

Гребенщикова Л. Ю.<sup>1,2</sup>, Радьков О. В.<sup>1,2</sup>**УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ  
РОДОВСПОМОЖЕНИЯ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ ПО СНИЖЕНИЮ МАТЕРИНСКОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ**<sup>1</sup>ГБУЗ ТО «Областной клинический перинатальный центр имени Е. М. Бакуниной», 170036, г. Тверь;  
<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, 170100, г. Тверь

*Представлена управленческая модель, фактором которой является оценка потенциалов устойчивого развития медицинских организаций. Модель может быть использована для оценки эффективности деятельности организаций родовспоможения Тверской области по снижению материнской и младенческой смертности. Основанием для внедрения модели является анализ данных отчетной документации работы учреждений родовспоможения в Тверской области. Установлено, что с внедрением управленческой модели руководитель может задействовать лидерский потенциал и оценивать эффективность нововведений еще до того, как они начнут работать в учреждении. Отмечено снижение материнской и младенческой смертности за счет введения новых техник, для дальнейшего снижения младенческой смертности обоснован ввод педиатрической составляющей.*

**Ключевые слова:** управленческая модель; материнская и младенческая смертность; потенциал устойчивого развития; профилактика.

**Для цитирования:** Гребенщикова Л. Ю., Радьков О. В. Управленческая модель для оценки эффективности деятельности организаций родовспоможения Тверской области по снижению материнской и младенческой смертности. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(2):226—230. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-2-226-230>

**Для корреспонденции:** Гребенщикова Людмила Юрьевна — канд. мед. наук; главный врач ГБУЗ ТО «Областной клинический перинатальный центр имени Е. М. Бакуниной», заведующий кафедрой репродуктивной медицины и перинатологии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России; e-mail: [info@okpcto.ru](mailto:info@okpcto.ru)

Grebenshchikova L. Yu.<sup>1,2</sup>, Rad'kov O. V.<sup>1,2</sup>**THE MANAGEMENT MODEL TO ACCESS EFFICIENCY OF ACTIVITY OF OBSTETRICS AID  
ORGANIZATIONS OF THE TVER OBLAST IN DECREASING MATERNAL AND INFANT MORTALITY**<sup>1</sup>The State Budget Health Care Institution of the Tver Oblast “The E. M. Bakunina Oblast Clinical Perinatal Center”, 170036, Tver, Russia;<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Tver State Medical University” of Minzdrav of Russia, 170100, Tver, Russia

*The article presents management model, based on assessment of potentials of sustainable development of medical organizations. The model can be applied to assess efficiency of activities of obstetrics organizations in the Tver Oblast reducing maternal and infant mortality. The basis for model implementation is analysis of data from reporting documentation of obstetrics institutions in the Tver Oblast. It is established that with implementation of management model manager can set in motion leadership potential and evaluate efficiency of innovations even before they start working in the institution. The decrease in maternal and infant mortality due to introduction of new techniques was noted. The implementation of pediatric component for further decreasing of infant mortality is justified.*

**Key words:** management model; maternal and infant mortality; sustainable development potential; prevention.

**For citation:** Grebenshchikova L. Yu., Rad'kov O. V. The management model to access efficiency of activity of obstetrics aid organizations of the Tver Oblast in decreasing maternal and infant mortality. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(2):226–230 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-2-226-230>

**For correspondence:** Grebenshchikova L. Yu., candidate of medical sciences, the Head Physician of the State Budget Health Care Institution of the Tver Oblast “The E. M. Bakunina Oblast Clinical Perinatal Center”; the Head of the Chair of Reproductive Medicine and Perinatology of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Tver State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: [info@okpcto.ru](mailto:info@okpcto.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 11.07.2024

Accepted 31.10.2024

**Введение**

Профилактика материнской и младенческой смертности — важнейшая цель государственной политики Российской Федерации и определяющий критерий в оценке деятельности системы здравоохранения в целом. Предупреждение и профилактика случаев неблагоприятных исходов беременности основываются на реализации положений Приказа Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н<sup>1</sup>, клинических рекомендаций Минздрава России, приори-

тетных направлений развития, обозначенных нормативными документами, прежде всего «Стратегией развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года»<sup>2</sup>, Государственной Программой Российской Федерации «Развитие здраво-

<sup>1</sup>Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Режим доступа: <https://base.garant.ru/74840123/> (дата обращения 02.08.2024).

охранения»<sup>3</sup>, национальными проектами «Здравоохранение» и «Демография»<sup>4</sup>.

Материнская смерть определена как «смерть женщины во время беременности или в течение 42 дней после прерывания беременности, независимо от срока, по любой причине, связанной с беременностью или ее ведением, или усугубленной ею, но не по случайным причинам» [1]. Ведущими причинами материнской смерти являются кровотечения, сепсис, гипертонические расстройства и затрудненные роды, доля которых составляет до 60% фатальных исходов гестации для матери [2]. Младенческая смертность — это смертность детей от рождения до 1 года жизни [3]. Основными причинами смерти новорожденных являются осложнения, связанные с недоношенностью, асфиксией и тяжелыми инфекциями, на долю которых приходится 74% всех случаев [4—6]. Уровень социально-экономического развития страны влияет, но не является определяющим для коэффициента материнской смертности (МС) — количества смертей женщин, связанных с беременностью или ее последствиями, на 100 тыс. живорожденных [3—9]. В России коэффициент МС вырос с 11,3 в 2013 г. до 34,5 в 2022 г. Наиболее высокие его показатели отмечены в Дальневосточном, Северо-Западном, Приволжском и Северо-Кавказском федеральных округах [3]. Коэффициент МС в Тверской области в 2010—2023 гг. колебался от снижения в 2016 г. по сравнению с 2010 г. (6,9 против 27,6) до взлета в 2022 г. — 68,8. В 2023 г. этот показатель оставался высоким (24,1), что почти в 1,5 раза превышает целевые значения, которые для Тверской области планировались как 15,4 и 13,5 в 2024 и 2023 гг. соответственно. По уровню младенческой смертности среди стран с высоким уровнем дохода лидируют США (5,4‰), а в Европе самые высокие показатели младенческой смертности зарегистрированы на Мальте, в Румы-

нии и Болгарии (5,6—6,7‰) [10, 11]. В 2020 г. в России младенческая смертность составила 4,5‰, это на 8,5% меньше, чем прогнозировали ранее. Наиболее высокие показатели младенческой смертности были в Сибирском, Северо-Кавказском и Дальневосточном федеральных округах (5,1—5,9‰) [3].

Целью настоящей работы стал анализ управленческой модели для оценки эффективности деятельности организаций родовспоможения Тверской области по снижению материнской и младенческой смертности.

Материалы и методы

В основу публикации положены фактические данные, полученные из отчетной документации о младенческой смертности «Медицинское свидетельство о смерти» (ф. № 106/у-98) и «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (ф. № 106-2/у-98), учетной формы № 003-2/у-МС «Карта донесения о случае материнской смерти» по результатам работы медицинских учреждений Тверской области в 2017—2023 гг. Для определения эффективности работы медицинских организаций использована управленческая модель, фактором которой является оценка потенциалов устойчивого развития [12, 13].

Результаты исследования

Данные по младенческой смертности, включая новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), в Тверской области представлены в табл. 1.

Из данных табл. 1 видно, что младенческая смертность новорожденных с ЭНМТ существенно не влияет на общий показатель младенческой смертности в регионе. Учитывая это, очевидно, нужно выявить другие резервы в педиатрическом кластере. Тем не менее мы рассмотрим и акушерскую, и неонатологическую составляющую, а также управленческий резерв в снижении данного показателя (в аспекте младенческой смертности у новорожденных с ЭНМТ). Для стабилизации показателя младенческой смертности с тенденцией к ее стойкому снижению необходимо учитывать, что «с медико-организационных позиций поздние неонатальные (7—27 дней) и постнеонатальные (27—35 дней) потери — компоненты младенческой смертности — обусловлены в большей степени экзогенными причинами... и могут быть снижены существенно быстрее, чем мертворождаемость (компонент перинатальной смертности, т. е. акушерский), как извест-

Таблица 1

Младенческая смертность в Тверской области в 2017—2023 гг.

| Показатель                                    | 2017 г. |      | 2018 г. |      | 2019 г. |      | 2020 г. |      | 2021 г. |      | 2022 г. |      | 2023 г. |      |
|-----------------------------------------------|---------|------|---------|------|---------|------|---------|------|---------|------|---------|------|---------|------|
|                                               | ПЦ      | ТО   | ПЦ      | ТО   | ПЦ      | ТО   | ПЦ      | ТО   | ПЦ      | ТО   | ПЦ      | ТО   | ПЦ      | ТО   |
| Младенческая смертность всего, ‰              | 3,2     | 4,5  | 5,3     | 4,7  | 4,1     | 4,0  | 4,7     | 4,3  | 5,8     | 4,4  | 6,6     | 6,5  | 7,3     | 5,6  |
| Младенческая смертность без умерших с ЭНМТ, ‰ | 2,4     | 4,3  | 3,9     | 4,4  | 2,3     | 3,6  | 1,4     | 3,7  | 3,7     | 3,3  | 1,8     | 4,7  | 4,4     | 4,5  |
| Разница между категориями, ‰                  |         | -0,2 |         | -0,3 |         | -0,4 |         | -0,6 |         | -1,1 |         | -1,8 |         | -1,1 |

Примечание. ПЦ — перинатальный центр, ТО — Тверская область.

Т а б л и ц а 2  
Количество медицинских учреждений Тверского области  
за 2021—2023 гг. (в абс. ед.)

| Год  | Всего родов | Организации родовспоможения и число родов в них |             |                       |             |                       |             |
|------|-------------|-------------------------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|
|      |             | 1-го уровня                                     |             | 2-го уровня           |             | 3-го уровня           |             |
|      |             | количество учреждений                           | число родов | количество учреждений | число родов | количество учреждений | число родов |
| 2021 | 9207        | 15                                              | 329 (4%)    | 10                    | 5503 (59%)  | 1                     | 3375 (37%)  |
| 2022 | 8599        | 14                                              | 107 (1%)    | 10                    | 5235 (60%)  | 1                     | 3257 (39%)  |
| 2023 | 8207        | 21                                              | 214 (2%)    | 5                     | 4358 (53%)  | 1                     | 3635 (45%)  |

но, менее предотвратимая...» [14]. Таким образом, в снижении как МС, так и младенческой смертности управление и анализ стоят на первом месте. Одним из значимых показателей является оказание квалифицированной и качественной помощи на всех этапах [3, 7]. При быстром и надлежащем лечении квалифицированными медицинскими работниками удастся избежать смертельных исходов. Значительное число случаев смерти имеет место из-за неэффективного использования имеющегося оборудования, когда просто нет сотрудника соответствующей квалификации [15]. Именно задача повышения эффективности деятельности медицинских учреждений с рациональным использованием имеющихся ресурсов и внедрением информационно-технических новшеств стоит перед руководителями медицинских организаций. Эти задачи решает управленческая модель.

Потенциал устойчивого развития — достижение долгосрочных целей с учетом сбалансированности процессов, предупреждения рисков, внедрение инноваций в обследование и лечение, внедрение оптимизации ресурсного обеспечения, эффективное объединение ресурсов, лечебного процесса, цифровых технологий, формирование профессиональной команды, которая обеспечит качество оказания медицинской помощи. Потенциал менеджмента качества — использование стандартов оказания медицинской помощи, создание устойчивого развития стандартов медицинской организации с учетом базового уровня организации в нашем и других регионах с использованием нормативно-правовых актов, которые дают оценку среднего уровня развития медицинских организаций родовспоможения. На основании данных факторов мы можем правильно оценить деятельность медицинских учреждений региона. Прежде всего рассмотрим загруженность учреждений родовспоможения Тверской области. В табл. 2 представлено количество организаций родовспоможения Тверской области и число родов в них.

Количество учреждений 1-го уровня увеличилось за 3 года почти в 1,5 раза, а число родов в них снизилось в 2 раза. Количество учреждений 2-го уровня, напротив, сократилось в 2 раза в результате регионализации перинатальной помощи в Тверской области. Доля родов в них осталась на прежнем

уровне. Для эффективного использования учреждений 1-го и 2-го уровней необходимо усилить работу по профилактике на амбулаторном этапе, обеспечить более тесное взаимодействие и маршрутизацию. В перинатальном центре (3-й уровень) число принятых проведенных родов увеличивается.

Согласно управленческой модели, только в перинатальном центре эффективность была высокой (0,58). Введены концепция бережливого производства и менеджмента качества (табл. 3). При внедрении различных мероприятий необходимо правильно просчитывать риски и находить причины, приведшие к наблюдаемым результатам. Не проводится аналитическое обоснование каждой цифры, а ведь за каждой цифрой должен стоять комплекс управленческих решений и должно быть правильное стратегическое обоснование ее годовых изменений не только в сторону уменьшения, но и в сторону увеличения.

Для повышения качества оказания медицинской помощи в Тверском регионе на базе ГБУЗ ТО «Областной клинический перинатальный центр имени Е. М. Бакуниной» были утверждены приоритетные направления: разработаны образовательные модули теоретических и практических навыков с тестированием знаний и чек-листы для urgentных родильных залов районов Тверской области, разработаны локальные алгоритмы маршрутизации пациенток в акушерские стационары Тверской области и федеральные клиники при возникновении критических акушерских ситуаций. При этом используется так называемый мобильный перекрест знаний между специалистами 1, 2 и 3-го уровней, создан локальный симуляционный центр для отработки навыков командного взаимодействия при оказании медицинской помощи в неотложных ситуациях в акушерском и неонатологическом кластерах, внедрено использование телемедицинских технологий, в том числе для улучшения качества транспортировки пациентов, внедрена система проведения современного микробиологического мониторинга, системы активного выявления, учета, регистрации, анализа инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Управленческая модель позволяет провести правильную оценку эффективности медицинского учреждения. Руководитель может видеть, какой потенциал развития необходимо усилить. В неонатоло-

Т а б л и ц а 3  
Сравнительная оценка медицинских учреждений родовспоможения 1, 2, 3-го уровней Тверской области

| Оценка потенциала устойчивого развития | Состояние устойчивого развития медицинской организации | 1-й уровень | 2-й уровень | 3-й уровень |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 0,00—0,20                              | Абсолютно неудовлетворительное                         | —           | —           | —           |
| 0,20—0,37                              | Неудовлетворительное                                   | 0,27        | 0,32        | —           |
| 0,37—0,63                              | Удовлетворительное                                     | —           | —           | 0,58        |
| 0,63—0,80                              | Хорошее                                                | —           | —           | —           |
| 0,80—1,0                               | Очень хорошее                                          | —           | —           | —           |

П р и м е ч а н и е. Прочерк — данные отсутствуют.

Таблица 4

Работа койки учреждений родовспоможения по уровням за 2021—2023 гг. (в днях)

| Показатель                          | 2021 г.          |                  |                  | 2022 г.          |                  |                  | 2023 г.          |                  |                  |
|-------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                                     | 1-й уро-<br>вень | 2-й уро-<br>вень | 3-й уро-<br>вень | 1-й уро-<br>вень | 2-й уро-<br>вень | 3-й уро-<br>вень | 1-й уро-<br>вень | 2-й уро-<br>вень | 3-й уро-<br>вень |
| Койки для беременных и рожениц      | 29,8             | 128,9            | 320,1            | 38,1             | 155,1            | 216,9            | 11,6             | 136,1            | 341,3            |
| Койки патологии беременности        | 169,7            | 206,6            | 281,4            | 187,9            | 194,0            | 333,9            | 208,0            | 238,1            | 373,1            |
| Койки гинекологические для взрослых | 138,9            | 195,9            | 352,2            | 160,9            | 210,2            | 304,0            | 313,7            | 170,2            | 377,0            |

логии, где критерием эффективности является коэффициент младенческой смертности, также необходимо взглянуть на проблему его роста и понять, что привело к этому росту: медицинские, управленческие или финансовые факторы? Умение учитывать источники ухудшения показателей МС и младенческой смертности позволит вовремя проводить коррекцию. Именно комплекс управленческой модели и мониторинга изменений в показателях МС позволит вовремя корректировать стратегию развития и решать задачи. В табл. 4 представлена работа койки в учреждениях родовспоможения Тверской области.

Парадоксы отчетной работы службы родовспоможения: при отсутствии ресурсов и достаточного кадрового потенциала на 1-м уровне койка патологии беременности работает 208 дней, гинекологическая койка работает 313 дней, какую патологию лечат на 1-м уровне и к чему это привело? Недостаточная управленческая аналитика приводит к нарушению качества оказания медицинской помощи и влечет за собой угрозу здоровью пациента. Роль ГБУЗ ТО «Областной клинический перинатальный центр имени Е. М. Бакуниной» в качестве «якорного» учреждения позволила не только уменьшить в абсолютных числах МС непосредственно от акушерской патологии, но и перевести ее в основные причины экстрагенитальной патологии. А это значит, что в Тверском регионе за этот промежуток времени медленнее, чем хотелось, но выстроена уровневая система оказания качественной медицинской акушерской помощи с концентрацией беременных пациенток группы высокого риска в учреждении 3-го уровня, в ГБУЗ ТО «Областной клинический перинатальный центр имени Е. М. Бакуниной». Величину МС формируют также амбулаторное звено оказания медицинской помощи, их взаимодействие со стационарным этапом, нарушение правил логистики [3]. Необходима преемственность в оказании медицинской помощи между акушерским стационаром и женской консультацией (амбулаторным этапом) и между стационарами разного уровня, т. е. между всеми тремя уровнями. В амбулаторном звене должна проводиться оценка факторов риска, диагностика беременных с соблюдением всех алгоритмов. Это подразумевает постоянное обучение персонала. В ведении стационарного звена находится маршрутизация на более высокий уровень, привлечение смежных специалистов, проведение телемедицинских консультаций. Принимаемые меры позволяют существенно сократить младенче-

скую смертность в Тверской области. Снижению МС от акушерских причин способствует применение современных информационных технологий: вертикально интегрированной медицинской информационной системы (ВМИС) по профилям «Акушерство и гинекология» и «Неонатология». Введение информационных технологий требует оснащения учреждения необходимым оборудованием. Его модернизация находится в процессе выполнения (в учреждениях 3-го уровня), нуждается в переоснащении всех учреждений медицинским оборудованием, входящим в стандарт оснащения.

Заключение

Управленческая модель — необходимый инструмент для оценки эффективности деятельности учреждений. Эффективность работы медицинского учреждения значительно повышается с внедрением в процесс деятельности менеджмента качества, концепции бережливого производства. Их необходимо распространить и на амбулаторную службу родовспоможения (женские консультации, кабинеты охраны репродуктивного здоровья), учитывая при этом уровневую градацию медицинских учреждений. Если руководитель организации уделяет внимание анализу долгосрочного планирования — это гарантирует устойчивый рост. Потенциал эффективности значительно повышается с внедрением современных технологий диагностики и лечения. Важную роль играют подготовка кадров на базе учреждения, повышение квалификации персонала, закупка оборудования. Также большое значение имеет тесное взаимодействие с ведомственными руководящими структурами, от которых и зависит адресная материально-техническая оснащенность учреждения.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. International statistical classification of diseases and related health problems, World Health Organization. 10<sup>th</sup> revision (ICD-10); 2008 ed. Geneva, Switzerland; 2009.

2. Say L., Chou D., Gemmill A., Tuncalp O., Moller A. B., Daniels J. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob. Health.* 2014;2:323—33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X

3. Пестрикова Т. Ю. Аналитический обзор показателей материнской, перинатальной и младенческой смертности — как индикатора организационных возможностей здравоохранения в современных условиях. *Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России.* 2023;2(51):81—97.

4. Global Health Observatory Data. Maternal Mortality. Geneva: World Health Organization; 2015.

5. Liu L., Oza S., Hogan D., Perin J., Rudan I., Lawn J. E. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2015;385:430—40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61698-6
6. Bhutta Z. A. Global child survival: beyond numbers. *Lancet*. 2012;379:2126—8. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60686-2
7. Hoyert D. L. Maternal mortality rates in the United States, 2020. *NCHS Health E-Stats*. 2022.
8. Maternal Mortality Rates in the United States (2021). Режим доступа: <https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/maternal-mortality/2021/maternal-mortality-rates-2021.htm> (дата обращения 02.08.2024).
9. Diguisto C., Saucedo M., Kallianidis A., Bloemenkamp K., Bødker B., Buoncristiano M. Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population-based study. *BMJ*. 2022;379:e070621. doi: 10.1136/bmj-2022-070621
10. AJMC. Режим доступа: <https://www.ajmc.com/view/us-has-highest-infant-maternal-mortality-rates-despite-the-most-health-care-spending> (дата обращения 02.08.2024).
11. Eurostat (2021). Режим доступа: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210604-1> (дата обращения 02.08.2024).
12. Латуха О. А., Сон И. М., Бравве Ю. И., Толстова К. С. Анализ управленческих моделей, способствующих устойчивому развитию медицинских организаций. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2023;(2):719—39.
13. Латуха О. А. Оценка потенциала устойчивости развития организации. *Science for Education Today*. 2021;(6):142—59.
14. Иванов Д. О. (ред.) Руководство по перинатологии: в 2 томах. СПб.; 2019.
15. Lamesgen A., Miniyyihun A., Amare T. Evaluating the technical efficiency of neonatal health service among primary hospitals of north-west Ethiopia: Using two-stage data envelopment analysis and Tobit regression model. *PLoS One*. 2022;17(11):e0277826. doi: 10.1371/journal.pone.0277826
2. Say L., Chou D., Gemmill A., Tuncalp O., Moller A. B., Daniels J. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob. Health*. 2014;2:323—33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X
3. Pestrikova T. Yu. Analytical review of indicators of maternal, perinatal and infant mortality — as an indicator of the organizational capabilities of health care in modern conditions. *Vestnik obshchestvennogo zdorov'ya i zdravooohraneniya Dal'nego Vostoka Rossii*. 2023;2(51):81—97 (in Russian).
4. Global Health Observatory Data. Maternal Mortality. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. Liu L., Oza S., Hogan D., Perin J., Rudan I., Lawn J. E. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2015;385:430—40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61698-6
6. Bhutta Z. A. Global child survival: beyond numbers. *Lancet*. 2012;379:2126—8. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60686-2
7. Hoyert D. L. Maternal mortality rates in the United States, 2020. *NCHS Health E-Stats*. 2022.
8. Maternal Mortality Rates in the United States (2021). Available at: <https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/maternal-mortality/2021/maternal-mortality-rates-2021.htm> (accessed 02.08.2024).
9. Diguisto C., Saucedo M., Kallianidis A., Bloemenkamp K., Bødker B., Buoncristiano M. Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population-based study. *BMJ*. 2022;379:e070621. doi: 10.1136/bmj-2022-070621
10. AJMC. Available at: <https://www.ajmc.com/view/us-has-highest-infant-maternal-mortality-rates-despite-the-most-health-care-spending> (accessed 02.08.2024).
11. Eurostat (2021). Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210604-1> (accessed 02.08.2024).
12. Latukha O. A., Son I. M., Bravve Y. I., Tolstova K. S. Analysis of management modes promoting sustainable development of health-care organizations. *Sovremennye problemy zdravooohraneniya i medicinskoj statistiki*. 2023;(2):719—39 (in Russian).
13. Latukha O. A. Assessing the sustainability development of an organization. *Science for Education Today*. 2021;(6):142—59 (in Russian).
14. Ivanov D. O. (ed.). Guide to perinatology: in 2 volumes. Saint Petersburg; 2019 (in Russian).
15. Lamesgen A., Miniyyihun A., Amare T. Evaluating the technical efficiency of neonatal health service among primary hospitals of north-west Ethiopia: Using two-stage data envelopment analysis and Tobit regression model. *PLoS One*. 2022;17(11):e0277826. doi: 10.1371/journal.pone.0277826

Поступила 11.07.2024  
Принята в печать 31.10.2024

#### REFERENCES