказ на трендовите на пораст на смртноста во доенечкиот период во анализираниот временски период. Воедно, согласно со горенаведената методологијата, анализирана е стапката на доенечката смртност од повеќе аспекти, вклучувајќи ги следните: анализа на доенечката смртност на национално ниво и по региони, анализа на доенечката смртност според демографските и социоекономските карактеристики на мајката, како што се етничката припадност, училишната подготовка, местото на живеење и сл.

Исто така предмет на анализа се и најчестите причини за доенечката смртност, како и времето на настапување на смртта кај доенчињата. Поради тоа што како најчеста причина за смрт се појавува дијагнозата „Заболувања во врска со кратка гестација и мала родилна тежина“ (P07 според МКБ-10), дополнителна детална анализа е подготвена во однос на оваа причина за смрт кај различните групи на население. Воедно, дополнителна анализа е подготвена и во однос на четиризначните шифри на дијагнози што се водат под дијагнозата P07, а се јавуваат како причини за смрт на доенчињата, односно на дијагнозата P07.2 (доенчиња родени со помалку од 28 полни гестациски недели) и на дијагнозата P07.3 (доенчиња родени со и над 28 полни гестациски недели, но пред 37 полни гестациски недели).

Во анализата е даден и подетален приказ на податоците за умрените доенчиња на Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство, бидејќи на оваа Клиника се бележат најголем број раѓања, а воедно на Клиниката се лекуваат најголем дел од предвремено родените и доенчињата родени со мала родилна тежина од целата територија на Македонија. Податоците за умрените доенчиња на Клиниката вклучуваат гестациска недела, родилна тежина и причини за смрт.

Подготвена е и анализа преку Рамката за ризични перинатални периоди за периодот од 2013 до 2016 година. Анализата преку оваа Рамка е од важност, бидејќи покрај умерените доенчиња предмет на анализа се и мртвородените деца. Воедно, анализата преку Рамката дава увид во кој период е највисока стапката на смртност, што укажува на можните причини за пораст на смртноста, како и за потребните интервенции што треба да се преземат за да се намали перинаталниот и доенечкиот морталитет. Поради недостиг на дел од потребните податоци, дел од анализата преку Рамката претрпе одредени модификации што се детално образложени во текстот. Сепак, анализата преку Рамката дава соодветен увид во состојбите, како и во која насока треба да се насочат интервенциите.

Предмет на анализа е и состојбата со здравствениот кадар за обезбедување здравствена заштита за репродуктивно здравје на жените за време на бременоста, породувањето и за периодот по породувањето. Оваа анализа дава увид во однос на недостигот од здравствен кадар, како и од нееднаквата територијална дистрибуција.

Анализата е дополнета и со утврдените проблеми и недостатоци од практиката, кои беа идентификувани од страна на членовите на работната група.

Сите анализирани аспекти поврзани со перинаталната и доенечката смртност овозможува работната експертска група да ги подготви клучните заклучоци во однос на состојбите поврзани со смртноста.

Оваа анализа треба да им послужи на креаторите на политиките во Македонија да подготват и да спроведат соодветни мерки за намалување на перинаталниот и доенечкиот морталитет.



Графикон бр. 1. Стапка на умрени доенчиња на 1 000 живородени во Македонија во периодот од 2011 до 2017 година. *Извор: Државен завод за статистика.*



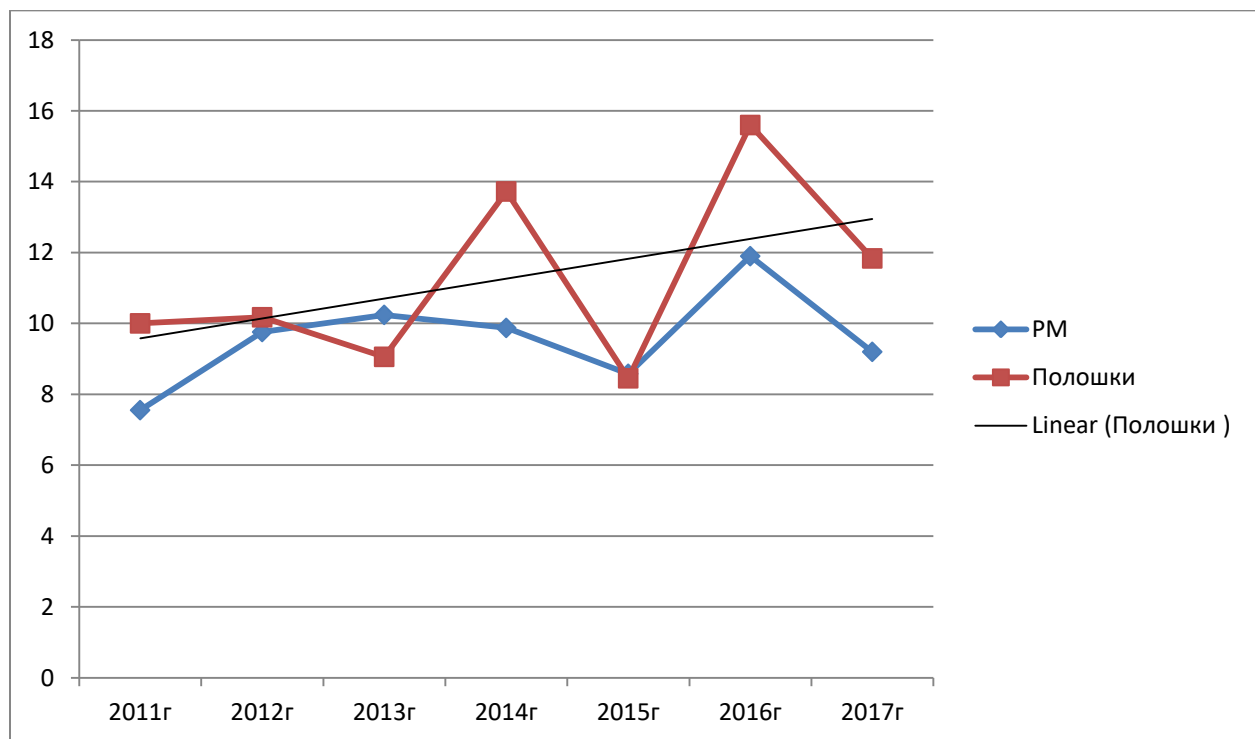
Графикон бр. 2. Стапка на перинатален морталитет на 1 000 раѓања во Македонија во периодот од 2011 до 2017 година. *Извор: Државен завод за статистика.*

I. ПРИКАЗ НА СОСТОЈБИТЕ ПОВРЗАНИ СО ДОЕНЕЧКАТА СМРТНОСТ

1. Анализа на стапката на доенечка смртност по место на живеење на мајката

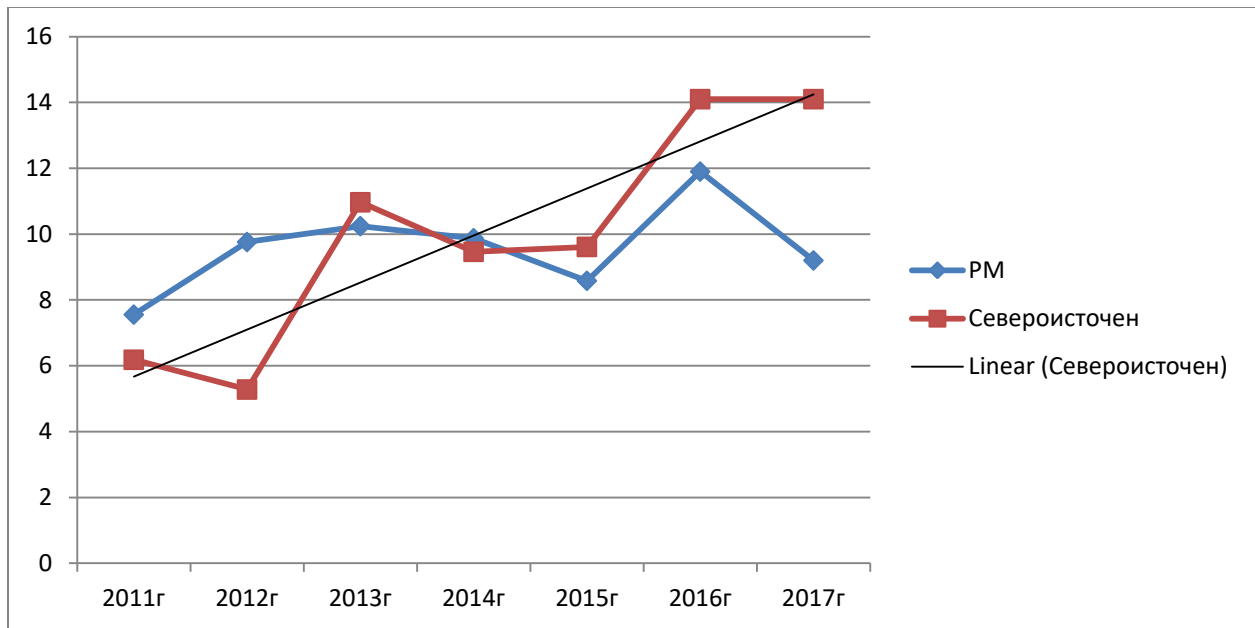
1.1. Приказ на состојбата по региони

Пораст на стапката на доенечката смртност се бележи во повеќето региони на Македонија³, воедно постојат значителни разлики во движењата и трендот на стапката помеѓу различните региони. Имено, заедничка карактеристика за сите региони е тоа што се бележат значителни осцилации во стапката на доенечка смртност, па поради тоа предмет на анализа во графиконите е и трендот на движењето на овој индикатор. Во 2016 и 2017 година највисока стапка се бележи во Полошкиот (15,6), Североисточниот (14,1), Југоисточниот (13,2) и Вардарскиот Регион (графикони бр. 4, 5 и 6). Имено, стапката на доенечка смртност во овие региони е повисока од стапката на национално ниво. Воедно, во наведените региони постои растечки тренд на стапката на доенечка смртност во периодот 2011 – 2017 година.

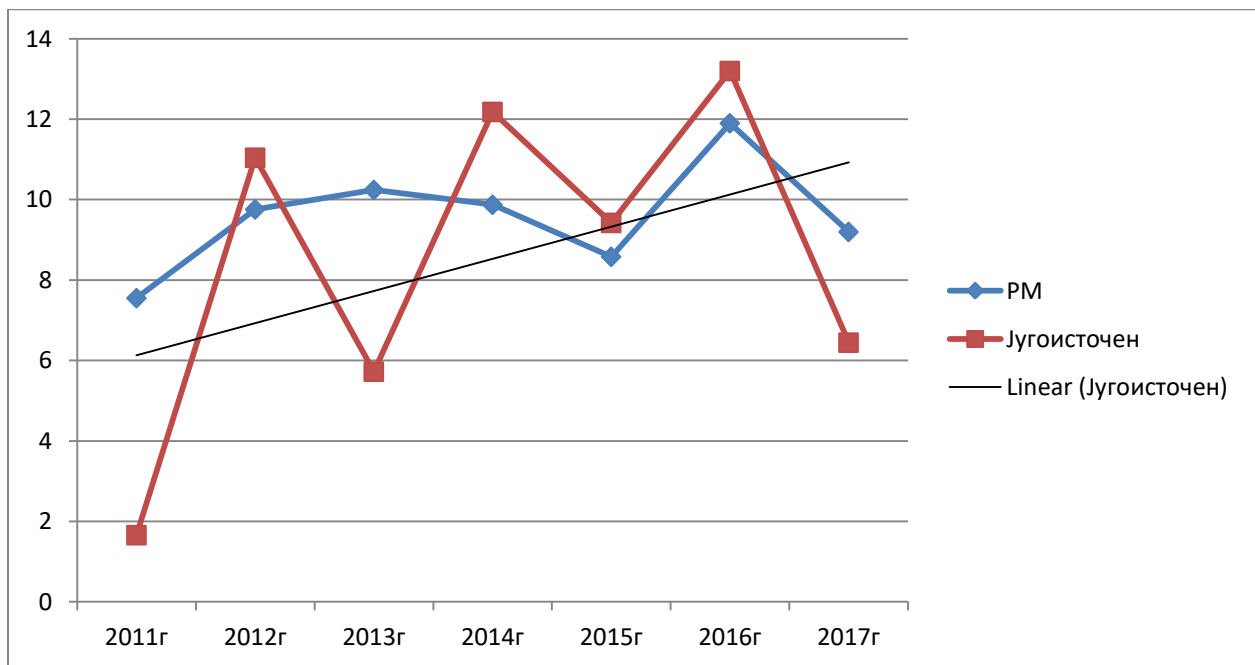


Графикон бр. 3. Приказ на стапката на доенечка смртност (на 1 000 живородени)– споредба помеѓу Полошкиот Регион и состојбата на национално ниво.Извор: Државен завод за статистика.

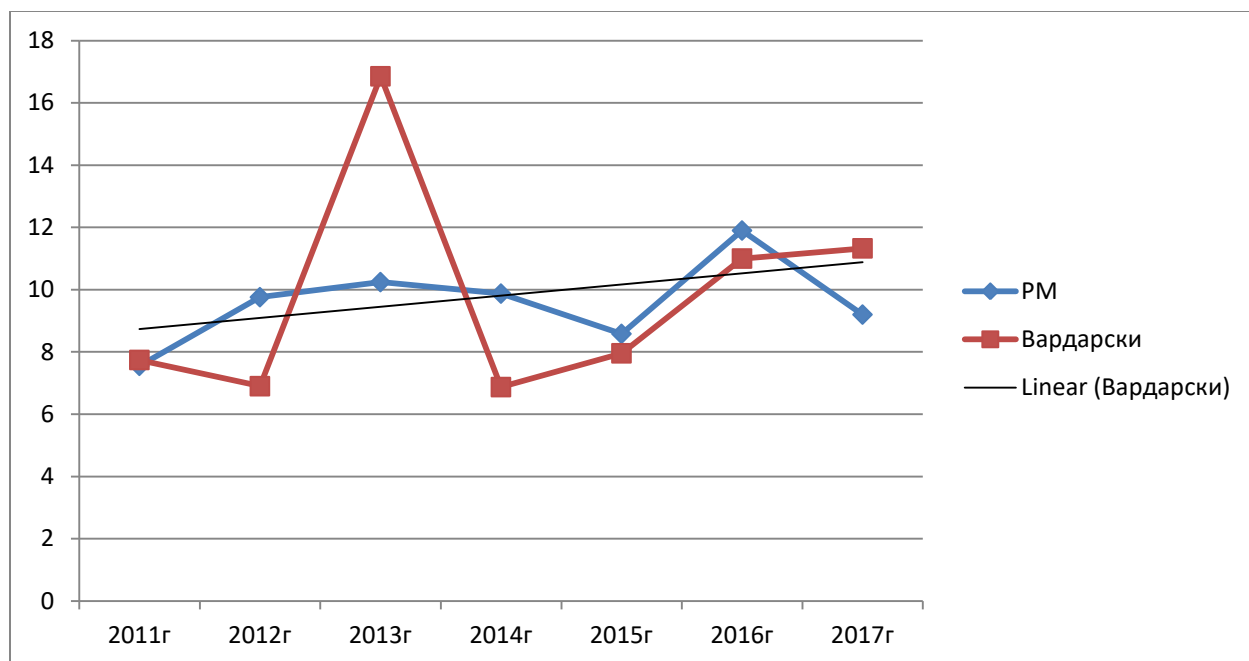
³Податоците се однесуваат на местото на живеење на мајката, а не на местото каде што се случило раѓањето или пак настапила смртта.



Графикон бр. 4. Приказ на стапката на доенечка смртност (на 1 000 живородени)– споредба помеѓу Североисточниот Регион и состојбата на национално ниво. Извор: Државен завод за статистика.

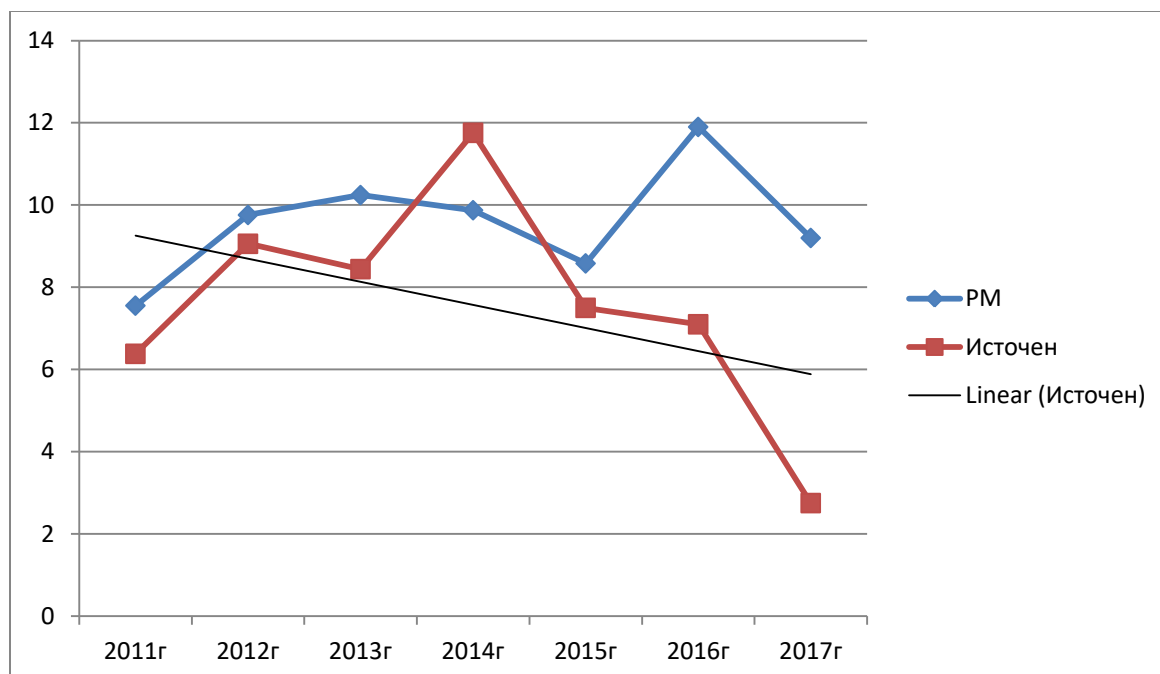


Графикон бр. 5. Приказ на стапката на доенечка смртност (на 1 000 живородени)– споредба помеѓу Југоисточниот Регион и состојбата на национално ниво. Извор: Државен завод за статистика.



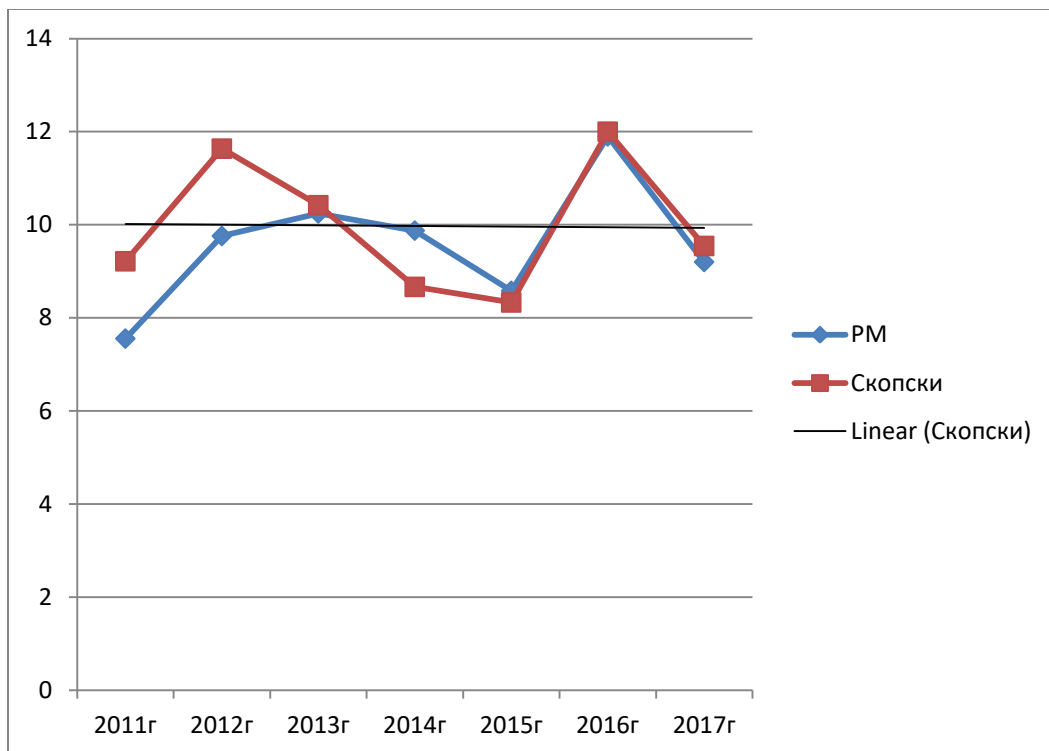
Графикон бр. 6. Приказ на стапката на доенечка смртност (на 1 000 живородени)– споредба помеѓу Вардарскиот Регион и состојбата на национално ниво. Извор: Државен завод за статистика.

Најниска стапка на доенечка смртност се бележи во Источниот Регион (2,8 во 2017 година) и е единствен регион каде што се бележи надолан, односно опаѓачки тренд на стапката на доенечка смртност (графикон бр. 7).

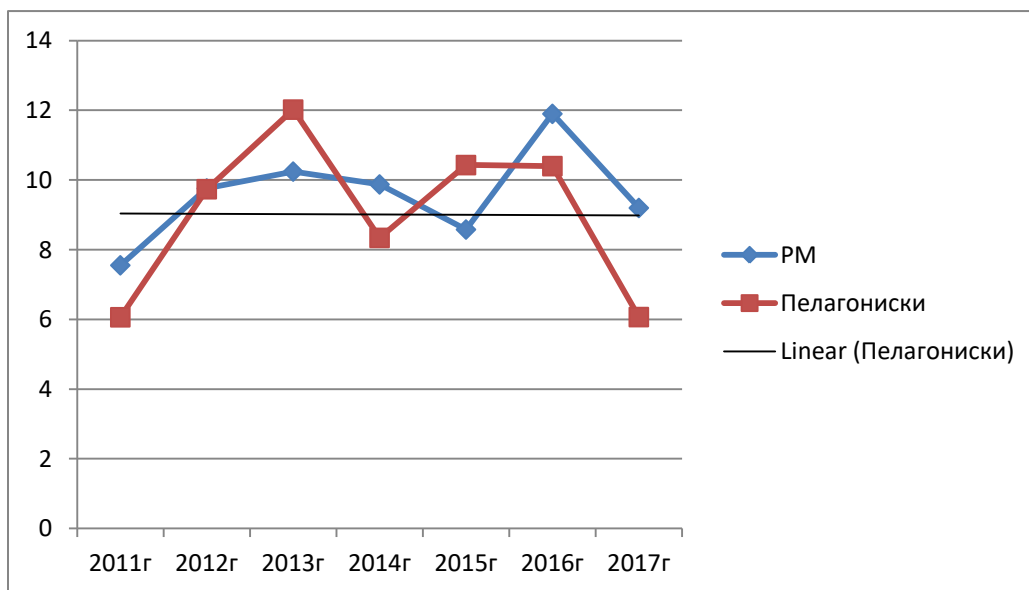


Графикон бр. 7. Приказ на стапката на доенечка смртност (на 1 000 живородени)– споредба помеѓу Источниот Регион и состојбата на национално ниво.Извор: Државен завод за статистика.

Во останатите региони исто така стапката бележи тренд на пораст, освен во Скопскиот Регион и Пелагонискиот Регион, каде што трендот останува непроменет, односно не се бележи ниту растечки, ниту опаѓачки тренд на стапката во периодот од 2011 до 2017 година. Оваа состојба се должи на тоа што во Скопскиот Регион од 2012 до 2015 година се бележи пад на стапката на смртност, меѓутоа вредно е да се напомене дека во 2016 година бележи значителен пораст, а во 2017 година повторно бележи опаѓање (графикон бр. 8). Додека во Пелагонискиот Регион оваа состојба се должи на значителното намалување на стапката на доенечка смртност во 2017 година (графикон бр. 9).

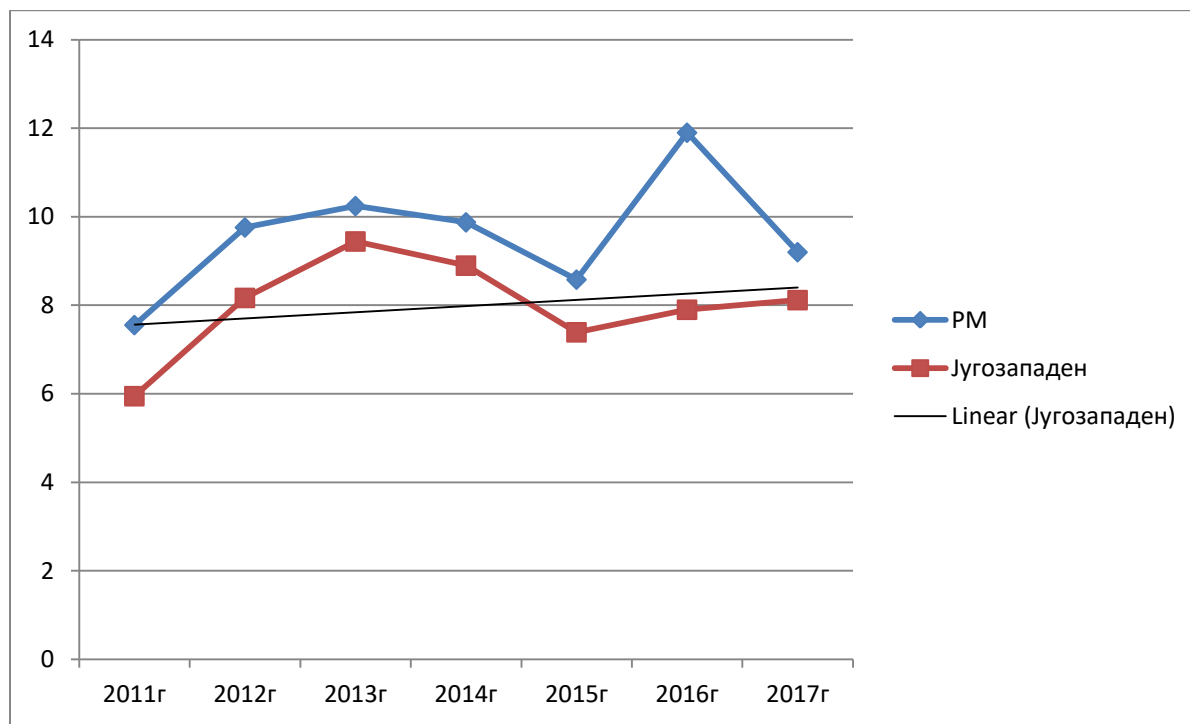


Графикон бр. 8. Приказ на стапката на доенечка смртност (на 1 000 живородени)– споредба помеѓу Скопскиот Регион и состојбата на национално ниво. Извор: Државен завод за статистика.



Графикон бр. 9. Приказ на стапката на доенечка смртност (на 1 000 живородени)– споредба помеѓу Пелагонискиот Регион и состојбата на национално ниво. Извор: Државен завод за статистика.

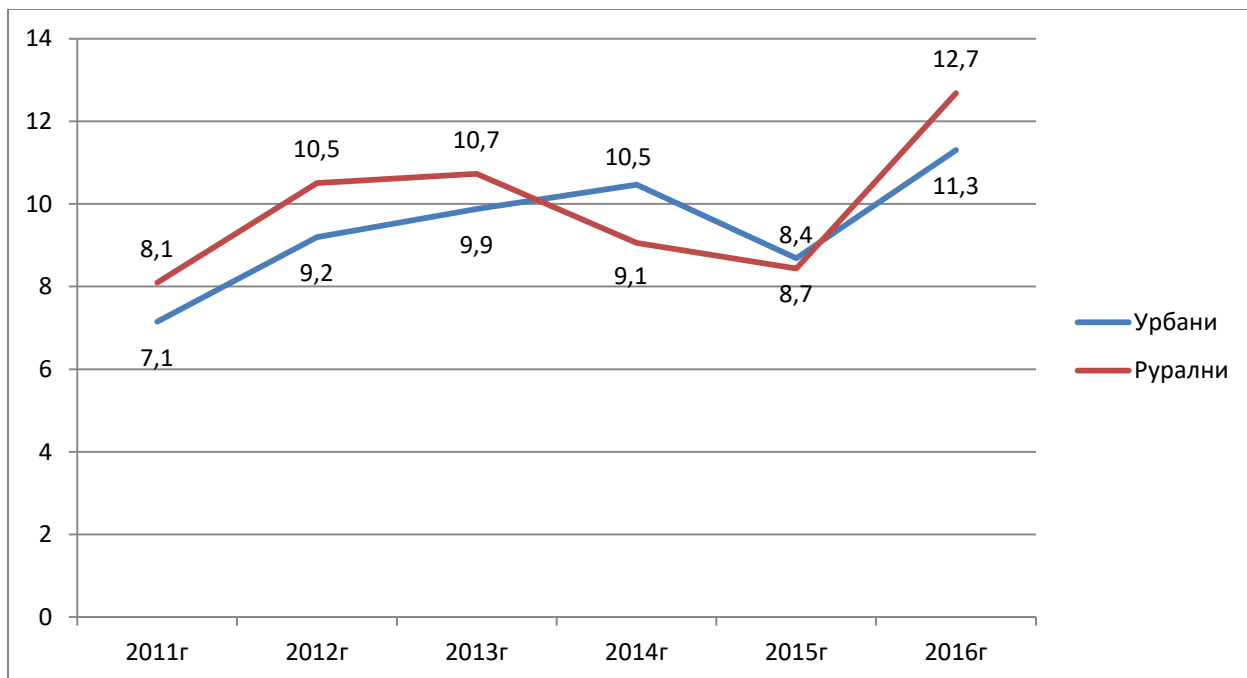
Во Југозападниот регион стапката на доенечка смртност за целиот период од 2011 до 2017 година е под националниот просек. Меѓутоа, и во овој регион стапката бележи нагорен, односно, растечки тренд (графикон бр. 10).



Графикон бр. 10. Приказ на стапката на доенечка смртност (на 1 000 живородени)– споредба помеѓу Југозападниот Регион и состојбата на национално ниво. Извор: Државен завод за статистика.

1.2. Урбани и рурални средини

Доенечката смртност може да се анализира и врз основа на местото на живеење на мајката. Споредено помеѓу мајките што живеат во рурални и во урбани средини може да се забележи дека постојат осцилации во разликите од година во година во периодот од 2011 до 2016 година. Па така, во одредени години стапката е повисока во руралните, а во одредени години во урбаните средини (графикон бр. 11). Меѓутоа, во периодот од 2011 до 2016 година, трендот на пораст на доенечката смртност е нешто поголем во урбаните средини, за разлика од руралните средини.

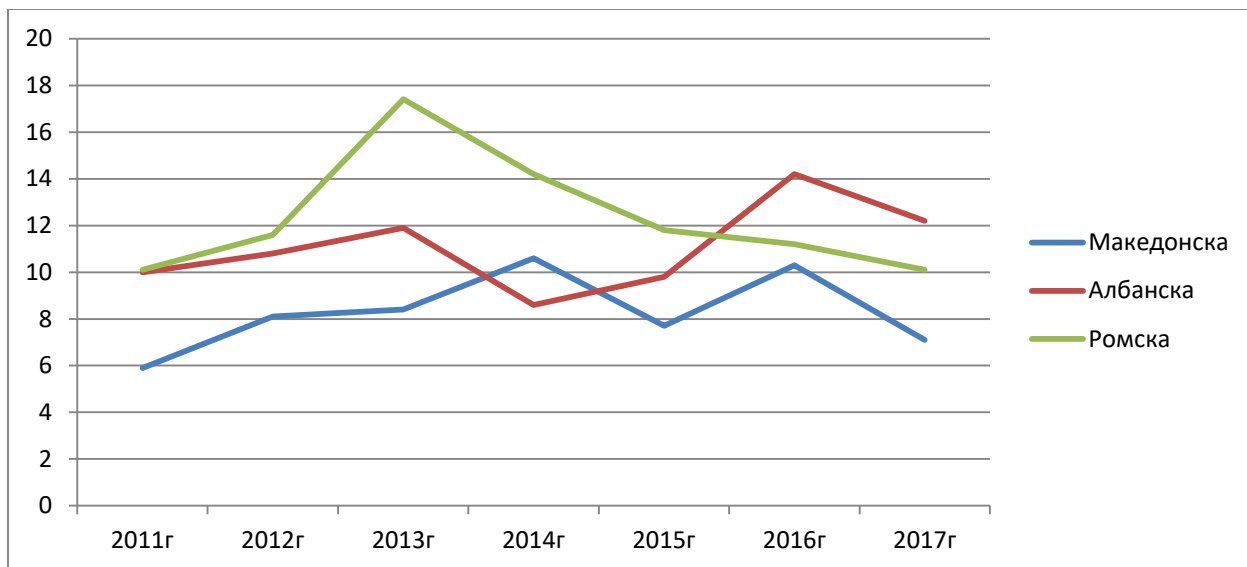


Графикон бр. 11. Приказ на стапката на доенечка смртност (на 1 000 живородени) во урбани и рурални средини (според местото на живеење на мајката).Извор: Државен завод за статистика.

2. Анализа на стапката на доенечка смртност според етничката припадност на мајката

Предмет на анализа е доенечката смртност помеѓу деца родени од мајки од македонска, албанска и од ромска етничка припадност. Другите етнички групи не се предмет на анализа бидејќи бележат многу мал број раѓања (под 10 раѓања по етничка група) на годишно ниво. Во 2016 и 2017 година највисока стапка на доенечка смртност се бележи помеѓу деца родени од мајки од албанска етничка припадност, додека најниска е стапката кај децата родени од мајки од македонска етничка припадност (графикон бр. 12).

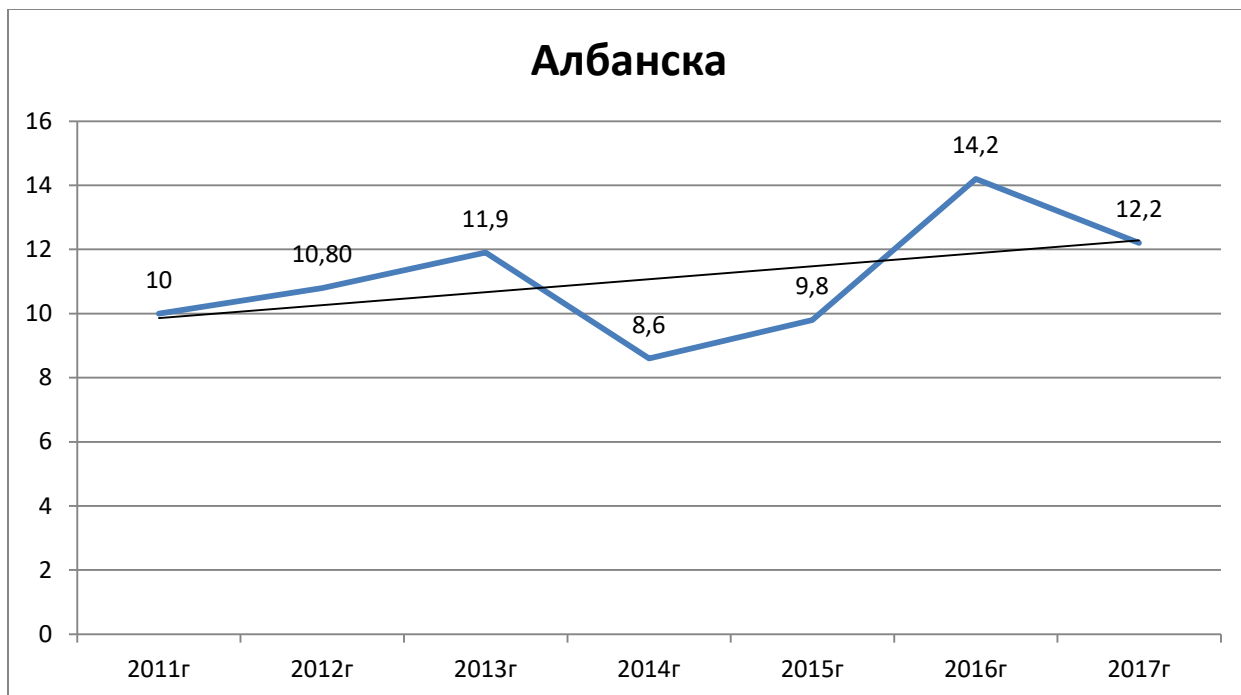
Анализирајќи го периодот од 2011 до 2017 година може да се забележи дека до 2016 година стапката на доенечка смртност бележи пораст помеѓу доенчињата родени од мајки од македонска и албанска етничка припадност, додека стапката на смртност се намалува помеѓу доенчињата родени од мајки од ромска етничка припадност. Во 2017 година се бележи пад на стапката кај трите етнички групи, меѓутоа стапката останува највисока помеѓу албанското население, по кое следува ромското население, а најниска е помеѓу македонското население. Разгледувајќи ги трендовите на стапката на доенечка смртност во овој период може да се забележи дека трендот на пораст е најголем помеѓу албанското население, потоа следува македонското население, додека кај ромското население се бележи опаѓачки тренд на стапката (графикони бр. 12, 13 и 14).



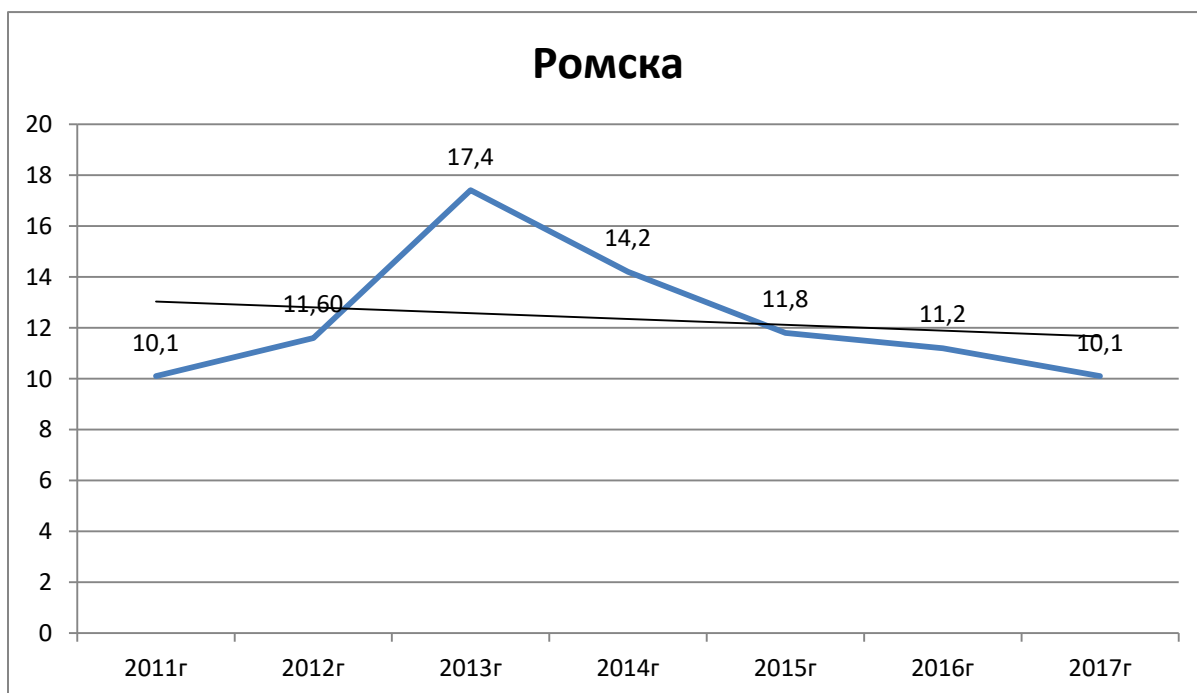
Графикон бр. 12. Приказ на стапката на доенечка смртност (на 1 000 живородени) според етничката припадност на мајката. Извор: Државен завод за статистика.



Графикон бр. 12. Стапка и тренд на доенечка смртност помеѓу децата родени од мајки од македонска етничка припадност. Извор: Државен завод за статистика.



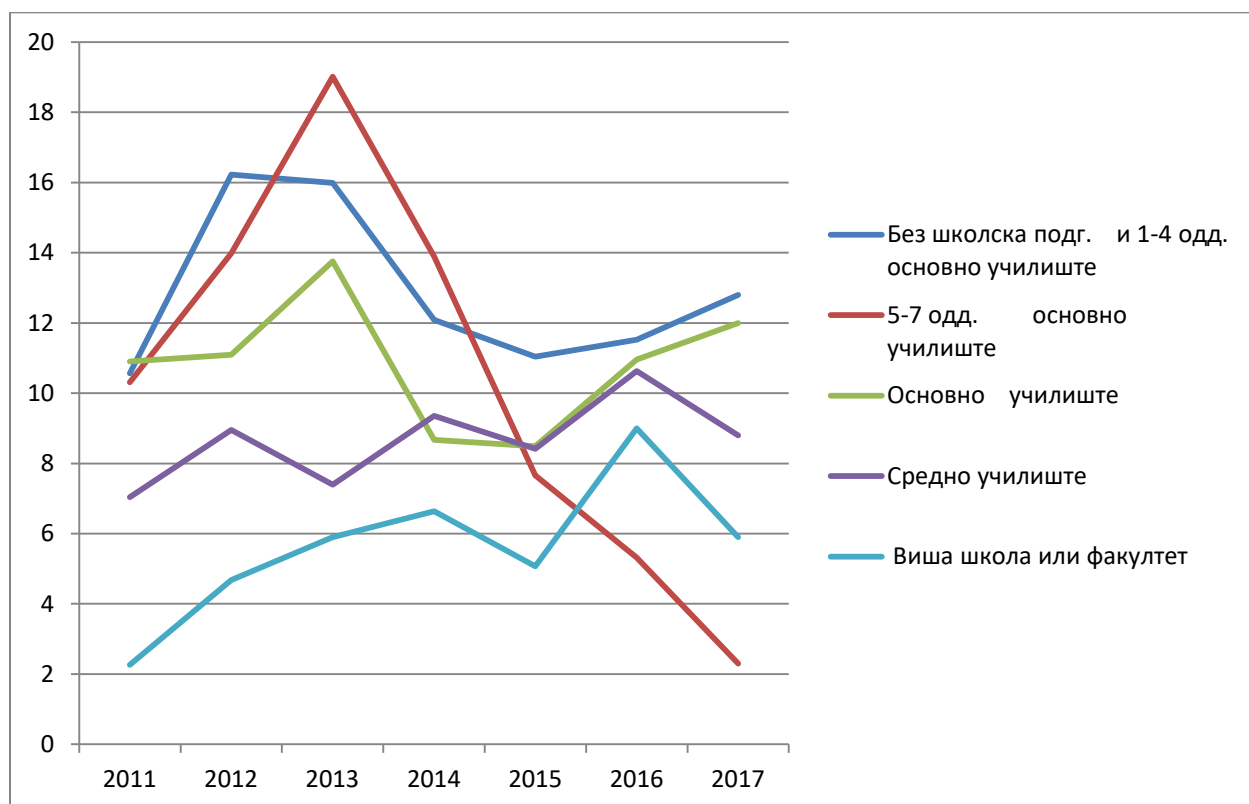
Графикон бр. 13. Стапка и тренд на доенечка смртност помеѓу децата родени од мајки од албанска етничка припадност. Извор: Државен завод за статистика.



Графикон бр. 14. Стапка и тренд на доенечка смртност помеѓу децата родени од мајки од ромска етничка припадност. Извор: Државен завод за статистика.

3. Анализа на доенечката смртност според школната подготовка на мајката

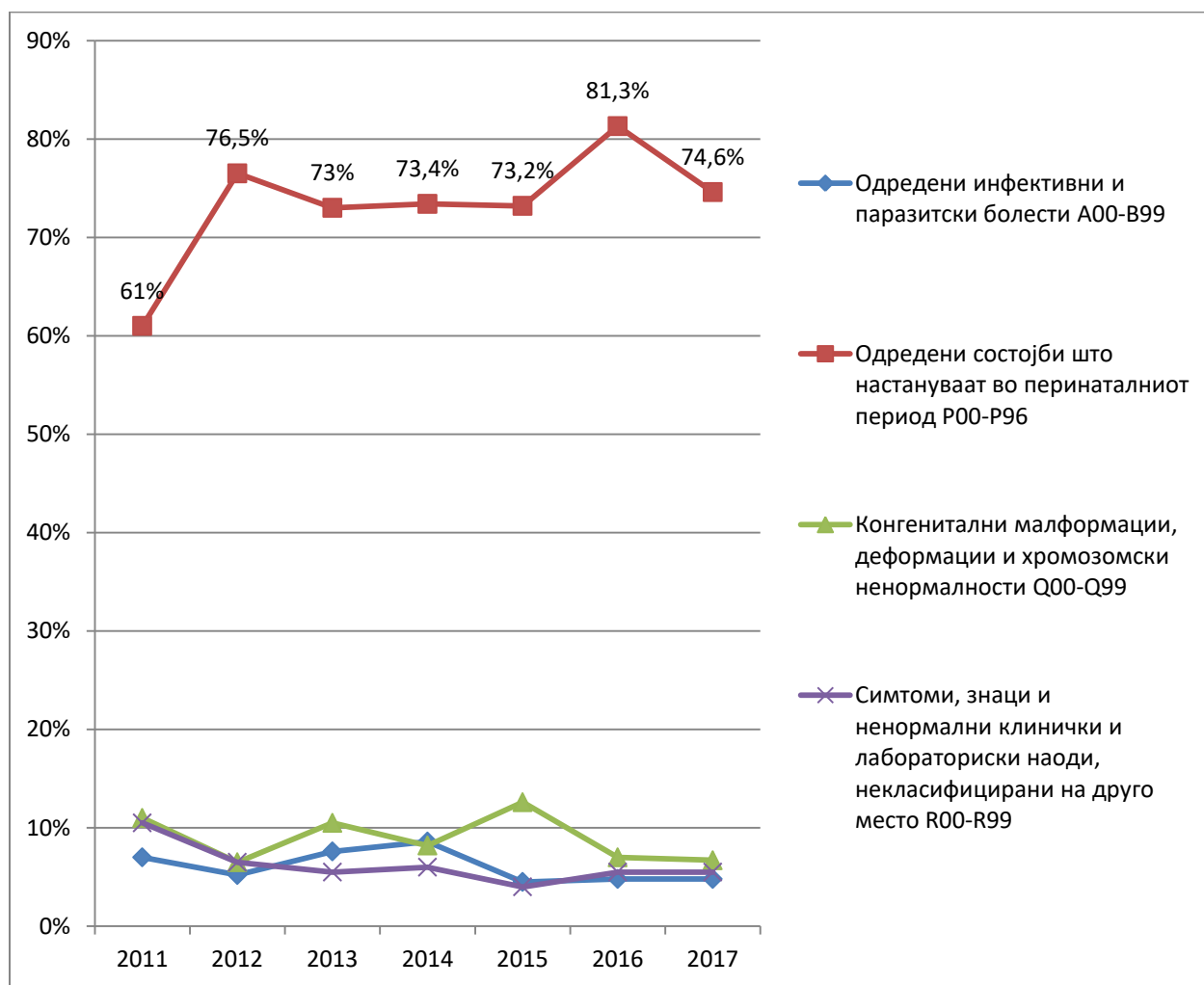
Во периодот од 2011 до 2016 година, во речиси сите години, највисока стапка на доенечка смртност се бележи помеѓу мајките без школна подготовка и 1-4 одд. основно училиште, додека најниска е стапката помеѓу мајките со вишо и високо образование (графикон бр. 15). Меѓутоа, мора да се напомене дека помеѓу мајките што се без образование, мајките со незавршено основно образование и помеѓу мајките со основно образование во дадениот период се бележи тренд на опаѓање на доенечката смртност. Додека помеѓу мајките со средно образование и мајките со вишо и високо образование во дадениот период се бележи тренд на пораст на доенечката смртност. Во 2017 година иако стапката на доенечка смртност опаѓа на национално ниво, сепак стапката бележи пораст помеѓу доенчињата родени од мајки без школна подготовка и мајки со основно образование. Кај останатите категории на школна подготовка се бележи пад на стапката на доенечка смртност.



Графикон бр. 15. Стапка на доенечка смртност според школна подготовка на мајката. Извор: Државен завод за статистика.

4. Анализа на причините за смрт

Во однос на доенечката смртност, како најчеста причина за смрт во периодот 2011 – 2017 година се појавуваат „Одредени состојби што настануваат во перинаталниот период, МКБ-10 шифра P00-P96“ (графикон бр. 16). Истата причина не само што е најчеста, туку бележи и тренд на пораст во дадениот период. Останатите причини за смрт се со застапеност под 10 % во вкупната смртност.



Графикон бр. 16. Најчести причини за смрт на доенчињата во Македонија прикажано во проценти. Извор: Државен завод за статистика.

Бидејќи групата „Одредени состојби што настануваат во перинаталниот период, МКБ-10 шифра P00-P96“ претставува причина за 80 % од смртноста кај новороденчињата и доенчињата, даден е дополнителен приказ на сите дијагнози од оваа група што се појавуваат како причини за смрт во периодот од 2011 до 2017 година. Како што може да се забележи, најголем број од смртните случаи од оваа група на дијагнози се должат на „Заболувања во врска со кратка гестација и мала родилна тежина, неklasифицирани на друго место, МКБ-10 шифра P07“. Тоа

значи дека најголем удел во смртноста на новороденчињата имаат заболувањата што се јавуваат како резултат на малата родилна тежина и предвременото породување. Односно, во 2016 година 72 % од вкупниот број на смртни случаи на доенчиња се како резултат на дијагнозата P07, додека во 2017 година се 65 % (табела бр. 3).

Дијагнозата под шифрата P07 претставува трозначна шифра според МКБ-10 па поради тоа дополнително е прикажана поделбата на дијагнозите што се водат под шифрата P07, а се обележани со четиризначни шифри (табела бр. 2). Четиризначните шифри на дијагнози што се водат под збирната дијагноза P07 се следните: P07.0 –екстремно мала родилна тежина, под која спаѓаат сите доенчиња родени со родилна тежина под 999 грама; P07.1 – друга екстремно мала родилна тежина, во која спаѓаат сите доенчиња со родилна тежина од 1 000 до 2 499 грама; P07.2 –екстремна незрелост, во која спаѓаат сите доенчиња родени со помалку од 28 полни гестациски недели; и P07.3 –други предвремени доенчиња, во која спаѓаат доенчињата родени со и над 28 полни гестациски недели, но пред 37 полни гестациски недели. Како што е означено и во самите називи на дијагнозите, дијагнозите P07.0 и P07.1 се однесуваат на доенчињата родени со мала родилна тежина, односно тежина под 2 499 грама, додека дијагнозите P07.2 и P07.3 се однесуваат на предвремено родените доенчиња, односно доенчињата родени пред полна 37 гестациска недела.

Во периодот од 2013 до 2017 година, гледано како процент од вкупниот број на живородени, не се бележи пораст на новородените деца родени пред полна 37 гестациска недела, туку се бележи благо опаѓање. Во однос на смртноста кај доенчињата родени пред полна 37 гестациска недела, и покрај варијациите од година во година, сепак во периодот до 2016 година се бележи тренд на пораст на смртноста кај овие доенчиња. Во 2017 година се бележи пад на смртноста кај предвремено родените доенчиња, меѓутоа земајќи ги предвид варијациите во изминатите години, состојбата треба да се следи и во идниот период (табела бр. 2).

Меѓутоа, во истиот период се бележи пораст на процентот на новороденчиња со мала родилна тежина, односно родени со телесна тежина под 2 500 грама (графикон бр. 16).

Предмет на подетална анализа е движењето на смртноста кај доенчињата чија причина за смрт се дијагнозите P07.2 и P07.3. За да се направи оваа анализа земено е процентуалното учество на секоја од овие две дијагнози во вкупниот број на умрени доенчиња со причина од дијагнозата P07. Имено, може да се забележи дека во периодот од 2011 до 2017 година се бележи тренд на пораст на смртноста со причина од дијагнозата P07.2 (доенчиња родени со помалку од 28 полни гестациски недели), додека опаѓа смртноста со причина од дијагнозата P07.3 (доенчиња родени со и над 28 полни гестациски недели, но пред 37 полни гестациски недели).

Во пријавите за умрено доенче има само податоци за дијагнозите под шифрите P07.2 и P07.3, додека нема податоци за дијагнозите под шифрите P07.0 и P07.1. Од тоа може да се заклучи дека можат да се добијат податоци за гестациската старост при раѓање на умрените доенчиња, меѓутоа не може да се добијат податоци за родилната тежина на умрените доенчиња.

Податоците за родилната тежина се доста значајни бидејќи овозможуваат да се добие подетален увид во причините за смрт на новороденчињата и доенчињата.

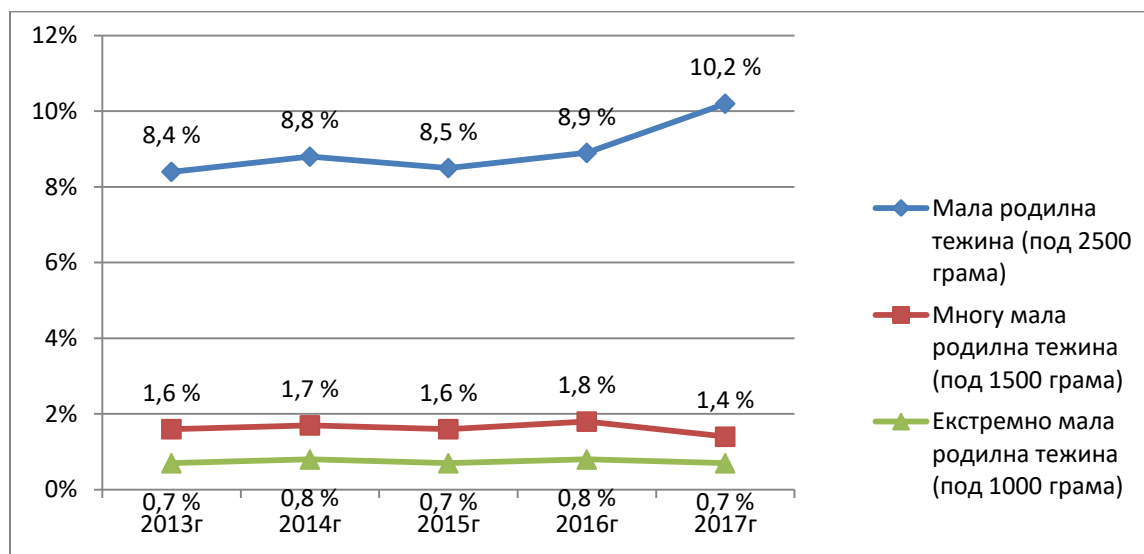
Покрај тоа недостасуваат податоци за да се направи разграничување помеѓу основната причина за смрт, болест или состојба која непосредно довела до смрт, претходни причини за смрт, како и претходни болести и состојби што довеле до основната причина за смрт. Дијагнозата под шифра P07 претставува една од дијагнозите што се причина за смрт, меѓутоа недостасуваат податоци за болеста или состојбата што непосредно го предизвикала смртниот исход, на пример респираторен дистрес, сепса и слично, што значи дена нема податоци што конкретно ја предизвикало смртта кај предвремено родените доенчиња, односно кај доенчињата со мала родилна тежина.

Табела бр.1. Приказ на бројот на умрени доенчиња според причините за смрт што припаѓаат на групата на дијагнози од P00 до P96 поделено по дијагнози (извор: Државен завод за статистика).

Дијагноза за причина за смрт по МКБ-10	Број на смртни случаи/година						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Одредени состојби што настануваат во перинаталниот период, P00-P96	105	176	173	171	145	222	150
Заболувања во врска со кратка гестација и мала родилна тежина, неklasифицирани на друго место, P07	75	130	140	135	121	197	130
Интраутерина хипоксија и породилна асфиксија, P20-P21	7	12	15	11	7	10	7
Респираторен дистрес на новороденче, P22	3	5	0	1	0	0	3
Конгенитална пневмонија, P23	3	4	1	0	1	2	2
Други респираторни состојби кај новороденче, P24-P28	1	5	3	1	3	0	0
Бактериска сепса кај новороденче, P36	5	6	6	3	5	7	6
Хеморагични и хематолошки заболувања кај фетус и новороденче, P50-P61	1	3	1	3	0	0	0
Останати перинатални состојби, P29, P35, P37, P39, P70-P96	10	11	7	17	8	6	2

Табела бр. 2. Приказ на бројот на живородени под полни 37 гестациски недели, споредено со процентот на умрени доенчиња што се родени под полни 37 гестациски недели во периодот од 2013 до 2017 година.

Година	Број на живородени родени под полни 37 гестациски недели ⁴	Процент (%) на живородени под полни 37 гестациски недели од вкупниот број на живородени ⁵	Број на умрени доенчиња родени пред полни 37 г.н. ⁶	Процент (%) на умрени доенчиња родени пред полни 37 г.н.
2013	1 899	8,2 %	237	12,5 %
2014	1 594	6,8 %	233	14,6 %
2015	1 623	7 %	198	12,2 %
2016	1 658	7,2 %	273	16,5 %
2017	1 679	7,7 %	201	12 %



Графикон бр. 16. Процент на породувања со мала родилна тежина, многу мала родилна тежина и екстремно мала родилна тежина во периодот од 2013 до 2017 година (процентот е пресметан врз основа на вкупниот број на раѓања во дадената година). *Извор: Перинатолошки резултати во РМ за годините: 2013, 2014, 2015, 2016 и 2017.*

⁴Извор: Државен центар за репродуктивно здравје. Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство. Перинатолошки резултати во РМ за годините: 2013, 2014, 2015 и 2016 година.

⁵Вкупниот број на живородени за дадените години е преземен од податоците добиени од Државниот завод за статистика.

⁶Извор: Државен завод за статистика.

Табела бр. 3. Приказ на смртните случаи на доенчиња според дијагнозите P07, P07.2 и P07.3, според МКБ-10. Извор: Државен завод за статистика.

Година	Вкупно умрени доенчиња	Дијагноза како причина за смрт –P07					
		Вкупно умрени – дијагноза P07	Дијагноза P07 % од вкупно умрени	Вкупен број умрени– дијагноза P072	P072 Како % на умрени од P07	Вкупен број на умрени – дијагноза P073	P073 Како % на умрени од P07
2011	172	75	43,6	10	13,3	65	86,7
2012	230	130	56,5	19	14,6	111	85,4
2013	237	140	59,1	38	27,1	102	72,9
2014	233	135	57,9	66	48,9	69	51,1
2015	198	121	61,1	45	37,2	76	62,8
2016	273	197	72,2	63	32,0	134	68,0
2017	201	130	64,7	53	40,8	77	59,2

5. Анализа на податоците од Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство

Во Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство секоја година се бележат најголем број раѓања, кој во просек се движи помеѓу 20 % до 25 % од вкупниот број раѓања во Македонија. Како установа на терциерно ниво и центар за транспорт *in utero*, дополнително на Клиниката за гинекологија и акушерство во Скопје се примаат, лекуваат и се породуваат сите високо ризични трудници и трудници со бременост до 34-тата гестациска возраст и/или со мала родилна тежина од целата држава. Од **двата неонатални интензивни оддели** (или *бившото Одделение за интензивна нега и терапија на новородени деца*) при Клиниката, обезбедени се подетални податоци за умрените новороденчиња/доенчиња во однос на гестациската возраст и родилната тежината при раѓање, како и за дополнителните причини за настапување на смртниот исход, за периодот од 2011 до 2017 година. Тука треба да се напомене дека податоците од Клиниката се презентираат бидејќи се единствени детални податоци што беа добиени, а ваков вид на податоци не беа добиени од ниту една друга здравствена установа. Меѓутоа, поради горенаведените причини, односно големиот број раѓања на Клиниката, како и од препраќањето на високоризичните трудници и трудници со бременост до 34-тата гестациска возраст и/или со мала родилна тежина од цела земја, на Клиниката за гинекологија и акушерство се бележи значителен процент на умрени доенчиња од вкупно умрените доенчиња на национално ниво. Па така, во 2016 година на Клиниката за гинекологија и акушерство умреле 184 доенчиња, што претставува 67 % од сите смртни случаи на национално ниво, додека во 2017 година умреле 164 доенчиња, што претставува 81 % од сите смртни случаи на национално ниво (табела бр. 4).

Од добиените податоци може да се забележи дека доенчката смртност бележи пораст на Клиниката во периодот до 2017 година (табела бр. 4). Исто така во дадениот период се бележи и зголемен процент на новороденчиња/доенчиња што се примени во одделите за интензивен неонатален третман.

Од податоците добиени од Клиниката за гинекологија и акушерство може да се забележи дека најголем процент од умрените доенчиња отпаѓа на предвремено родените деца, а пред сè на родените пред 33-тата гестациска недела. Во 2017 година, 85 % од умрените доенчиња биле родени пред 33-тата гестациска недела (табела бр. 5).

Исто така најголем процент од умрените доенчињана Клиниката се со мала родилна тежина, односно тие се родени со телесна тежина под 2 500 грама. Најголем дел од умрените доенчиња се со многу мала и екстремно мала родилна тежина (под 1 500 грама и под 1 000 грама), односно во 2017 година 75 % од починатите доенчиња се со многу мала и со екстремно мала родилна тежина (табела бр. 6).

Во однос на податоците за причините за смртта, деталните податоци од Клиниката даваат увид дека покрај прематуритетот (предвременото раѓање), како најчести придружни причини за смрт кај новороденчињата се болестите од типот на респираторниот дистрес-синдром и сепсата, а се поврзани со незрелоста на белодробиеото и имунитетот кај новороденчето (табела бр. 7). Доколку податоците се споредат со вкупниот број на умрени доенчиња во 2016 година, може да

се согледа дека 50 % од доенчињата умираат од респираторен дистрес-синдром (земено само од податоците од Клиниката што се однесуваат на 67 % од умрените доенчиња во годината), додека 25 % умираат од сепса.

Овие детални податоци овозможуваат увид во тоа на кои нивоа, кога и каде треба да се интервенира и каков вид на мерки и активности треба да се преземат за да се унапреди здравјето на мајките и децата и да се намали новороденчката смртност. Деталите ќе бидат прикажани во следното поглавје каде што причините ќе бидат разгледувани преку Рамката за ризични перинатални периоди.

Увидот во тоа кои се придружните дијагнози (освен прематуритетот) што водат кон настанување на смртта исто така обезбедуваат доста релевантни податоци за тоа кои мерки и активности треба да се преземат за намалувањето на доенчката смртност.

Табела бр. 4. Податоци од Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство. Извор: Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство.

Година	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Број на живородени на Клиниката	5 045	4 885	4 930	5 613	5 632	5 644	5 445	4 584
Новороденечка/доенечка смртност на Клиниката (на 1 000 живородени) број и стапка	165 32,7	126 25,7	125 25,3	137 24,4	140 24,8	99 17,5	184 33,8	164 35,8
Новороденчиња примени на Одделот за интензивна нега (број и процент од живородените на Клиниката)	547 10,8 %	517 10,6 %	692 14,0 %	744 13,2 %	665 11,8 %	669 11,8 %	742 13,6 %	781 17,0 %
Број на умрени новороденчиња/доенчиња на Одделот за интензивна нега (даден е процент на умрени од бројот на примени на Одделот)	165 30,2 %	126 24,3 %	125 18,0 %	137 18,4 %	140 21 %	99 14,8 %	184 24,8 %	164 21 %
Процент на умрени доенчиња на Одделот за интензивна нега, од вкупниот број на умрени доенчиња на национално ниво	Н/А	73 %	54 %	58 %	60 %	50 %	67 %	81 %

Табела бр. 5. Податоци од Одделот за интензивна нега при Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство во однос на гестациската старост при раѓање на умрените новороденчиња/доенчиња. Извор: Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство.

Гестациска старост при раѓање (во недели)/број на умрени новороденчиња и доенчиња	2010год.	2011год.	2012год.	2013 год.	2014 год.	2015 год.	2016год.	2017год.
22–27недела (број и процент)	70 42,4 %	61 48,4 %	42 33,6 %	61 44,5 %	71 50,7 %	47 47,5 %	65 35,3 %	86 52,4 %
28–32недела (број и процент)	54 32,7 %	34 26,9 %	55 44 %	51 37,2 %	46/140 32,8 %	38/99 25,3 %	80 /184 43,5 %	53/164 32,3 %
33–36недела (број и процент)	33 20 %	22 17,4 %	21 16,8 %	18 13,13 %	18 12,8 %	7 7,1 %	32 17,4 %	20 12,2 %
≥37недела (број и процент)	8 4,84 %	8 6,3 %	7 5,6 %	7 5,1 %	5 3,6 %	7 7,1 %	7 3,8 %	5 3,1 %

Табела бр. 6. Податоци од Одделот за интензивна нега при Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство во однос на родилната тежина на умрените новороденчиња/доенчиња. Извор: Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство.

Родилна тежина (g)/број на умрени новороденчиња и доенчиња	2010 год.	2011 год.	2012 год.	2013 год.	2014 год.	2015год.	2016год.	2017год.
	165	126	125	137	140	99	184	164
≤1 000g (број и процент)	68 41,2 %	59 46,8 %	44 35,2 %	64 46,7 %	69 49,3 %	52 52,5 %	77 41,8 %	89 54,3 %
1 001–1 500g (број и процент)	58 35,1 %	28 22,2 %	39 31,2 %	38 27,7 %	31 22,1 %	24 24,2 %	56 30,4 %	34 20,7 %
1 501–2 000g (број и процент)	21 12,7 %	22 17,5 %	23 18,4 %	20 14,6 %	13 9,3 %	13 13,1 %	30 16,3 %	23 14 %
2 001–2 500g (број и процент)	11 6,7 %	7 5,5 %	9 7,3 %	6 4,37 %	23 16,4 %	5 5,05 %	12 6,52 %	11 6,7 %
>2 500g (број и процент)	7 4,2 %	9 7,1 %	10 8 %	9 6,6 %	4 2,9%	5 5,1 %	9 4,9 %	7 4,3 %

Табела бр. 7. Податоци од Одделот за интензивна нега при Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство во однос на водечките причини за смрт кај новороденчињата/доенчињата. Извор: Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство.

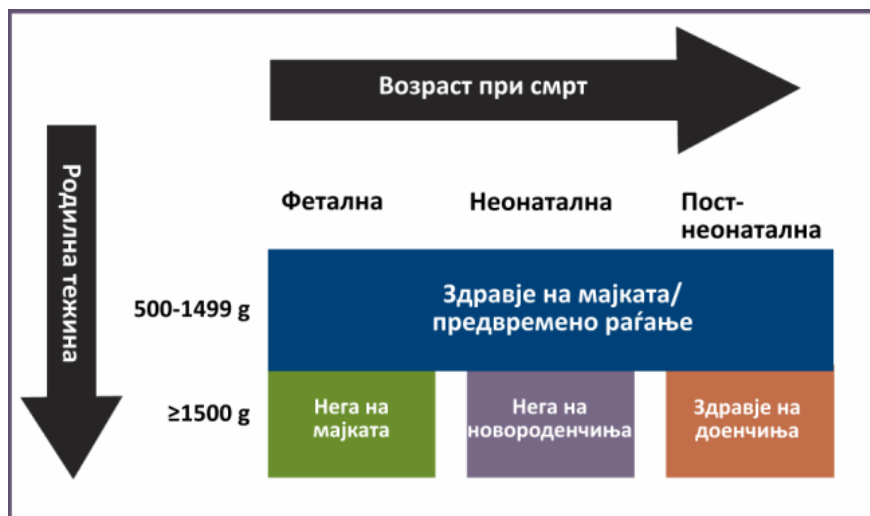
Дијагнози како причини за смрт/вкупен број на умрени во годината	2010 год.	2011год.	2012год.	2013год.	2014 год.	2015год.	2016год.
Прематуритет (предвремно родени)	155 93 %	118 94,4 %	118 94,4 %	130 94,9 %	133 95 %	92 92,9 %	177 96,2 %
Респираторен дистрес-синдром	107 64,2 %	78 62,4 %	71 56,8 %	90 56,7 %	106 75,7 %	75 75,7 %	137 74,4 %
Сепса	69 41,4 %	54 43,2 %	34 27,2 %	45 32,8 %	50 35,7 %	35 35,3 %	67 36,4 %

II. РАМКА ЗА РИЗИЧНИ ПЕРИНАТАЛНИ ПЕРИОДИ

Состојбите во однос на доенечката и перинаталната смртност се анализираат и преку аналитичката рамка за ризични перинатални периоди, која може да помогне во истражувањето на причините за овие состојби, како и во изнаоѓањето на решенија за превенција и намалување на смртноста. Оваа рамка претставува мултидисциплинарен период за истражување и следење на причините за фетална и доенечка смрт. Приодот заснован на Рамката за ризични перинатални периоди се фокусира на превенција на смртните случаи и се заснова на најдобрите достапни докази.

Рамката ја мапира феталната и доенечката смртност во четири ризични периоди и користи две димензии – возраст при смрт и родилна тежина. Значајно е да се наведе дека покрај доенечката смрт, Рамката вклучува и фетална смрт како категорија за возраст при смрт.

Рамката ја сочинуваат четири ризични периоди што се темелат на родилната тежина и возраста при смртта: здравје на мајката/предвременно породување, здравствена заштита и нега на мајките, здравствена заштита и нега на новороденчињата и здравје на доенчињата. Секој од овие четири периоди е поврзан со различни причини за смрт, фактори на ризик и стратегии за превенција. Значењето на секој период, односно што конкретно претставува периодот, кои се факторите што придонесуваат за смртноста во секој период, како и приодите за превенција се прикажани детално во табелата бр. 8.



Слика бр. 1. Рамка за ризични перинатални периоди.

При подготовката на оваа анализа, Рамката беше земена како основна методологија за прибирање на потребните податоци и анализа на состојбите поврзани со доенечката и перинаталната смртност во Македонија за да се добие појасна слика за можните причини за

порастот на стапката на доенечка смртност во периодот од 2011 до 2016 година. Мора да се напомене дека поради недостиг од одредени специфични податоци анализата преку оваа Рамка за Македонија може да се користи само до одреден степен и има одредени ограничувања што се наведени подолу во текстот. Поради тоа користењето на оваа Рамка во Македонија може да даде само делумен приказ за можните причини за новороденечката смртност, како и за тоа каде треба да се насочат стратегиите и интервенциите за намалување на новороденечката смртност.

Предност на користењето на Рамката е што во неа се пресметува бројот на умрени новороденчиња, како и бројот на мртвородени (фетална смрт). Воедно, анализата преку Рамката дозволува анализа на период од најмногу пет години, па поради тоа во Рамката ќе биде анализиран периодот од 2013 до 2016 година. Дополнително треба да се напомене дека иако во оваа анализа се прикажани и податоци и состојби што се однесуваат и за 2017 година, анализата преку Рамката за ризичните перинатални периоди не ги вклучува податоците од 2017 година, бидејќи во оваа година се бележи пад на доенечката смртност, а целта на анализата е да се согледаат можните причини за пораст на смртноста.

1. Возраст при смрт

Значаен показател за анализа според Рамката претставува возраста кога настапува смртта на новороденчињата. При анализата се зема предвид и феталната смрт, односно мртвородените, како возраст на настапување на смртта.

Стапка на мртвородени (фетална смртност)

Важен индикатор кој исто така треба да се земе предвид претставува и движењето на појавата на мртвородени, односно феталната смртност. СЗО терминот **фетална смрт** го дефинира како смрт на продукт од човечко зачнување пред негова целосна екстракција од мајката, независно од времетраењето на бременоста, што не е индуцирано прекинување на бременоста. **Феталната смрт е ограничена на смрт со навршени најмалку 22 гестациски недели. Феталните смртни случаи се ограничени на родилна маса од 500g и повеќе.**

Во периодот од 2013 до 2017 година стапката на фетална смртност бележи осцилации, меѓутоа таа е највисока во 2017 година, кога изнесува 9,9 на 1 000 раѓања (графикон бр. 17).



Графикон бр. 17. Стапка на мртвородени пресметано на 1 000 раѓања. *Извор: Перинатолошки резултати во РМ за годините: 2013, 2014, 2015, 2016 и 2017.*

Меѓутоа, според податоците од Државниот центар за репродуктивно здравје, податоците од Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство укажуваат дека во 2016 година од вкупно регистрираните 116 мртвородени на Клиниката, дури 73 случаи (63 %) биле резултат на медицински (артифициелен) прекин на бременоста. Медицинските прекини на бременоста биле направени поради загрозување на здравствената состојба на мајката, како и поради антенатално дијагностицирани комплексни аномалии на плодот⁷. Меѓутоа, вакви наоди не се нотираат во публикациите за перинатолошки резултати за останатите години (2013, 2014, 2015 и 2017). Случаите на медицински прекин на бременоста не треба да се евидентираат како случаи на мртвородени, бидејќи на тој начин не се добива точна слика за стапката на мртвородени и за стапката на перинатален морталитет. Според информациите добиени од претставниците во работната група од Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство, случаите на медицински прекини на бременоста повеќе не се евидентираат како мртвородени во Клиниката.

⁷ Државен центар за репродуктивно здравје. Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство. Перинатолошки резултати во РМ во 2016 година.

Возраст при смрт на умрени новороденчиња

Важен параметар за оваа анализа претставува и возраста при настанувањето на смртта на новороденчињата. Најголем број од новороденчињата умираат во првиот месец од животот, меѓутоа процентот на смртни случаи во првиот месец од животот расте низ годините, од 75 % во 2013 година до 86 % во 2016 година (табела бр. 8). Подетално гледано, најголем дел од смртните случаи во првиот месец од животот се случуваат во првата недела од животот. Па така, во периодот од 2013 до 2015 година околу 58 % од смртните случаи се во првата недела од животот, додека во 2016 година тој процент расте на 64 %. Смртните случаи по првиот месец од животот до 11-тиот месец помалку се застапени во вкупниот број на случаи и тој опаѓа од 24 % во 2013 на 14 % во 2016 година. Од оваа состојба може да се согледа дека порастот на доенечката смртност се должи исклучително на порастот на смртните случаи во првата недела, односно првиот месец од животот на доенчињата.

Табела бр. 8. Приказ на смртните случаи на доенчињата според возраста при настапување на смртта. Извор: Државен завод за статистика.

Година	Возраст при настапување на смртта						
	Вкупен број на смртни случаи	До 24 часа (број и процент)	1–6 дена (број и процент)	7–27 дена (број и процент)	28 дена – 2 месеца (број и процент)	3–5 месеци (број и процент)	6–11 месеци (број и процент)
2013	237 (100 %)	60 (25 %)	79 (33 %)	40 (17 %)	33 (14 %)	17 (7 %)	8 (3 %)
2014	233 (100 %)	61 (26 %)	70 (30 %)	47 (20 %)	31 (13 %)	14 (6 %)	10 (4 %)
2015	198 (100 %)	41 (21 %)	73 (37 %)	43 (22 %)	23 (12 %)	8 (4 %)	10 (5 %)
2016	273 (100 %)	65 (24 %)	109 (40 %)	60 (22 %)	25 (9 %)	10 (4 %)	4 (1 %)

2. Родилна тежина

Родилната тежина е вториот значаен параметар за анализа на состојбите во однос на новороденечката и доенечката смртност според Рамката за ризични перинатални периоди (слика бр. 1). За детална анализа потребно е да се направи поделба според родилната тежина на најмалку три категории и тоа, новороденчиња родени со тежина од 500 до 1 499 грама, новороденчиња родени со родилна тежина од 1 500 до 2 499 грама (во овие две категории спаѓаат новородените со мала родилна тежина) и новороденчиња со нормална родилна тежина, односно над 2500 грама.

Меѓутоа, како што беше наведено и претходно, во причините за смрт на новородените според МКБ-10, ознаките што се користат се со трозначна шифра и со четиризначна шифра според која може да се добие увид само во гестациската недела во која се родени доенчињата, а не и за родилната тежина, така што сите починати новородени со мала родилна тежина се означени во една група под шифрата P07 (Заболувања во врска со кратка гестација и мала родилна тежина, неklasифицирани на друго место). Земајќи го ова предвид, даден е приказ на застапеноста на смртните случаи на доенчињата, заведени под шифрата P07 во споредба со останатите причини за смрт. Недостигот на податоци за родилната тежина на умерените доенчиња не дозволува детална анализа поделена по групи на родилна тежина, туку само може да се анализира збирниот број на умрени доенчиња со мала родилна тежина (под 2 500 грама). При тоа јасно се забележува дека најголем пораст на смртноста се бележи кај доенчињата со родилна тежина под 2 500 грама (табела бр. 9), гледано како процентуално учество во вкупната смртност на доенчињата.

Табела бр. 9. Споредбен приказ на причините за смрт кај доенчињата помеѓу причината за смрт со дијагноза P07 и сите други причини за смрт.

Година	2013	2014	2015	2016
Вкупен број на смртни случаи	237	233	198	273
Заболувања во врска со кратка гестација и малародилна тежина, неklasифицирани на друго место (P07) (број и процент)	140 (59 %)	135 (58 %)	121 (61 %)	197 (72 %)
Сите останати причини за смрт	97 (41 %)	98 (42 %)	77 (39 %)	76 (28 %)

3. Примена на Рамката за ризични перинатални периоди

Според методологијата на Рамката, во зависност од родилната тежина и времето на настапување на смртта, смртните случаи се групираат во четири периоди на ризик: здравје на мајката/предвременно породување, здравствена заштита и нега на мајките, здравствена заштита и нега на новороденчињата и здравје и здравствена заштита на доенчињата. Во табелата број 10 е даден детален опис на ризик-факторите и можностите за интервенција за секој период поодделно.

Поради отсуство на детални податоци за точната родилна тежина на умерените доенчиња, детална анализа преку Рамката не е можна. Сепак ќе бидат искористени достапните податоци за да се добие општ увид за можните состојби и причини за новороденчката смртност.

Соодветно на методологијата на Рамката (слика бр. 2), сите смртни случаи на доенчињата, вклучувајќи ја и феталната смртност, кои се со родилна тежина под 1 500 грама, припаѓаат во периодот **на мајчино здравје и прематуриетет**. Доенчињата родени со родилна тежина над 1 500

грама, во зависност од времето на настанувањето на смртта, припаѓаат во различни периоди. Односно, случаите на фетална смрт се во периодот на **здравствена заштита и нега на мајката**, доколку смртта настапила во раниот или доцниот неонатален период (од 0 до 27 дена) припаѓаат во периодот на **здравствена заштита и нега на новороденчиња**, а доколку смртта настапила по 27-от ден од животот, припаѓаат во периодот на **здравје на доенчиња**.

Слика бр. 2. Поедноставена шема за користење на Рамката за ризични перинатални периоди.



Табела бр. 10. Преглед на ризик-факторите и можностите за интервенција за секој од периодите во Рамката.

Период	Ризик-фактори и можности за интервенција
Здравје на мајката/предвремено породување	<ul style="list-style-type: none"> • Фактори што придонесуваат за фетална и доенечка смрт во овој период вклучуваат пристап до здравствена заштита пред зачнувањето, здравствени однесувања и перинатална нега • Превенцијата во овој период може да се фокусира на пристап до нега во периодот пред зачнување, намалување на несакани бремености, пушење и користење дроги и специјализирана перинатална нега
Здравствена заштита и нега на мајките	<ul style="list-style-type: none"> • Фактори што придонесуваат за фетална и доенечка смрт во овој период вклучуваат антенатална здравствена заштита, проследување на ризици, акушерска здравствена заштита за високоризични случаи • Превенцијата во овој период може да се фокусира на рана и континуирана антенатална нега, проследување и соодветно водење на високоризични бремености и соодветно медицинско водење на дијабетес, мозочни удари, постзрелост или други медицински проблеми
Здравствена заштита и нега на новороденчиња	<ul style="list-style-type: none"> • Фактори што придонесуваат кон доенечката смртност во овој период вклучуваат недостатоци во перинаталната здравствена заштита, неонатална здравствена заштита и детска хирургија • Превенцијата во овој период може да се фокусира на напредна неонатална здравствена заштита и нега и третман на вродени аномалии
Здравје на доенчињата	<ul style="list-style-type: none"> • Фактори што придонесуваат за доенечка смрт во овој период вклучуваат фактори поврзани со средината во којашто живее доенчето, вклучувајќи ја и здравствената заштита на доенчињата по првиот месец од животот • Превенцијата во овој период може да се фокусира на безбедна средина за спиење на доенчињата, доење, пристап до здравствени установи и превенција од повреди

Возраст при настапување на смртта

Достапните податоци од Државниот завод за статистика овозможуваат детална анализа на возраста на умрените доенчиња. Податоците за периодот од 2013 до 2017 година укажуваат дека

од 75 % до 80 % од умрените доенчиња умираат во првиот месец од животот, односно од 56 % до 65 % умираат во првата недела од животот (табела бр. 11).

Табела бр. 11. Приказ на возраста при настапување на смртта кај умрените доенчиња. Извор: Државен завод за статистика.

Година	Вкупен број умрени	Возраст при настапување на смртта					
		До 24 часа (број и процент)	1–6 дена (број и процент)	7–27 дена (број и процент)	28 дена– 2 месеца (број и процент)	3–5 месеци (број и процент)	6–11 месеци (број и процент)
2013	237 (100 %)	60 (25 %)	79 (33 %)	40 (17 %)	33 (14 %)	17 (7 %)	8 (3 %)
2014	233 (100 %)	61 (26 %)	70 (30 %)	47 (20 %)	31 (13 %)	14 (6 %)	10 (4 %)
2015	198 (100 %)	41 (21 %)	73 (37 %)	43 (22 %)	23 (12 %)	8 (4 %)	10 (5 %)
2016	273 (100 %)	65 (24 %)	109 (40 %)	60 (22 %)	25 (9 %)	10 (4 %)	4 (1 %)
2017	201 (100 %)	57 (28 %)	75 (37 %)	29 (14 %)	21 (10 %)	11 (5 %)	8 (4 %)

Извор: Државен завод за статистика.

Родилна тежина

Во однос на родилната тежина на умрените новороденчиња и доенчиња, како и феталната смрт во моментот на анализата не е можно да се добие детален податок за потребите на анализата преку Рамката. Како што беше погоре наведено, сите деца што починале, а се родени со тежина под 2 500 грама се заведени под трозначната шифра P07 од МКБ-10, која е дополнително расчленета под две четиризначни шифри P07.2 и P07.3. Меѓутоа, овие две четиризначни шифри не овозможуваат поделба на умрените доенчиња според родилната тежина, туку само според гестациската возраст при раѓање.

Земајќи ја предвид оваа состојба, даден е приказ на возраста при настапување на смртта за децата родени со мала родилна тежина (под 2 500 грама) во споредба со останатите доенчиња кои починале како резултат на сите други причини за смрт детално наведени во табелата бр. 1.

Најголем дел од смртните случаи кај новороденчињата родени со мала родилна тежина се случуваат во првата недела од животот, а сите смртни случаи кај овие новородени се случуваат пред навршување на првиот месец од животот (табела бр. 12). Од друга страна, во однос на смртните случаи на децата родени со тежина над 2 500 грама, постои речиси подеднаква

дистрибуција помеѓу смртните случаи во првиот месец од животот и во периодот од вториот до единаесеттиот месец од животот.

Табела бр. 12. Приказ на возраста при настапувањето на смртта кај доенчињата, споредба помеѓу причините за смрт поврзани со мала родилна тежина и сите други причини за смрт. Извор: Државен завод за статистика.

	Возраст при настапување на смрт			ВКУПНО
	Рана неонатална (0–6 дена)	Доцна неонатална (7–27 ден)	Доенечка (28 дена до 11 месеци)	
2013 година (вкупно)	139	40	58	237
Заболувања во врска со кратка гестација и малародилна тежина –P07	109	31	0	140
Сите други причини за смрт	30	9	58	97
2014 година (вкупно)	131	47	55	233
Заболувања во врска со кратка гестација и мала родилна тежина –P07	102	33	0	135
Сите други причини за смрт	29	14	55	98
2015 година (вкупно)	114	43	41	198
Заболувања во врска со кратка гестација и мала родилна тежина –P07	89	29	3	121
Сите други причини за смрт	25	14	38	77
2016 година (вкупно)	174	60	39	273
Заболувања во врска со кратка гестација и мала родилна тежина –P07	147	50	0	197
Сите други причини за смрт	27	10	39	76
2017 година (вкупно)	132	29	40	201
Заболувања во врска со кратка гестација и мала родилна тежина –P07	109	21	0	130
Сите други причини за смрт	23	8	40	71

Анализа во Рамката за ризични перинатални периоди

Од горенаведеното очигледно е дека недостасуваат податоци за родилната тежина на умрените доенчиња. Бидејќи оваа категорија е важна за анализа во Рамката за ризични перинатални периоди, а со цел да се добие приближен увид во состојбите, анализата во Рамката ќе биде извршена со приближни проценети податоци.

Со цел да се добие проценет увид за приближниот можен број на умрени новороденчиња со родилна тежина под 2 500 грама на национално ниво, ќе бидат искористени деталните податоци добиени од Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство прикажани во табелата бр. 6 за да се направи проценка на состојбите на национално ниво. Сметаме дека користењето на податоците од Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство за да се направи проценка на национално ниво е релевантно, бидејќи во 2016 година 51 % од сите деца родени со мала родилна тежина и 78 % од сите деца родени со екстремно мала родилна тежина⁸ се регистрирани токму на оваа Клиника. Исто така, 89 % од сите смртни исходи на новородените во 2016 година биле регистрирани на Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство.

За потребите на анализата во Рамката на ризични перинатални периоди е значајно да се утврди бројот на умрени доенчиња родени со родилна тежина под 1 500 грама. За да се добие проценет број на умрени доенчиња со родилна тежина под 1 500 грама ќе бидат искористени податоците од Клиниката, при тоа на годишно ниво ќе биде утврден процентуалниот удел на умрени доенчиња со родилна тежина под 1 500 грама во вкупниот број на родени доенчиња со мала родилна тежина (под 2 500 грама). При тоа процентуалниот удел на умрените доенчиња со родилна тежина под 1 500 грама во вкупниот број на умрени доенчиња со мала родилна тежина поделено по години е следниот: во 2013 година – 80 %; во 2014 година – 74 %; во 2015 година – 81 %, а во 2016 година – 76 %. Овие проценти ќе бидат аплицирани на вкупниот број на умрени доенчиња со причина под дијагнозата P07, прикажани во табелата бр. 12. По пресметката на процентуалниот удел на умрени доенчиња под 1 500 грама на годишно ниво, добиен е проценетиот број на умрени доенчиња со оваа родилна тежина на годишно ниво претставен во табелата бр. 13.

Во однос на мртвородените, податоците за бројот на мртвородени со различна тежина ќе бидат преземени од доставените податоци од Државниот завод за статистика, односно ќе бидат земени реалните податоци за бројот на мртвородени.

⁸ Државен центар за репродуктивно здравје. Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство. Перинатолошки резултати во РМ во 2016 година.

Табела бр. 13. Приказ на проценетиот број на смртни случаи според родилната тежина.

	Возраст при настапување на смртниот исход			ВКУПНО
	Рана неонатална (0–6 дена)	Доцна неонатална (7–27 ден)	Доенечка (28 дена до 11 месеци)	
2013 година (вкупно)	139	40	58	237
Процент број на умрени со родилна тежина под 1 500 грама	87	25	0	
Процент број на умрени со родилна тежина од 1 500 до 2 499 грама	22	6	0	
Број на умрени со родилна тежина над 2 500 грама	30	9	58	97
2014 година (вкупно)	131	47	55	233
Процент број на умрени со родилна тежина под 1 500 грама	75	24	0	
Процент број на умрени со родилна тежина од 1 500 до 2 499 грама	27	9	0	
Број на умрени со родилна тежина над 2 500 грама	29	14	55	98
2015 година (вкупно)	114	43	41	198
Процент број на умрени со родилна тежина под 1 500 грама	72	23	2	
Процент број на умрени со родилна тежина од 1 500 до 2 499 грама	17	6	1	
Број на умрени со родилна тежина над 2500 грама	25	14	38	77
2016 година (вкупно)	174	60	39	273
Процент број на умрени со родилна тежина под 1 500 грама	112	38	0	
Процент број на умрени со родилна тежина од 1 500 до 2 499 грама	35	12	0	
Број на умрени со родилна тежина над 2 500 грама	27	10	39	76

Табела бр. 14. Поделба на мртвородените според телесна тежина.

Година	Мртвородени, вкупен број	Број со тежина од 500 до 1 499 грама	Број со тежина од 1 500 до 2 499 грама	Број со тежина над 2 500 грама
2013	196	78	54	53
2014	171	61	46	43
2015	185	67	49	46
2016	197	84	51	44
2017	192	82	49	48

Извор: Државен завод за статистика. Забелешка: во табелата не е прикажан бројот на мртвородени со родилна тежина под 500 грама, како и со непозната родилна тежина.

Анализата во Рамката за ризични перинатални периоди дозволува комбинирање на податоците од најмногу 5 години. Во таа насока во Рамката збирно се анализирани податоците за периодот од 2013 до 2016 година, бидејќи токму во тој период се бележи најголемиот пораст на стапката на доенечка смртност. Вкупниот број на смртните случаи поделени според периодите на ризик за наведениот период се прикажани во табелата бр. 13. Најголем број на смртни случаи се бележи во периодот **Здравје на мајката/прематуритет**, потоа следува периодот **Здравствена заштита и нега на мајките**. На трето место по бројот на смртни случаи е периодот **Здравствена заштита и нега на новороденчиња**, додека најмал број на смртни случаи се бележи во периодот **Здравје на доенчиња**.

Табела бр. 15. Поделба на смртните случаи (умрени доенчиња и фетална смрт) според периодите на ризик (во апсолутни бројки) за периодот од 2013 до 2016 година.



Следен чекор е да се пресмета стапката на смртни случаи во секој од наведените периоди. Стапката се пресметува на 1 000 раѓања, вклучувајќи ги живородените и мртвородените. За оваа пресметка е земен вкупниот број на раѓања во периодот од 2013 до 2016 година. Во овој период од 4 години се бележат 93 487 раѓања⁹, вклучувајќи ги живородените и мртвородените. При тоа во вкупниот број се пресметани и податоците за мртвородените со над 500 g тежина, а не се земени предвид мртвородените за кои нема податок за родилната тежина (за 43 мртвородени нема податок за родилната тежина во овој период). За периодот од 4 години стапката на умрени (умрени новороденчиња и мртвородени) изнесува 17,3 на 1000 раѓања. Стапката поделена по периодите на ризик е прикажана во табелата бр. 16. Соодветно на претходната табела, највисока стапка на смртност се бележи во периодот **Здравје на мајката/прематуритет**, следено со периодот **Здравствена заштита и нега на мајките**. Останатите два периода бележат пониски стапки на смртност, при што на трето место е периодот **Здравствена заштита и нега на новороденчиња**, а најниска стапка има во периодот **Здравје на доенчиња**.

Табела бр. 16. Приказ на стапката на фетална и доенечка смртност на 1 000 раѓања за периодот од 2013 до 2016 година.



⁹Извор: Државен завод за статистика.

4. ВТОРА ФАЗА НА АНАЛИЗА ПРЕКУ РАМКАТА ЗА РИЗИЧНИ ПЕРИНАТАЛНИ ПЕРИОДИ

Втората фаза од анализата според методологијата на Рамката за ризични перинатални периоди овозможува детална анализа на одредени популациони групи што се под особен ризик за зголемена новороденечка и доенечка смртност. Според претходно прикажаните податоци во Македонија би било корисно да се направи таква анализа според регионите и според етничките групи, бидејќи во одредени региони, како и помеѓу одредени етнички групи, е забележан значителен пораст на новороденечката и доенечката смртност за разлика од останатите. Меѓутоа, за Македонија не може да се подготви анализа во втората фаза, бидејќи недостасуваат податоци според кои би можело да биде направена овој вид на анализа.

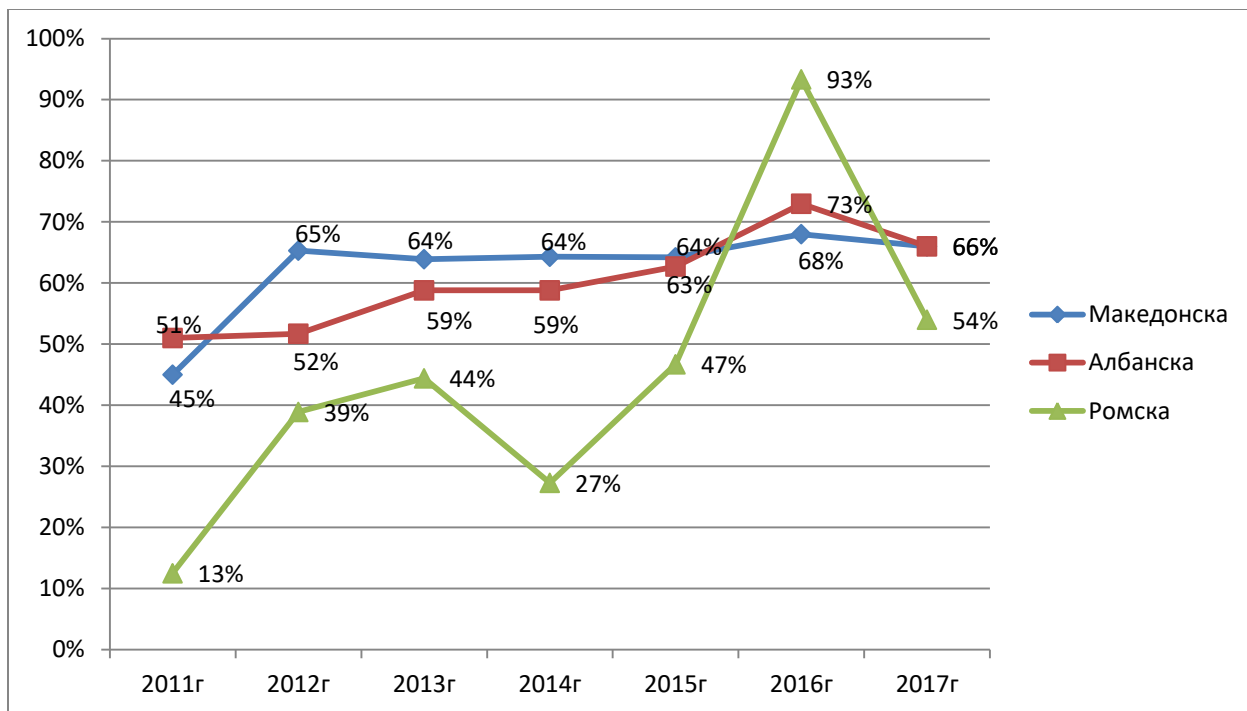
Поради тоа, наместо анализата во втората фаза според Рамката, во продолжение ќе бидат прикажани одредени податоци што се достапни, поделени според различни групи од населението.

Анализа според родилната тежина

Во отсуство на податоци за точната родилна тежина на умрените новороденчиња и доенчиња, предмет на анализа е причината за смрт означена со шифрата P07 – заболувања во врска со кратка гестација и мала родилна тежина.

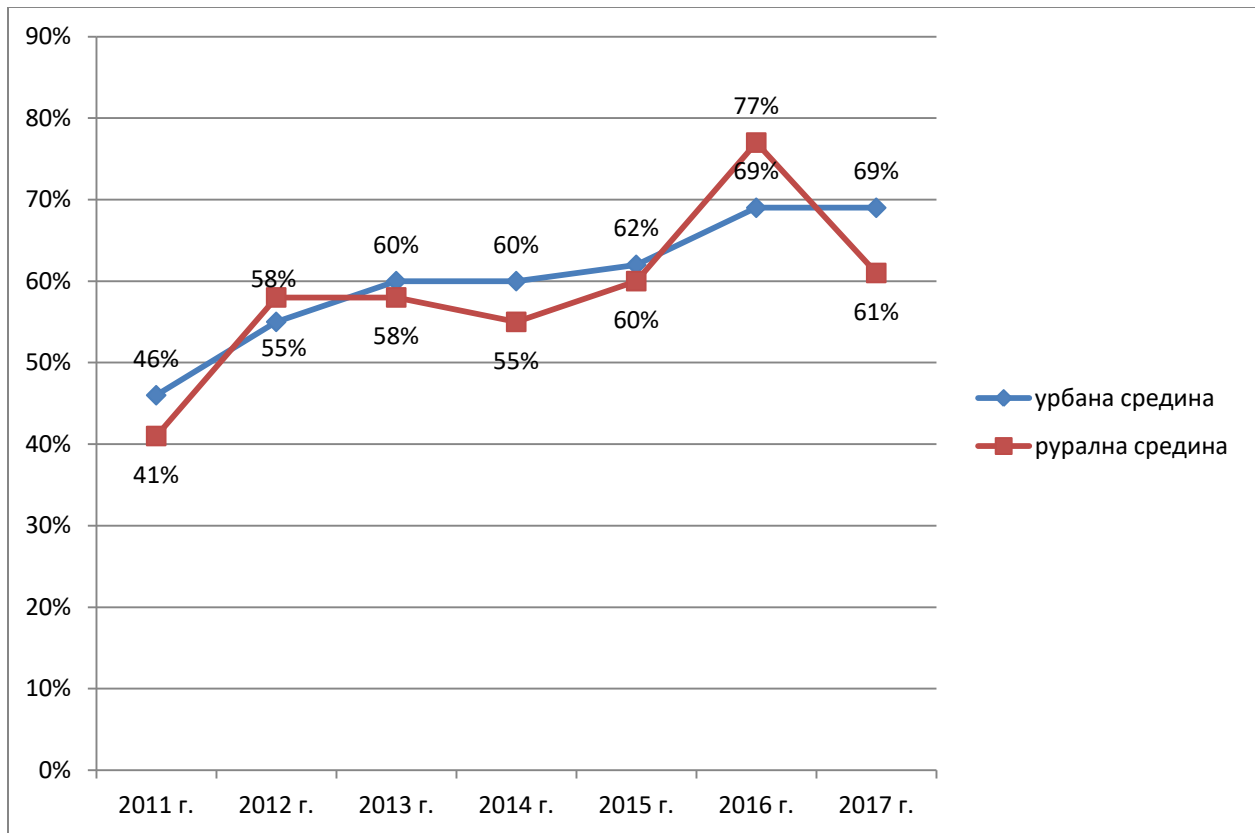
Во однос на етничката припадност може да се забележи дека во периодот од 2011 до 2016 година причината за смрт под шифрата P07 бележи пораст како процентуален удел во смртните случаи на доенчињата во сите три етнички групи¹⁰ (македонска, албанска и ромска). Меѓутоа, порастот е највисок кај припадниците на ромската етничка група. Во 2017 година се бележи опаѓање на уделот на причините за смрт под шифрата P07 кај сите етнички групи, а падот е најголем кај ромската етничка заедница. Процентот е пресметан врз основа на вкупниот број на смртни случаи од секоја одредена етничка група. Анализирајќи ги овие податоци се забележува податок што невообичаено отстапува од трендовите, имено има висок пораст на уделот на овие причини за смрт кај ромската заедница само во 2016 година, а во 2017 година повторно се враќа на ниво приближно до нивото во 2015 година. Кај македонската етничка заедница нема поголеми осцилации од 2012 до 2017 година, додека кај албанската етничка заедница има постепен континуиран пораст(графикон бр. 18).

¹⁰Како основа е земена етничката припадност на мајката. Останатите етнички групи не се предмет на анализа поради многу малиот број на раѓања и смртни случаи на доенчиња на годишно ниво.



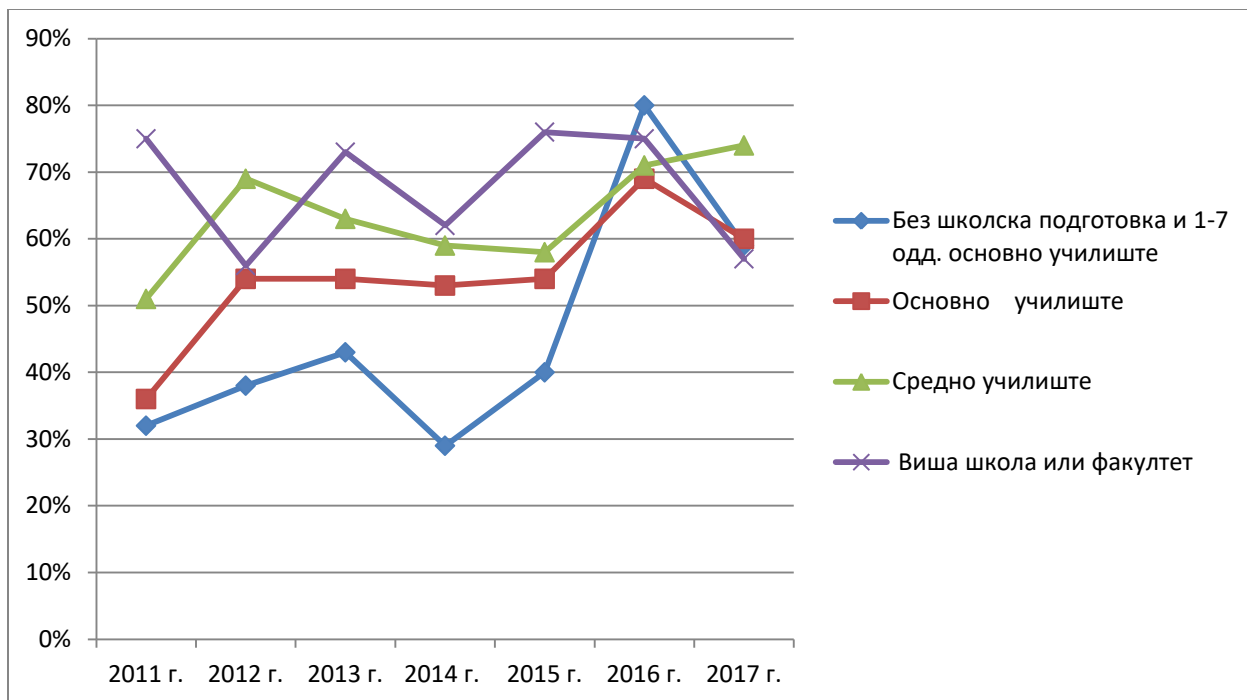
Графикон бр. 18. Процентуален приказ на причината за смрт – заболувања во врска со кратка гестација и мала родилна тежина според етничката припадност на мајката. Извор: Државен завод за статистика.

Во однос на споредбата помеѓу урбаното и руралното население се бележи пораст на уделот на умрените новороденчиња со причината за смрт – заболувања во врска со кратка гестација и мала родилна тежина во вкупниот број на смртни случаи во двете категории од населението во периодот до 2016 година (графикон бр. 19). Меѓутоа, порастот е нешто поголем помеѓу руралното население за разлика од урбаното. Во 2017 година се бележи опаѓање на уделот на причината за смрт P07 кај руралното население, додека кај урбаното население не се бележи промена. Процентот на смртни случаи со дијагнозата P07 е пресметан од вкупниот број на смртни случаи од секоја категорија на население.



Графикон бр. 19. Процентуален приказ на уделот на причината за смрт – заболувања во врска со кратка гестација и мала родилна тежина (P07) според местото на живеење на мајката (урбано и рурално место). Извор: Државен завод за статистика.

Во однос на училишната подготовка на мајката, разгледуван е процентот на смртни случаи со дијагнозата P07 (заболувања во врска со кратка гестација и мала родилна тежина) во периодот од 2011 до 2017 година кај следните категории: мајки без образование или со завршено прво до седмо одделение, завршено основно училиште, завршено средно училиште и завршена виша школа или факултет (графикон бр. 20). Се забележува дека кај мајките со завршено вишо или високо образование во разгледуваниот период се бележи најголем процентуален удел на дијагнозата P07 како причина за смрт во вкупниот број на смртни случаи, иако постојат одредени осцилации низ годините. Кај мајките без образование или со незавршено основно училиште причината за смрт на доенчињата под дијагнозата P07 има најнизок удел во вкупната смртност сè до 2015 година за да има двоен пораст во 2016 година. Помеѓу мајките со средно училиште се бележи одреден пад на уделот на оваа дијагноза во причините за смрт сè до 2015 година за да бележи пораст од над 10 % во 2016 година. Кај мајките со завршено основно образование уделот на оваа дијагноза во причините за смрт има речиси иста вредност низ годините, но во 2016 години бележи пораст од 15 %. Во 2017 година се бележи пад на уделот на дијагнозата P07 како причина за смрт кај доенчињата кај мајките од речиси сите степени на образование, освен кај мајките со средно образование каде што се бележи раст.



Графикон бр. 20. Процентуален приказ на уделот на причината за смрт – заболувања во врска со кратка гестација и мала родилна тежина според школската подготовка на мајката. Извор: Државен завод за статистика.

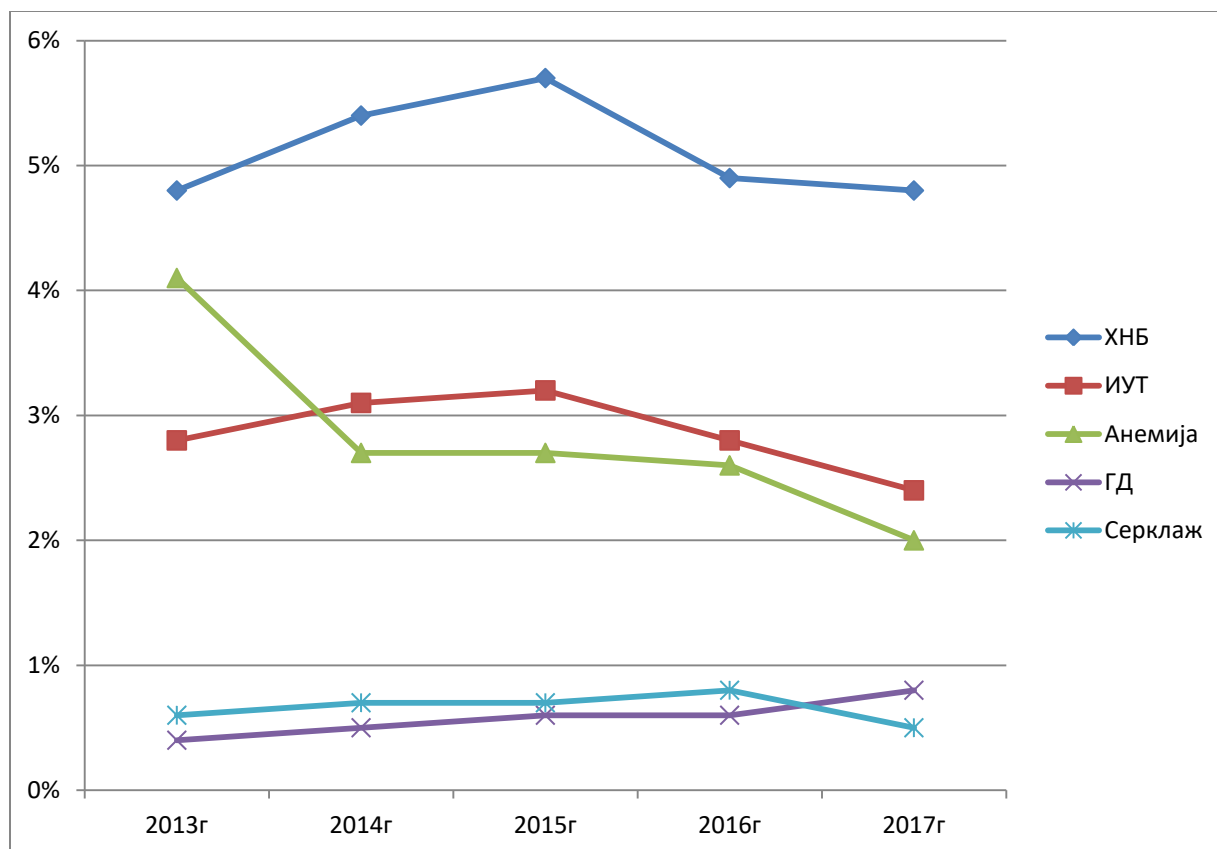
III. АНАЛИЗА НА МОЖНИТЕ ПРИЧИНИ ЗА ПОРАСТ НА ДОЕНЕЧКАТА СМРТНОСТ СПОРЕД РАМКАТА ЗА РИЗИЧНИ ПЕРИНАТАЛНИ ПЕРИОДИ

Анализата според Рамката за ризични перинатални периоди покажа дека најголем број од смртните случаи на доенчињата се во периодот *Здравје на мајката/прематуритет*. Фактори што придонесуваат за фетална и доенечка смрт во овој период вклучуваат здравствени однесувања, пристап до здравствена заштита пред зачнувањето, за време на бременоста и за време на перинаталната здравствена заштита и нега.

Во таа насока ќе бидат разгледани достапните податоци поврзани со овие области во периодот од 2013 до 2016 година.

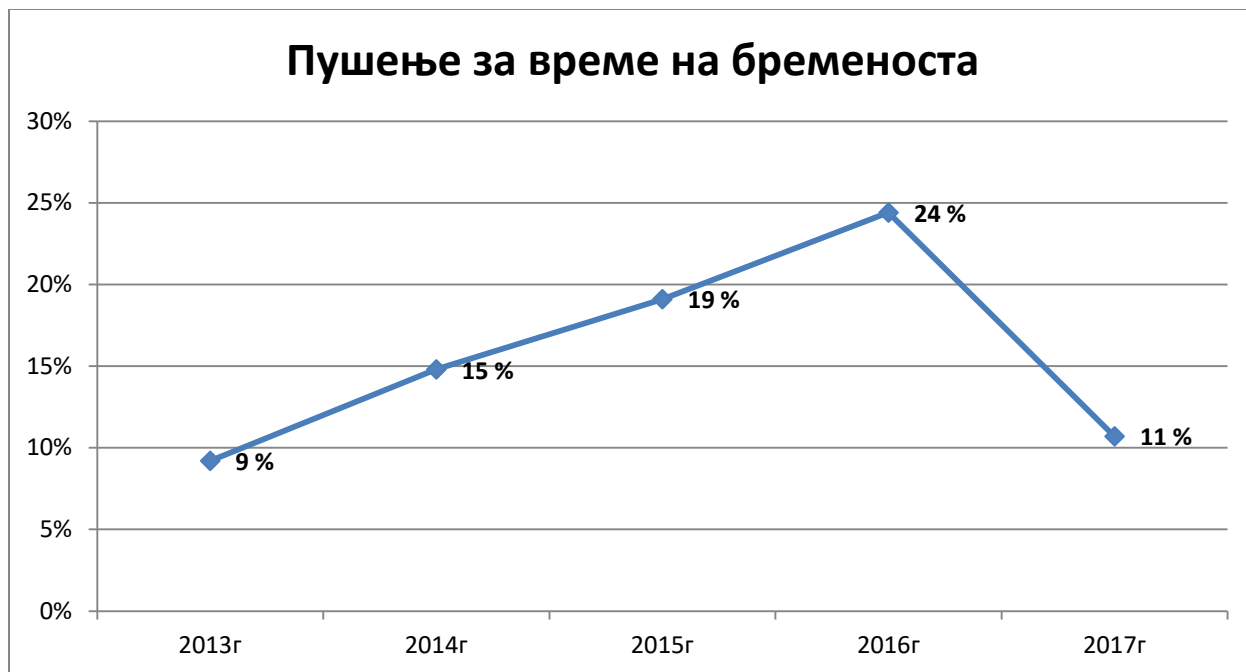
Движење на дијагностицирани здравствени состојби за време на бременоста. За потребите на оваа анализа се земени податоците од извештаите за Перинатолошки резултати во РМ во периодот од 2013 до 2017 година, за дијагностицирани состојби кај сите хоспитализирани бремени жени на перинатолошките оддели. Предмет на анализа се следните дијагностицирани состојби: хипертензивни нарушувања поврзани со бременоста (ХНБ) (вклучувајќи ги: еклампсија, полисимптоматска гестоза, хронична хипертензија со гестоза, хипертензија предизвикана од бременоста, сигнификантна протеинурија, едеми¹¹); инфекција на уринарниот тракт (ИУТ); анемија; гестациски дијабет (ГД) и серклаж. Се нотира дека во разгледуваниот период не се забележува пораст на појавата на овие здравствени состојби кај бремените жени (графикон бр. 21). За одредени состојби (ХНБ, ИУТ, анемија) се забележува опаѓачки тренд на појавата во разгледуваниот период.

¹¹Во Перинатолошките извештаи е наведено дека прочистување на податоците не е можно поради недостатоци на постојниот кодекс што е базиран на стара класификација на овие нарушувања во текот на бременоста. Поради тоа сите овие состојби се прикажани збирно како хипертензивни нарушувања поврзани со бременоста.



Графикон бр. 21. Приказ на појавата на дијагностицирани состојби кај бремените жени хоспитализирани на перинатолошките оддели изразено во проценти. Извор: Перинатолошки резултати во РМ (изданија за 2013, 2014, 2015, 2016 и 2017 година).

Во однос на здравственото однесување за време на бременоста во Перинатолошките резултати достапен е податокот за процент на породените жени кои пушеле за време на бременоста (графикон бр. 22). Процентот на жени кои пушеле за време на бременоста речиси тројно се зголемува во периодот од 2013 до 2016 година. Меѓутоа, тој бележи значително опаѓање во 2017 година. Овој пораст претставува загрижувачка состојба бидејќи пушењето претставува ризик-фактор со негативен ефект врз растот и развојот на плодот, а воедно пушењето претставува еден од ризик-факторите за предвремено породување и помала родилна тежина кај плодот. Меѓутоа, нејасно е што е причината за големото намалување на пушењето за време на бременоста во 2017 година.



Графикон бр. 22. Процентуален приказ на породените жени кои редовно пушеле за време на бременоста. Извор: Перинатолошки резултати во РМ (изданија за 2013, 2014, 2015, 2016 и 2017 година).

Податокот за пушење за време на бременоста беше побаран и од патронажните служби во 33-те здравствени домови на територијата на Македонија. При тоа само 18 здравствени домови¹² доставија ваков вид на податоци. Според податоците од патронажните служби од овие здравствени домови се бележи пад на процентот на жените кои пушеле за време на бременоста, меѓутоа овие податоци се засноваат на релативно мал број на посетени жени за време на бременоста (табела бр. 17).

¹²Податоци за пушење за време на бременоста евидентирани од страна на патронажните служби доставија следните здравствени домови (ЗД): ЗД Струмица, ЗД Крушево, ЗД Македонски Брод, ЗД Штип, ЗД Гостивар, ЗД Вевчани, ЗД Ресен, ЗД Струга, ЗД Радовиш, ЗД Кичево, ЗД Охрид, ЗД Пробиштип, ЗД Пехчево, ЗД с.Ростуше.

Табела бр. 17. Процент на жени кои пушеле за време на бременоста. Извор: Одговори од 18 здравствени домови по поднесени барања за пристап до информации од јавен карактер.

Година	Вкупно посетени бремени жени од патронажна служба	Процент на жени кои пушеле за време на бременоста
2011	2 300	13,3 %
2012	2 080	11,5 %
2013	1 988	8,4 %
2014	1 817	9,5 %
2015	2 076	8,7 %
2016	1 826	8 %

Здравствена заштита за време на бременоста.

Препораките на Светската здравствена организација до 2016 година беа жените за време на бременоста да остварат најмалку 4 здравствени прегледи за време на бременоста, а препораките од 2016 година¹³ се минимум 8 здравствени прегледи за време на бременоста. Согласно со усвоените протоколи во Македонија, жените за време на бременоста потребно е да остварат од 8 до 10 прегледи. Во периодот од 2013 до 2017 година процентот на жени кои не оствариле ниту еден преглед за време на бременоста се намалува, додека процентот на жени кои реализирале 5 и повеќе прегледи се зголемува (табела бр. 18). Овие податоци укажуваат дека се унапредува опфатот со антенатална здравствена заштита на жените во разгледуваниот период. Иако во дадениот период процентот на жени без ниту еден преглед за време на бременоста опаѓа, сепак загрижува податокот дека речиси една десетина од бременостите поминуваат без ниту една здравствена контрола.

Табела бр. 18. Дистрибуција на породените жени според бројот на остварени прегледи за време на бременоста. Извор: Перинатолошки резултати во РМ (изданија за 2013, 2014, 2015 и 2016 година)¹⁴.

Година	Ниту еден преглед	Од 1 до 3 прегледи	Четири прегледи	Пет и повеќе прегледи
2013	12,1 %	4,5 %	3,9 %	66,3 %
2014	10,4 %	4,1 %	4,3 %	81,2 %
2015	9,9 %	4,1 %	3,6 %	82,5 %
2016	9,7 %	3,7 %	3,4 %	83,2 %
2017	8,5 %	2,5 %	3,8 %	84,2 %

¹³ WHO. Guideline on Antenatal care, 2016.

¹⁴ Податоците се базираат на изјави на жените, а не на податоци од мајчина книшка или медицинско досие на жените.

IV. ЗДРАВСТВЕН КАДАР ЗА ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЗА ВРЕМЕ НА БРЕМЕНОСТА, ПОРОДУВАЊЕТО И ВО ПЕРИОДОТ ПО ПОРОДУВАЊЕТО

Во Македонија во 2017 година се евидентирани вкупно 145 **специјалисти по гинекологија и акушерство** на примарно ниво на здравствена заштита, меѓутоа само 136 гинеколози имаат склучено договор со Фондот за здравствено осигурување за работа како избрани лекари. Согласно со регулативата, право на избор на матичен гинеколог имаат сите девојки и жени на возраст над 12 години. Земајќи предвид дека репродуктивната возраст на жената започнува од 15-тата година во табелата бр. 19 е даден прегледот за бројот на жени на еден избран гинеколог во примарната здравствена заштита (ПЗЗ) (гинеколог што има склучено договор со ФЗОМ) во 2017 година. Може да се забележи дека на 6 383 жени има еден избран лекар специјалист гинеколог во примарната здравствена заштита, додека согласно со Уредбата за мрежата на здравствени установи¹⁵, потребно е да има еден избран гинеколог во ПЗЗ на 3 000 жени.

Табела бр. 19. Број на жени на возраст над 15 години на еден гинеколог во ПЗЗ во 2017 година. Извор: Институт за јавно здравје.

	Вкупен број во РМ ¹⁶	Специјалисти по гинекологија и акушерство на примарно ниво (избрани лекари)	Број на жени на еден гинеколог
Жени постари од 15 години	866 811	136	6 374

Дополнителен проблем претставува нееднаквата територијална дистрибуција на избрани специјалисти по гинекологија и акушерство. Особен проблем претставува недоволниот број на гинеколози во Полошкиот, Пелагонискиот, Североисточниот и Југозападниот Регион. Во 45 општини нема ниту еден гинеколог од примарната здравствена заштита што има склучено договор со Фондот за здравствено осигурување, а пак во 29 општини нема доволен број гинеколози од примарната здравствена заштита што има склучено договор со Фондот за здравствено осигурување, согласно со Уредбата за мрежата на здравствени установи (слика бр. 3).

¹⁵Уредба за мрежата на здравствени установи усвоена од Владата на РМ. Службен весник на РМ, бр. 81 од 28.6.2012 година.

¹⁶Извор: Државен завод за статистика на Р Македонија, 2016. ПРОЦЕНИ на населението на 31.12.2015 г. според полот и ввозраста, по општини и по статистички региони.

Слика бр. 3. Приказ на општините според покриеноста со избрани (матични) гинеколози во ПЗЗ, според критериумите пропишани во Уредбата за мрежата на здравствени установи во 2017 година.



*** Легенда**

Црвено – општини каде што нема ниту еден матичен гинеколог.

Жолто и портокалово – општини каде што нема доволен број матични гинеколози.

Зелено – општини каде што има доволен број матични гинеколози.

Во периодот 2009 – 2017 год. бројот на **специјалисти педијатри** осцилира и се движи од 368 педијатри во 2009 година, 365 во 2012 година до 338 во 2016 година. Во 2017 година опфатот изнесува еден педијатар за 64 живородени деца или еден педијатарна 1 018 деца на возраст од 0 до 14 години. Во примарна здравствена заштита во 2017 година дејноста ја вршеле 104 педијатри, 55 доктори по општа медицина, 21 доктор на специјализација и 247 медицински сестри. Најмалку лекари во дејноста педијатрија има во Североисточниот и Скопскиот Регион.

Во однос на дистрибуцијата на специјалистичкиот здравствен кадар за жените и децата, од претходно наведеното, споредено со вкупниот број на кадар наведен во табелата бр. 20, може да се забележи дека мнозинството од специјалистите по гинекологија и акушерство, односно две третини работат во секундарната и терцијарната здравствена заштита, додека само една третина работат во примарната здравствена заштита.

Табела бр. 20. Кадар во гинеколошко-акушерска и педијатриска дејност (вкупно во Македонија).

	2009 год.		2012 год.		2016 год.		2017 год.	
	Број	Жители на еден лекар/ акушерка	Број	Жители на еден лекар/ акушерка	Број	Жители на еден лекар/ акушерка	Број	Жители на еден лекар/ акушерка
Гинеколози и акушери *	296	2 855,9	327	2 624,0	325	2 671,2	342	2 543,8
Педијатри **	368	64,4	365	64,6	336	68,5	341	63,8
Акушерки *	1 219	693,5	1 188	722,3	1 020	851,1	1 075	809,3

Извор: Институт за јавно здравје.

*Пресметано е на број на жени на 15 години и повеќе.

**Пресметано е на број на новородени.

Според податоците од Институтот за јавно здравје, во последните 10 години бројот на **акушерки** во Македонија се намалува, при што во 2017 година изнесува 1 075 или 809 жени на една акушерка и е за 16,5 % понизок од бројот во 2006 год. кога имало 1 288 акушерки. Ова е податок за вкупниот број на акушерки според видот на едукација и не постои систематизиран податок колкав дел од здравствените работници – акушерки навистина практикуваат акушерски услуги директно на пациенти, а колку од нив работат во администрација, образование или други дејности.

Во однос на бројот на акушерки исто така постои нееднаква територијална дистрибуција, па така бројот на акушерки се движи во ранг од 4 акушерки во Крушево, 5 во Кратово, до 175 во Прилеп и 191 во Скопје. Меѓутоа, повторно е потребно да се потенцира дека ова не е податок кој покажува колку од акушерките практикуваат акушерска дејност. Состојбата со несразмерно високиот број на акушерки во Прилеп е резултат на постоење на средно медицинско училиште во минатото, кое било единствено училиште во кое постоела програма за акушерки. Но, голем дел од нив не практикуваат акушерска дејност, голем дел се на постара возраст, па се очекува за неколку години оваа бројна состојба значително да се промени. Ваквиот пример укажува на тешкотиите во

проценката на реалниот акушерски потенцијал, во услови кога не постои систематски, ажуриран и јавно достапен регистар.

Во 2017 година во дејноста гинекологија и акушерство биле вработени вкупно 1 075 медицински сестри и акушерки со средна, виша и со висока стручна подготовка. Од тоа во примарната здравствена заштита се вработени 160 медицински сестри/акушерки, пришто очигледен е недостигот на овој профил на кадри, особено ако се има предвид дека има 145 гинеколози. Оваа покриеност со кадри не ги задоволува потребите на жените, а особено на бремените жени, потребата за нивна антенатална и постнатална грижа. Потврда за оваа констатација се недоволниот опфат на жените со антенатална здравствена заштита, зголемен број на сексуално преносливи инфекции помеѓу населението, предвремени породувања и раѓања на новороденчиња со мала родилна тежина.

Поливалентната патронажна служба ја сочинуваат медицински сестри со средно, вишо и/или со високо стручно образование. Секоја сестра има свој микрореон, територија на која ја врши својата дејност, која треба да брои 5 000 – 6 000 жители на подрачјето на јавната здравствена установа.

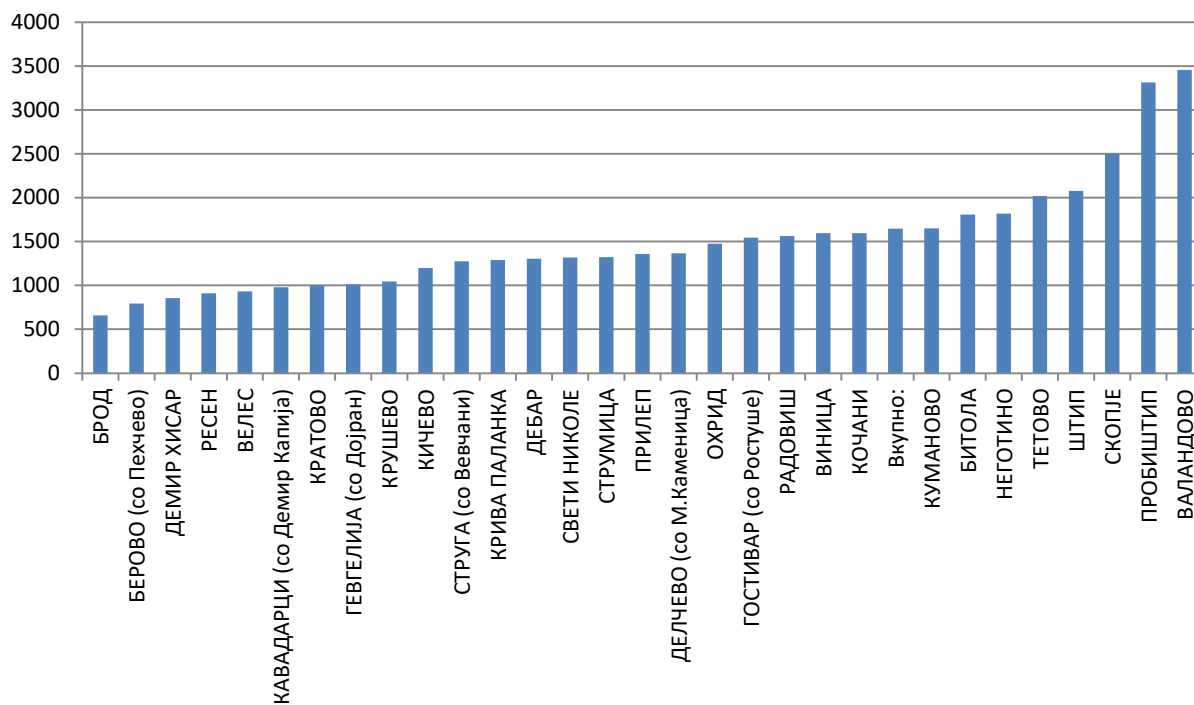
Во 2017 година бројот на вработени патронажни сестри во патронажните служби во Македонија изнесува 311 или една патронажна сестра на 1 650 жени во репродуктивен период¹⁷, односно 14 патронажни сестри на 1 000 живородени или околу 70 живородени по патронажна сестра. Од вкупниот број на патронажни сестри, 31 % се акушерки, а останатите се медицински сестри. Постои континуиран тренд на намалување на бројот на патронажни сестри, имајќи предвид дека во 2016 година имало 344 патронажни сестри, а тоа се должи на пензионирање, одлив во други дејности и слично.

Патронажната служба е организирана во 36 регионални служби. Според подрачни служби, постои нееднаква дистрибуција на патронажни сестри според географски региони. Најлоша е состојбата во Скопје, Валандово и Пробиштип, каде што соодносот на жени во репродуктивен период на една патронажна сестра е и до 5 пати повисок од оној во градовите во кои има соодветен број на патронажни сестри (Македонски Брод, Берово, Демир Хисар). Во околу 10 подрачни служби во тимот за патронажна служба нема акушерки, во две служби тимот се состои само од акушерки, додека во останатите застапеноста на акушерки е различна (од 6 % до 70 % застапеност на акушерките).

На графикон бр. 23е прикажан бројот на жени во репродуктивна возраст, кои ги опслужува една патронажна сестра, прикажани според 30-те географски региони.

¹⁷Извор: Поливалентна патронажна дејност при Здравствен дом Скопје.

Графикон бр. 23. Број на жени во репродуктивна возраст на една патронажна сестра.



Вредно е да се напомене дека стапката на новороденечка смртност е највисока во Полошкиот Регион, а воедно во овој регион се бележи најголем недостиг од матични гинеколози, како и недостиг од патронажни сестри.

Дадениот приказ на здравствен кадар се однесува на јавните здравствени установи и приватните здравствени установи на примарно ниво кои имаат склучено договори со Фондот за здравствено осигурување. Во анализата не е прикажан бројот на здравствениот кадар што обезбедува здравствена заштита за жените и децата, а работи во приватните здравствени установи што ја обезбедуваат оваа дејност, меѓутоа немаат склучено договори со ФЗОМ. Институтот за јавно здравје не располага со податоци за бројот на здравствен кадар кој работи во приватните здравствени установи на секундарно ниво, а обезбедува здравствена заштита на жените и децата.

V. УТВРДЕНИ ПРОБЛЕМИ ОД ПРАКТИКАТА

Членовите на работната експертска група на работните состаноци утврдија одредени предизвици и тешкотии со кои се среќаваат во практиката, а кои можат да имаат влијание врз перинаталната и новороденечката смртност. Во продолжение се прикажани клучните предизвици и тешкотии.

Примарна здравствена заштита

Во однос на здравствената заштита за време на бременоста, членовите на работната групантираа одредени можности за унапредување. Во протоколите за антенатална здравствена заштита не е предвидена контрола во периодот помеѓу 24-тата и 28-мата гестациска недела. Оттука е можно да се направат одредени пропусти, особено во однос на земање на микробиолошки брисеви во овој период, бидејќи според сегашниот протокол брисеви се земаат дури во 35-тата гестациска недела.

Дополнителен проблем претставува практиката за време на бременоста да се земаат само вагинални микробиолошки брисеви, додека не се прави рутинска проверка за уринарни инфекции. Поради тоа голем број уринарни инфекции остануваат недијагностицирани и не се третираат, а овие инфекции можат да остават последици по растот и развојот на плодот.

Како проблем од практиката е нотиран и честиот недостиг на реагенси за хламидија, микоплазма, уреоплазма и останати микробиолошки испитувања во лабораториите во јавните здравствени установи и понекогаш е потребно подолго време да се чека за да се набават овие реагенси. Од пресудно значење е овие испитувања да се направат во првото тромесечје од бременоста, бидејќи овие инфекции го забавуваат растот и развојот на плодот, па поради тоа овие испитувања не можат да трпат одложување поради долгите процедури за набавка на реагенси.

Во однос на третманот на гинеко-уринарните инфекции за време на бременоста постои и проблем кој се однесува на стравот на жените да земаат антибиотици (или какви било лекови) за време на бременоста. Исто така, честа е појавата кога жената зема терапија за инфекцијата, а нејзиниот партнер не зема терапија и покрај укажувањата на докторот, а тоа резултира со повторна инфекција кај бремената жена.

Електронската мајчина книшка не се пополнува кај поголем број од бремените жени. Поради тоа кога жената доаѓа за породување, здравствените работници од болницата или клиниката немаат никакви податоци во однос на водењето на бременоста кај жената, ниту за евентуалните ризици во однос на плодот или бремената жена. Дополнително на тоа, во сегашната верзија на мајчината книшка нема можност за внес на податоци поврзани со социоекономските состојби на бремената жена. Поради ова нема можност да се прават анализи за влијанијата на одредени социоекономски индикатори врз развојот на бременоста, како и врз доенечката смртност.

Поради недоволниот број на матични гинеколози, постојните гинеколози се преоптоварени со работа и не можат да посветат доволно време за административната работа и

пополнување на формулари. Секој матичен гинеколог работи само со една медицинска сестра, а потребно е да има две сестри, при што втората сестра би ги пополнувала потребните обрасци (мајчина книшка, информација за патронажна служба и слично).

Во однос на работата на патронажната служба, покрај недоволниот број на патронажни сестри, опишан во претходното поглавје, постојат и други проблеми што оневозможуваат соодветен број на посети од страна на патронажните сестри кај жените за време на бременоста и во периодот по породувањето. Не постои систем за соодветно и навремено информирање на патронажните служби од страна на матичните гинеколози за бремените жени кои тие ги детектираат. Во однос на породените жени, патронажните служби добиваат податоци за породени жени само од болниците во општината/регионот каде што се наоѓа здравствениот дом. Поради тоа, доколку жена од една општина се породила во болница која е во друга општина/регион, патронажната служба нема да добие информација дека жената се породила. Дадените обврски на патронажните сестри да посетуваат стари и хронично болни лица, во комбинација со недоволниот број на патронажни сестри, резултира со опаѓање на бројот на посети кај бремените жени и новороденчиња/доенчиња.

Воедно нема образовна насока за акушерки во средните медицински училишта, па затоа нема соодветни кадри што би можеле да работат како патронажни сестри.

Недостасува едукација на жените за време на бременоста и во репродуктивниот период, во смисла на здрави животни стилови за време на бременоста и воопшто за сексуалното и репродуктивното здравје. Исто така недостасува едукација за нега и грижа за новороденчето.

Секундарна и терциерна здравствена заштита

Поголемиот дел од трудниците со фетус кој е проценет со мала родилна тежина (под 2 500 грама) и возраст поголема од 34-тата гестациска недела веднаш се препраќаат на Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство, при што се прескокнува секундарното ниво, односно општите и клиничките болници. Поради тоа Клиниката е преоптоварена со пациенти и работи со повеќе пациенти отколку што е предвидено. Имено, иако на Одделот за интензивна терапија на новородени деца на Клиниката според стандардите било предвидено да има 24 интензивни места за новородени, од 2011 година има поставено повеќе од 35 кревети. Одделот за интензивна терапија и Одделот за интензивна нега при Клиниката третираат 700 до 800 новороденчиња на годишно ниво. Оваа состојба во голема мера се должи на фактот што во поголем број од општите болници нема доволен број на педијатри – неонатолози, ниту неонатолошки сестри. Исто така, во болниците на секундарно ниво одделенијата не се соодветно опремени за неонатолошка грижа на деца со мала родилна тежина и здравствени проблеми поврзани со прематуритетот.

Исто така, транспортот на новородените не е соодветен, бидејќи нема транспортни инкубатори, а многу често новородените со здравствени проблеми во болниците на секундарно

ниво не се стабилизираат во установата каде што се родени, туку веднаш се препраќаат на Универзитетската клиника за детски болести.

Воедно не постои систем за „transport back“, односно новороденчињата од Одделот за интензивна нега при Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство во Скопје да се вратат во болницата во местото на живеење од каде што е испратена трудницата, кога состојбата на новороденото ќе се стабилизира и ќе се создадат услови тоа да биде понатаму третирано на секундарно ниво.

Здравствена евиденција и статистика

Во однос на пополнувањето на Пријава/Потврда за смрт и лекарски извештај за смрт, претходно беше нотирани проблемот дека во однос на причините за смрт кај новородените се користи трозначна шифра според МКБ-10 и четиризначна шифра што обезбедува само податоци за гестациската возраст при раѓање на починатите доенчиња, а не овозможува точен увид за родилната тежина. Меѓутоа, исто така, во практиката не се наведуваат соодветно сите дијагнози и состојби кои водат до смртен исход: 1. болест или состојба која непосредно довела до смрт; 2. претходни причини за смрт; 3. морбидни состојби (ако постојат, кои ја предизвикале горната причина ставајќи ја основната причина последна); 4. основна причина за смрт. Кај умрените доенчиња што се предвремено родени или родени со мала родилна тежина најчесто се нотира само основната причина, според дијагнозата P07 по МКБ-10. Оваа состојба оневозможува соодветна анализа на останатите причини што водат кон смртен исход на новороденчињата што се родени предвремено или со мала родилна тежина.

Исто така, не се прават доволен број на обдукции на починатите доенчиња, со што најпрецизно би се утврдила причината за смрт.

Здравствените установи не се меѓусебно поврзани во однос на податоците за здравствената состојба и преземените интервенции кај новородените, во случаи кога новороденото се упатува од една во друга здравствена установа.

Од страна на Институтот за јавно здравје и Центрите за јавно здравје се нотира низа проблеми во однос на водењето на здравствената статистика за лекуваните лица, вклучувајќи ги и бремените жени и новороденчињата, пред сè во општите и клиничките болници. Постојат разлики во податоците што беа доставени од овие здравствени установи до работната група, со податоците испратени во збирниот рекапитулар за лекувано лице до Институтот за јавно здравје.

VI. ЗАКЛУЧОЦИ

Демографски и социоекономски карактеристики поврзани со доенечката смртност

- Стапката на доенечка смртност во периодот од 2011 до 2017 година бележи тренд на пораст, меѓутоа во 2018 година се бележи историски најниска стапка на доенечка смртност.
- Стапката на перинатален морталитет во периодот од 2011 до 2017 година бележи тренд на пораст.
- Највисока стапка на доенечка смртност се бележи во Полошкиот Регион, за што е потребно дополнителна анализа на состојбите во регионот (социоекономски статус на населението, ниво на здравствена писменост, опрема и состојба на болницата, број и стручност на здравствениот кадар, број на матични лекари).
- Повисокастапка на доенечка смртност се бележи кај доенчиња родени од мајки што живеат во руралните подрачја. Меѓутоа, стапката на доенечка смртност до 2016 година бележи тренд на пораст и во урбаните и во руралните средини. Поради тоа потребна е подетална анализа на причините што влијаат на порастот на смртноста во урбаните и во руралните средини и преземање на посебни мерки за унапредување на здравјето на жените и децата во руралните и урбаните средини.
- Во периодот од 2011 до 2017 година се бележи тренд на пораст на доенечката смртност и кај албанската и кај македонската етничка заедница.
- Највисока стапка на доенечка смртност се бележи кај албанската етничка заедница, поради што е потребно да се направи дополнителна анализа за причините што водат до оваа состојба, како и да се преземат превентивни мерки и активности помеѓу албанското население.
- Во однос на образованието на мајката во периодот од 2011 до 2017 година се бележи тренд на опаѓање на доенечката смртност помеѓу доенчињата родени од мајките со понизок степен на образование, а тренд на пораст помеѓу родените од мајки со повисок степен на образование.

Поврзаност на предвремено раѓање и мала родилна тежина со порастот на доенечката смртност

- Предвременото раѓање и малатародилна тежина се водечки причини за смрт кај доенчињата во Македонија во разгледуваниот период. Поради тоа потребно е да се преземат мерки за намалување на стапката на предвремено раѓање: доследно следење на здравствената состојба на бремената жена, едукација и другимерки.
- Во разгледуваниот период нема евидентен пораст на прематурни и деца родени со мала родилна тежина, а сепак најголем процент од смртните случаи во доенечкиот период отпаѓа на деца со мала родилна тежина и оние кои се предвремено родени. Поради тоа потребно е да се анализира дали порастот на доенечката смртност во периодот од 2011 до 2016 година се

должи на проблеми и недостатотци во перинаталната и постнаталната здравствена заштита, особено на предвремено родените деца и децата со мала родилна тежина.

– Во однос на смртноста кај предвремено родените деца во периодот од 2011 до 2017 година расте смртноста на доенчињата родени пред 28-мата гестациска недела, додека опаѓа смртноста кај доенчињата родени помеѓу 28-мата и 37-та гестациска недела.

– Во периодот 2011 до 2017 година причината за смрт од дијагнозата P07 (предвремено родени и доенчиња со мала родилна тежина) бележи пораст кај трите етнички групи (македонска, алабанска и ромска), меѓутоа највисок пораст на оваа причина за смрт се бележи кај доенчиња родени од мајки Ромки.

– Во однос на местото на живеење на мајката, повисок тренд на пораст на доенечката смртност со причина од дијагнозата P07, во периодот 2011 до 2017 година, се бележи помеѓу доенчињата родени од мајки што живеат во урбаните средини.

– Најголем број од смртните случаи се случуваат во раниот неонатален период 0 – 6 дена од животот.

Заклучоци од анализата преку Рамката за ризични перинатални периоди

Анализата преку аналитичката Рамка за ризични перинатални периоди укажа дека најголем дел од смртните случаи (перинатален морталитет и доенечка смртност) припаѓаат на две категории: Здравје на мајката/прематуритет и Здравствена заштита и нега на мајките. Следствено на овие наоди, превенцијата на смртните случаи треба да се фокусира на следните аспекти: пристап до здравствени услуги за репродуктивно здравје пред зачнувањето, намалување на несакани бремености, намалување на пушењето за време на бременоста, унапредување на специјализираната антенатална и перинатална здравствена заштита, обезбедување на рана и континуирана антенатална здравствена заштита, соодветно проследување на високоризични бремености и соодветно медицинско водење на случаите на гестациски дијабет и другиздравствени проблеми кај мајката за време на бременоста.

Здравствени контроли и здравствени однесувања за време на бременоста

– Една десетина од бременостите во Македонија поминуваат без ниту една здравствена контрола, што претставува ризик-фактор по здравјето на мајката и новороденото.

– Процентот на жени кои пушеле за време на бременоста бележи значителен пораст во периодот од 2013 до 2016 година за да се забележи драстичен пад во 2017 година.

Здравствен кадар за обезбедување на здравствената заштита за жените во репродуктивниот период, за време на бременоста, породувањето, како и за здравствена заштита на доенчињата

– Се бележи недоволен број на здравствен кадар за обезбедување здравствена заштита на жените и децата во примарната здравствена заштита. При тоа нема доволен број на матични

гинеколози во примарната здравствена заштита, односно на еден избран лекар специјалист гинеколог има 6 383 жени на возраст над 15 години, од потребните 3 000 жени согласно со Уредбата за мрежа на здравствени установи. Особен проблем претставуванееднaквaтa територијална дистрибуција по региони и општини на докторите специјалисти по гинекологија во примарната здравствена заштита. Исто така се бележи недоволен број на матични педијатри во примарната здравствена заштита.

– Постои континуирано намалување на бројот на акушерки, како во дејноста гинекологија и акушерство на секундарно и терциерно ниво, така и во примарната здравствена заштита, при што покриеноста со кадри не ги задоволува потребите на жените, а особено на потребите за антенатална и постнатална грижа и нега на жените и доенчињата. Воедно постои неможност за нови вработувања на акушерки поради укинување на средното образование за акушерки и актуелната категоризација и систематизација на работно место патронажна сестра со средно образование.

– Постои континуиран тренд на намалување на патронажни сестри и нивна нееднаква дистрибуција по региони. Следствено на тоа се бележи опаѓање на бројот на патронажни посети кај бремени жени и доенчиња, кое покрај недоволниот број на патронажни сестри се должи и на несоодветното известување од страна на матичните гинеколози и болниците, како и поради други работни задачи што им се задаваат на патронажните сестри.

– Најголем недостиг на избрани (матични) гинеколози во примарната здравствена заштита, како и на патронажни сестри, има во Полошкиот Регион каде што има и највисока стапка на доенечки морталитет.

– Се бележи недостиг на кадар, лекари специјалисти и медицински сестри/акушерки, во секундарната здравствена заштита и нееднаква територијална дистрибуција.

– Институтот за јавно здравје не располага со податоци за здравствен кадар кој работи во приватните здравствени установи, со тоа државата нема увид во бројот и видот на здравствен кадар кој работи на здравствена заштита за женското репродуктивно здравје, за време на бременоста, по породувањето, како и за новороденчињата и доенчињата. Поради тоа овие установи треба да доставуваат извештаи за кадар и извршена работа до Центрите за јавно здравје.

Организација и функционирање на здравствената заштита за време на бременоста, во перинаталниот и постанаталниот период

– Недоволна опременост на болниците на секундарно ниво со кадар и опрема за грижа на предвремено родени деца и деца родени со мала родилна тежина. Оваа состојба резултира со преоптовареност со работа на Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство во грижа на предвремено родените и родените со мала родилна тежина.

- Преоптовареноста на Клиниката за гинекологија и акушерство се должи и на тоа што нема воспоставен систем за “transport back” на доенчето од Клиниката до здравствената установа во местото на живеење од каде што била испратена бремената жена по стабилизирањето на неговата здравствена состојба.
- Постои несоодветен транспорт на новородените деца поради недостиг на соодветен медицински транспорт, особено на предвремено родени и родени со мала родилна тежина, како и поради чести случаи на непочитување на стандардите и протоколите за транспорт на новородени со мала родилна тежина.
- Во протоколите не е предвидена здравствена контрола во периодот помеѓу 24-тата и 28-мата гестациска недела на бременоста, која е важна за земање на микробиолошки брисеви и откривање на евентуални инфекции. Покрај тоа, не се прави рутинска проверка за уринарни инфекции за време на бременоста поради што голем број уринарни инфекции остануваат недијагностицирани, а можат негативно да се одразат на растот и развојот на плодот. Поради тоа во протоколите за антенатална здравствена заштита потребно е да се предвиди здравствена контрола со проценка за инфекции, мерење на цервикален канал, рН-вредност на вагина и земање на микробиолошки брисеви во периодот од 24-тата до 28-мата гестациска недела.
- ПАП-тест и цервикални брисеви не се изведуваат во секундарна здравствена заштита. Доколку овие здравствени услуги се овозможат на секундарно ниво, тоа ќе води кон поголем опфат на жените, особено во општините и регионите каде што нема доволен број на матични гинеколози.
- Не постои јасно утврден систем за известување, комуникација и соработка помеѓу различните служби и здравствените установи што се вклучени во обезбедување на здравствена заштита и грижа за жените за време на репродуктивниот период, бременоста, родилките и доенчињата (матични гинеколози, матични и семејни лекари, патронажна служба, општи и клинички болници, универзитетски клиници и други).

Здравствена статистика и пријави за смрт

- Во пријавите за смрт на доенчињата честа практика е да не се бележат основната и непосредната причина за смрт, туку смртниот исход се води само според примарната дијагноза. Поради оваа состојба не постојат доволно податоци за анализа на непосредната причина за смрт на доенчињата. Потребно е соодветно да се бележи **основната** и непосредната причина за смрт, како и надворешната причина за смрт. За таа цел, како и за подобрување на квалитетот на податоците за причините за смрт, потребни се континуирани обуки на докторите (мртвопроверители/и докторите за доенчката смртност), кои ги одбираат шифрите за причините за смрт, според МКБ-10 ревизија. Оваа активност е започната, а се однесува за тест-период во 2020 година –со цел да се започнеи да се воспостави електронско пополнување на Потврдата за смрт и лекарскиот извештај за причината за смрт (преку системот за електронски евиденции во здравството Мој термин).

- Со цел да се обезбеди (потврди) податок за родилната тежина и гестациската недела на доенчињата, во иднина се предлага во електронската верзија на Потврдите за смрт да се прибираат и да се внесуваат/запишуваат и овие податоци.
- За да се унифицира примената на меѓународните дефиниции и стандарди, пропишани од СЗО, (да се избегне субјективно толкување на поимите/дефинициите, на пр. за живородено дете/мртвородено дете, умрено доенче и др.) за национални потреби, т.е. од страна на сите инволвирани здравствени институции во системот, задолжителна е обука на секој здравствен работник кој врши пополнување на пропишаните евиденции (Пријавите за породувања и Потврдите за смрт и др.). Исто така, во зависност од типот и видот на евиденцијата, да се пропишат кратки упатства за нивно пополнување.
- Постојат низа проблеми во водењето на здравствената статистика во однос на обезбедување на соодветни и квалитетни податоци што се однесуваат на здравјето на бремените жени, мајките и новородените, оваа состојба особено се констатира во општите и клиничките болници.
- Постои недоволен број на извршени обдукции на мртвородени и на умрени доенчиња, што оневозможува прецизно утврдување на причините за смрт.
- Мртвородените е потребно да се водат во рамки на здравствената статистика во ново пропишан образец со соодветна законска регулатива.