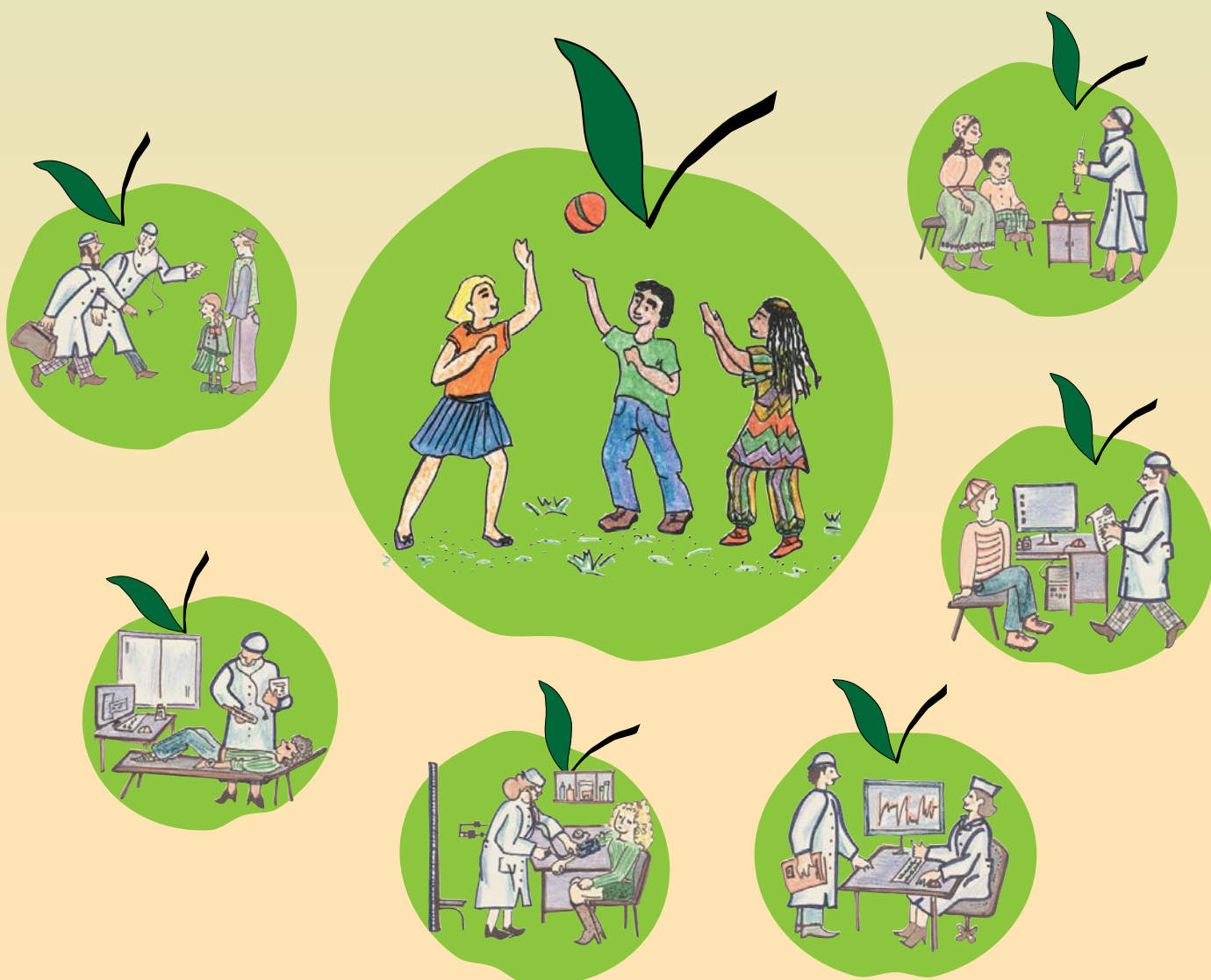


# Права детей при оказании первичной медико-санитарной помощи

## Часть 1. Руководство и инструменты для оценки и совершенствования работы



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро



# Права детей при оказании первичной медико-санитарной помощи

Часть 1. Руководство  
и инструменты для оценки  
и совершенствования работы



**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро

# РЕЗЮМЕ

Настоящая публикация представляет «Руководство и инструменты для оценки и совершенствования соблюдения прав детей при оказании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)» для пяти групп заинтересованных участников, а именно для руководящих работников служб ПМСП, медицинских работников, родителей и членов семьи/лиц, осуществляющих уход за детьми, детей в возрасте 6-11 лет, а также детей и подростков в возрасте 12-18 лет. В руководстве содержится краткое описание методологии и пять инструментов, которые могут быть использованы при обсуждениях в фокус-группах либо при проведении опросных исследований.

Издание состоит из шести частей:

Часть 1. Руководство и инструменты для оценки и совершенствования работы

Часть 2. Инструмент оценки и совершенствования работы для детей и подростков в возрасте 6–11 лет

Часть 3. Инструмент оценки и совершенствования работы для детей и подростков в возрасте 12–18 лет

Часть 4. Инструмент оценки и совершенствования работы для медицинских работников

Часть 5. Инструменты для оценки и совершенствования работы руководящих работников

Часть 6. Инструмент оценки и совершенствования работы для родителей, членов семьи/лиц, осуществляющих уход за детьми

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>

## © Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ</b>	<b>4</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>5</b>
<b>МЕТОДОЛОГИЯ</b>	<b>7</b>
Внутренняя и внешняя оценка качества	7
Заинтересованные участники	7
Стандарты	7
Предлагаемая методология для осуществления программы	9
<b>БИБЛИОГРАФИЯ</b>	<b>12</b>

## ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Руководство и инструменты для оценки и совершенствования обеспечения прав детей при оказании первичной медико-санитарной помощи были подготовлены Ana Isabel F. Guerreiro. Разработка документов осуществлялась в консультации с Ana Margarida Sola, Cristina Gouveia, Natália Correia и Sónia Coelho (ACES Central – Group of Primary Health care Centres of the Algarve I) (Португалия); Jim Robinson (University of Edinburgh), Janice Allister и Imran Rafi (Royal College of General Practitioners), Andrew Clarke (Lancashire Care Foundation NHS Trust), Anne-Marie Comber (Edinburgh Community Health Partnership) и Jillian Taylor (University of the West of Scotland)(Соединенное Королевство); Kristin Wik (Department of Health and care, Enebakk municipality), Kjersti Johanne Fløtten и Einhild Selnes (Akershus University Hospital) (Норвегия); Sergey Sargsyan, Eva Movsesyan и Marina Melkumova (Медицинский центр «Арабкир», Институт здоровья детей и подростков), Анна Balyan (Университетская клиника «Гераци») и Grigor Nazinyan (Иджеванская поликлиника) (Армения); Vivian Barnekow, Aigul Kuttumuratova и Åsa Nihlén (ЕРБ ВОЗ) и Marcus Stahlhofer (штаб-квартира ВОЗ).

## ВВЕДЕНИЕ

За 25 лет со времени принятия Конвенции о правах ребенка (КПР)(1) накоплен значительный опыт и знания в отношении трактовки статьи 24, касающейся права детей на здоровье, его защиту и обеспечение в различных условиях их жизни. Важность принятия основанного на соблюдении прав человека подхода к здоровью подтверждается в недавно принятой Стратегии ВОЗ «Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015-2020 гг.». В ней утверждается, что «по мере того, как растет уважение к правам человека, они становятся все более эффективным инструментом помощи органам государственного управления в укреплении систем здравоохранения, предоставлении услуг по охране здоровья для всех и каждого и улучшении здоровья населения» (2). В отношении права детей на здоровье КПР акцентирует внимание на первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), через которую можно обеспечить доступ к беременным женщинам, матерям, новорожденным и детям более старшего возраста на протяжении всех этапов жизни. Это положение далее развивается в Замечании общего порядка №15 к статье 24, которое утверждает, что «государства должны уделять первостепенное внимание обеспечению всеобщего доступа детей к первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой, по возможности, в непосредственной близости от мест проживания детей и их семей, в особенности в амбулаторных условиях»(3).

Кроме того, ВОЗ признает центральную роль ПМСП в рамках системы здравоохранения в ряде стратегий и правовых инструментов, в числе которых Алма-Атинская декларация<sup>1</sup> (4), а также в Европейской политике в интересах здоровья и благополучия «Здоровье- 2020» (5). ПМСП - это ближайшая помощь для населения, и большинство детей будут контактировать с ее услугами и специалистами на протяжении своего развития, что делает эту сферу исключительно привлекательной для инвестирования. В то же время, службы ПМСП несут огромную ответственность за предоставление качественных услуг детям, за наделение их правом голоса, а также за то, чтобы позволить им в полной мере реализовать свой потенциал.

Разработка «Руководства и инструментов для оценки и совершенствования соблюдения прав детей при оказании ПМСП» является частью непрерывного процесса на международном уровне, направленного на преобразование постулатов о правах детей, закрепленных в КПР, в практические принципы и действия, которые могут применяться ежедневно в процессе предоставления услуг. Руководство и инструменты призваны служить средством оценки, выявления областей, требующих совершенствования, а также средством проведения информационно-разъяснительной работы по вопросам прав детей среди медицинских специалистов и других заинтересованных сторон, работающих в секторе здравоохранения с детьми и во имя их здоровья.

Руководство и инструменты для ПМСП адаптированы на базе документа *Children's Rights in Hospital: Manual and Tools for assessment and improvement* (Права детей в больницах. Руководство и инструменты для оценки и совершенствования), опубликованного в 2012 г. (6). Вышеупомянутые инструменты направлены на пять групп заинтересованных участников, а именно: руководство больниц, медицинских работников, детей в возрасте 6-11 лет, детей и подростков 12-18 лет, их родителей и лиц, осуществляющих уход/членов семьи.

<sup>1</sup> Алма-Атинская декларация определяет первичную медико-санитарную помощь как важную часть медико-санитарного обеспечения, которая базируется на практических научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах, которые община и страна в целом могут позволить на каждом этапе своего развития в духе самостоятельности и самоопределения. Она составляет неотъемлемую часть как национальной системы здравоохранения, осуществляя ее главную функцию и являясь ее центральным звеном, так и всеобщего социально-экономического развития общества. Она является первым уровнем контакта отдельных лиц, семьи и общины с национальной системой здравоохранения, максимально приближает медико-санитарную помощь к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья народа.

В 2012-2013 гг. ЕРБ ВОЗ успешно применили инструменты в больницах Кыргызстана, Таджикистана и Молдовы в рамках работы по совершенствованию стационарной помощи детям (7,8). Этот опыт продемонстрировал как важность, так и необходимость решения проблемы обеспечения прав детей в условиях лечебно-профилактических учреждений и проведения оценки. Учитывая растущее признание важности проблемы соблюдения прав детей в здравоохранении и приятие Руководства и инструментов в вышеупомянутых странах, ЕРБ ВОЗ инициировало процесс подготовки аналогичного комплекта инструментов по оценке и совершенствованию соблюдения прав детей в ПМСП.

Для подготовки настоящего Руководства были созданы рабочие группы в Армении, Норвегии, Португалии и Соединенном королевстве. Специалисты здравоохранения, работающие на различных уровнях предоставления услуг медицинской помощи, вносили свой вклад в опрос о разработке и применимости стандартов и подстандартов, а также пригодности вопросов в контексте их стран. Подготовка Руководства и инструментов осуществлялась в режиме консультаций с сотрудниками Европейского регионального бюро и штаб-квартиры ВОЗ.

Руководство и инструменты включают следующие разделы.

- **Раздел методологии**, который представляет общую информацию относительно процессов оценки и предлагаемой методологии работы по применению инструментов в условиях ПМСП.
- **Инструмент оценки и совершенствования работы для руководящих работников.** В зависимости от системы здравоохранения данная группа заинтересованных участников может включать руководителей лечебно-профилактического учреждения и медицинский персонал старшего звена. В случае если учреждение ПМСП подведомственно какой-либо региональной структуре, то такая группа может также включать руководителей регионального уровня.
- **Инструмент оценки и совершенствования работы для медицинских работников.** Данная группа заинтересованных участников может включать любого работающего в учреждении ПМСП сотрудника, от медицинского и административного до вспомогательного персонала.
- **Инструмент оценки и совершенствования работы для детей в возрасте 6-11 лет.** Данный инструмент адаптирован к особенностям детей младшего возраста и направлен на оценку опыта, который они в целом получили при контакте со службами ПМСП. Здесь задействованы вопросы, подразумевающие развернутый ответ (вопросы с открытым множеством ответов), которые позволяют детям дать развернутый, описательный ответ и свои предложения по улучшению качества работы.
- **Инструмент оценки и совершенствования работы для детей и подростков в возрасте 12-18 лет.** Данный инструмент имеет структуру, аналогичную той, которая используется для руководства, медицинских работников, а также родителей и членов семьи/лиц, оказывающих уход за детьми. Инструмент содержит простой образец для обсуждений фокус-группой, который может быть адаптирован для групп, состоящих из детей либо родителей и членов семьи.
- **Инструмент оценки и совершенствования работы для родителей, лиц, осуществляющих уход за детьми, и членов семьи.** Данный инструмент направлен на сбор информации о мнениях родителей, других членов семьи и лиц, осуществляющих уход за детьми. Как отмечалось ранее, он также содержит образец, который можно использовать для обсуждения в фокус-группе.



# МЕТОДОЛОГИЯ

## Внутренняя и внешняя оценка качества

Внутренняя и внешняя оценка качества больниц и медицинских услуг является наиболее распространенным методом оценки, аккредитации и улучшения качества. Настоящие инструменты могут быть использованы как для внутренней самооценки, так и внешней оценки. Так же как и в Инструментах для больниц, структура Руководства и инструментов аналогична структуре *Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms* [Руководство по стандартам в укрепляющих здоровье больницах] (9).

При использовании подхода самооценки можно говорить как о преимуществах, так и об определенных ограничениях. Преимущество заключается в возможности с небольшими затратами применить такие методы в рамках системы обеспечения качества в лечебно-профилактическом учреждении и медицинской службе. В результате это позволит использовать надежный подход к решению проблемы прав детей и улучшению медицинской помощи в рамках систем здравоохранения. Это может повлечь за собой усиление чувства сопричастности и расширение прав и полномочий у медицинских работников, которые участвуют в процессе совершенствования помощи. Среди трудностей можно назвать необходимость сбора информации о взглядах и мнениях заинтересованных участников (особенно детей, семей и младшего медицинского персонала) в форме свободного и независимого волеизъявления.

Методы внешней оценки могут обеспечить свободное выражение взглядов всеми участниками, и кроме того, прозрачность результатов оценки. Вместе с тем, необходимые затраты и ресурсы могут ограничить возможности принятия подхода внешней оценки.

## Заинтересованные участники

Предоставление услуг по охране здоровья требует участия целого ряда заинтересованных сторон, а именно лиц, осуществляющих планирование и управление услугами (руководящие работники), тех, кто предоставляют медицинские услуги (медицинские работники), людей, которые их получают (дети и подростки), а также других основных заинтересованных участников (родители и члены семьи). Каждой из этих групп присущи свои уникальные роль и опыт в рамках предоставления услуг здравоохранения. Данное Руководство содержит инструменты оценки для вышеупомянутых групп заинтересованных сторон, поскольку только на основе знаний и информации, полученных от них, будет возможно разработать, спланировать, усовершенствовать и предоставить наиболее оптимальные медицинские услуги для детей в соответствии с принципами обеспечения их прав.

## Стандарты

Стандарты, представленные в данном Руководстве, тесно переплетаются со стандартами вышеупомянутого документа *Children's Rights in Hospital: Manual and Tools for assessment and improvement* [Права детей в больницах: Руководство и инструменты для оценки и совершенствования] (4). При адаптации этих инструментов применительно к условиям ПМСП некоторые из них были исключены и созданы новые, тогда как основная часть стандартов была перенесена в неизменном виде. При этом подстандарты и вопросы адаптированы индивидуально к условиям ПМСП.

Вопросы, приводимые в данном Руководстве базируются на восьми стандартах:

**Стандарт 1** оценивает в какой мере всем детям оказывают медицинскую помощь наивысшего возможного качества, что подразумевает, среди прочего, имеющиеся клинические доказательные дан-

ные, надлежащим образом обученный персонал, системы мониторинга и оценки, а также принятие Хартии прав ребенка в условиях ПМСП.

**Стандарт 2** оценивает, в какой степени при оказании медицинских услуг соблюдаются принципы равенства, и не допускается дискриминация по отношению ко всем детям.

**Стандарт 3** оценивает услуги ПМСП в поддержку обеспечения права матери на здоровье, беременность и роли родителей в качестве ключевой детерминанты здоровья, питания и развития детей.

**Стандарт 4** оценивает соблюдение прав всех детей на получение информации и участие в принятии решений, касающихся их здоровья и медицинских вмешательств, непосредственно затрагивающих их интересы.

**Стандарт 5** оценивает, в какой степени медицинские услуги предоставляются в безопасных условиях, организованных, обустроенных и оборудованных таким образом, чтобы удовлетворять интересы детей.

**Стандарт 6** оценивает право всех детей на защиту от любых форм физического или психологического насилия, травм, грубого, небрежного или невнимательного обращения, любых форм злоупотреблений, включая сексуальное насилие.

**Стандарт 7** оценивает право всех детей на получение помощи в случае хронических болезней и других состояний, нуждающихся в длительном уходе, в которой учитываются индивидуальность, гендерная принадлежность<sup>2</sup>, культурные и возрастные особенности ребенка.

**Стандарт 8** оценивает право всех детей на предупреждение боли, обезболивание и паллиативную помощь с учетом индивидуальности, гендерной принадлежности, культурных и возрастных особенностей.

Для каждого стандарта был установлен ряд подстандартов и соответствующих вопросов для пяти групп заинтересованных участников. Вопросы адаптированы для каждой из групп, но при этом все они направлены на получение информации по одним и тем же темам.

В соответствии с Руководством по укреплению здоровья, каждый из восьми стандартов имеет три уровня.

**Уровень первый** - это уровень непосредственно самого стандарта. Восемь стандартов касаются темы качества услуг для детей, равенства и отсутствия дискриминации, методов воспитания, информации и участия, безопасности и окружающей среды, защиты, потребностей в медицинской помощи в случае хронической болезни или других состояний, продолжающихся в течение длительного периода времени, предупреждения боли, обезболивания и паллиативной помощи. Как указывалось ранее, при формировании вопросника для детей и подростков в возрасте 12-18 лет были исключены стандарты по методам воспитания и защиты, а также вопросы, связанные с паллиативной помощью.

**Уровень второй** - это уровень подстандартов, которые являются основными компонентами стандартов.

**Уровень третий** - это измеряемые составные части. Измеряемые компоненты позволяют службам ПМСП дать оценку соответствия стандарту. Перечень измеряемых компонентов приводится

<sup>2</sup> Стратегии с учетом гендерных аспектов признают различия в нормах и ролях для женщин и мужчин (мальчиков и девочек), а также в связанном с этим выделении и использовании ресурсов. Эти стратегии надлежащим образом расставляют акценты в отношении различных женских и мужских ролей, норм и сфер ответственности, а также их конкретных потребностей в рамках программы или политики. Такие вмешательства облегчают женщинам и мужчинам выполнение отводимых им обязанностей на основе их гендерных ролей (Уровень 4 по разработанной ВОЗ шкале оценки учета гендерных факторов) (WHO Gender Responsive Assessment Scale).

для того, чтобы внести большую ясность в стандарты и помочь организациям улучшить обеспечение соблюдения и защиты прав детей при оказании услуг ПМСП. Измеряемые компоненты - это те требования стандарта, которые будут рассматриваться и оцениваться на предмет их соблюдения. В документе для руководящих работников в рамках каждого измеряемого компонента приводится рубрика под названием «фактические данные». Цель состоит в том, чтобы помочь группам, проводящим оценку, найти соответствующую информацию для оценки измеряемого компонента. И наконец, приводится рамка, в которой интервьюируемые могут оставить свои замечания и указать, выполняется ли данное положение полностью, частично или не выполняется вовсе. Командам, ответственным за проведение или участие в оценке, следует рассматривать эти инструменты не только в качестве контрольного перечня, но также и в качестве динамичного средства, направленного на непрерывное улучшение и поиски более эффективных ответных мер для удовлетворения потребностей детей на разных этапах их развития с точки зрения соблюдения прав ребенка.

В конце оценочного инструмента для родителей и членов семьи и инструмента для детей и подростков в возрасте 12-18 лет приводится примерный образец для использования при обсуждении в фокус-группах с детьми или родителями и членами семьи.

## Предлагаемая методология для осуществления программы

Данные инструменты могут использоваться в качестве составной части национальной программы по улучшению первичной медико-санитарной помощи детям, либо в рамках отдельного лечебно-профилактического учреждения.

При проведении ВОЗ оценки больниц в Кыргызстане, Таджикистане и Молдове национальным экспертам было поручено отвечать за общий сбор данных. Эксперты посещали участвующие в оценке больницы и проводили брифинги соответствующих сотрудников стационаров или координаторов процесса самооценки по вопросам использования инструментов, методологии и установления временных рамок. Перед этим посещением экспертами больница назначала двух сотрудников для проведения самооценки (исследовательская команда больницы) (5,6). В Кыргызстане и Таджикистане были вовлечены все группы заинтересованных участников. Оценка больниц проводилась с использованием сочетанной методологии, а именно осуществлялись индивидуальные интервью с детьми, родителями и членами семьи; кроме того, проводились обсуждения в фокус-группах с медицинскими специалистами и руководством больниц. Результаты по всем больницам были сведены воедино и проанализированы на национальном уровне. Затем был подготовлен сравнительный отчет для Кыргызстана и Таджикистана и отдельный отчет для Молдовы. В этих отчетах содержатся описания методологии работы, анализа результатов по стандартам, извлеченных уроков и рекомендаций для министерств здравоохранения и больниц. Преимущество такой национальной оценки состоит в выявлении сильных сторон и общих для страны проблем, что позволяет центральному руководству планировать стратегии на уровне всей страны. Оценка, проведенная ВОЗ в трех странах, продемонстрировала ценность использования инструментов для оценки и выявления мер, способствующих улучшению работы, а также преимущества привлечения детей, родителей и членов семьи к процессу оценки.

Непосредственно процесс оценки в отдельном учреждении ПМСП аналогичен методологии, предложенной в Инструментах для оценки больниц в том виде, как она представлена ниже.

Первым шагом к успешному осуществлению программы оценки и совершенствования работы является привлечение к процессу и приверженность **руководящих работников**, т. е. главного исполнительного, руководящего органа и старшего управленческого звена учреждения ПМСП. Если лечебно-профилактическое учреждение подведомственно какой-либо региональной структуре, то в этом случае полезно привлечь регионального руководителя, директора или другое соответствующее должностное лицо. Даже если оценка проводится на индивидуальном уровне, то в некоторых условиях также может быть полезно заручиться поддержкой министерства здравоохранения.

Вторым шагом является установление и назначение **руководителя проекта либо команды** для управления процессом. Такое лицо или команда, возможно, уже отвечает за какие-либо другие инициативы по улучшению качества и/или обладает глубокими знаниями вопроса о правах детей в условиях оказания медицинской помощи.

Третьим шагом является определение **участников различных групп заинтересованных сторон**. Предлагается привлечь следующих фигурантов:

**Руководящие работники:**

- региональные руководители;
- руководители старшего звена;
- старшая медицинская сестра;
- главный врач;
- сотрудник группы по кадровым ресурсам;
- административный работник.

**Медицинские работники:**

- врачи и медсестры различных категорий и уровней;
- медицинский персонал иного рода (т. е. социальные работники, психологи, школьные медсестры и т.д.);
- работники приемного отделения или административные работники;
- технический персонал по уборке помещений.

**Дети:**

- дети различных возрастных групп с хроническими заболеваниями и имеющие продолжительный опыт взаимодействия с услугами ПМСП;
- дети различных возрастных групп, неоднократно посещавшие учреждение ПМСП с целью регулярной диспансеризации, посещавшие врача с какой-либо другой целью;
- дети школьного возраста;
- уязвимые группы детей, доступ которых к услугам ПМСП может быть затруднен.

**Родители или лица, осуществляющие уход/члены семьи:**

- представители ассоциаций пациентов;
- родители или члены семьи, чьи дети различных возрастных групп имеют хронические заболевания и продолжительный опыт обращения к услугам ПМСП;
- родители или члены семьи, чьи дети различных возрастных групп неоднократно находились в учреждении ПМСП для прохождения регулярного профилактического осмотра, посещали врача с какой-либо другой целью;
- другие группы родителей или члены семьи.

В дополнение к перечисленным заинтересованным сторонам могут быть приглашены внешние участники. Среди прочих, это могут быть эксперты по правам ребенка, специалисты с опытом оценки и планирования улучшений в сфере соблюдения прав детей на уровне ПМСП, представители центрального руководства и другие участники, которые могут иметь отношение к данному учреждению ПМСП.

Существуют различные методы **сбора информации**, при этом выбор остается за руководителем проекта или ведущей командой. Может быть принято решение о проведении внутреннего **обследования** или обсуждения **фокус-группами**. Данные инструменты могут быть адаптированы к обоим форматам, которые рекомендуется использовать максимально, поскольку они дополняют друг друга и позволяют собрать ключевую информацию различного рода. Важно, особенно при проведении самооценки, чтобы все участники имели возможность свободно выражать свои взгляды и мнения с обеспечением конфиденциальности.

Не существует четкой договоренности относительно числа участников, которых следует проинтервьюировать или включить в процесс оценку. Эта цифра будет зависеть от размера оцениваемого учреждения, имеющихся ресурсов и выбранных методов. Ниже приводятся некоторые полезные соображения в этом плане.

Медицинские работники – в небольшом лечебно-профилактическом учреждении рекомендуется включить всех или как можно больше их количество. В крупных медицинских учреждениях необходимо использовать число сотрудников, которое будет являться репрезентативным для данного учреждения, предпочтительно с отражением репрезентативного сочетания различных видов специалистов. В идеале участники выбираются систематически и по методу случайной выборки (например, из перечня сотрудников).

Дети и семьи – как можно большее их количество, столько, сколько позволят время и ресурсы. Это должна быть репрезентативная выборка детей и родителей, пользующихся услугами на территории, которая подвергается оценке. Оптимальный размер выборки зависит также от размера учреждения, и в этом плане необходимо заручиться дополнительными рекомендациями. Так же, как и в случае с медицинскими работниками, наилучшим вариантом является использование случайной выборки, а не группы волонтеров, мнения которых могут грешить предубеждением.

После сбора информации руководитель проекта или ведущая команда **сводят воедино собранную информацию от различных заинтересованных сторон**. Где-то возможности по использованию компьютеров и программного обеспечения для сведения воедино информации могут быть ограничены, поэтому данный вопрос необходимо рассмотреть на стадии планирования проведения оценки.

Результаты затем суммируются и кратко излагаются в **отчете в различных форматах**, в том числе в формате, удобном для восприятия детьми, который распространяется среди всех участников. Рекомендуется **обсудить результаты** в рамках группы или между группами участников, проводивших оценку результатов.

На этом этапе руководитель проекта или ведущая команда должны иметь возможность сформировать **план действий** для всех заинтересованных участников. Следующим шагом является **осуществление действий по улучшению ситуации** с соблюдением, защитой и осуществлением прав детей в рамках услуг ПМСП.

Заключительный цикл программы состоит в **мониторинге и оценке** процесса и результатов воздействия принятых мер. Во многих случаях полезно повторить использование инструментов либо их отдельных компонентов в целях проведения повторной оценки и демонстрации изменений. В иных ситуациях это может не потребоваться. Рекомендуется обратить особое внимание при подтверждении произошедших изменений или улучшений на их качество с точки зрения детей и семей (пользующихся услугами).

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Конвенция о правах ребенка. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 1989 г.
2. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015-2020 гг. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения; 2014 г.
3. Комитет по правам ребенка. *Замечание общего порядка № 15 (2013 г.) о праве ребенка на пользование наиболее совершенными услугами здравоохранения (и на наивысший достижимый уровень здоровья) (статья 24)*; КПР/К/ЗОП/15; I. пункт 2.
4. Алма-Атинская Декларация. Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи. Казахстан, СССР. Женева, всемирная организация здравоохранения, 1978 г.
5. Health- 2020: Leadership for Health and Well-being in 21st century Europe; Health and Well-Being – A Common Purpose, a Shared Responsibility. World Health Organization. 2012.
6. Здоровье-2020. Лидерство в интересах здоровья и благополучия в XXI веке в Европе. Здоровье и благополучие – общие цели и общая ответственность. Всемирная организация здравоохранения, 2012 г. (Здоровье-2020: основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия, 2013 г.).
7. Guerreiro, AIF (ed) *Children's rights in Hospital and Health Services: Manual and Tools for assessment and improvement*. Task Force HPH-CA. 2012.
8. Оценка соблюдения прав детей в больницах Кыргызстана и Таджикистана. Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.
9. Оценка соблюдения прав детей в больницах Молдовы. Всемирная организация здравоохранения, в печати.
10. *Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms*. World Health Organization. 2006.



## **Европейское региональное бюро ВОЗ**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран..

### **Государства-члены**

Австрия  
Азербайджан  
Албания  
Андорра  
Армения  
Беларусь  
Бельгия  
Болгария  
Босния и Герцеговина  
Бывшая югославская  
Республика Македония  
Венгрия  
Германия  
Греция  
Грузия  
Дания  
Израиль  
Ирландия  
Исландия  
Испания  
Италия  
Казахстан  
Кипр  
Кыргызстан  
Латвия  
Литва  
Люксембург  
Мальта  
Монако  
Нидерланды  
Норвегия  
Польша  
Португалия  
Республика Молдова  
Российская Федерация  
Румыния  
Сан-Марино  
Сербия  
Словакия  
Словения  
Соединенное Королевство  
Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан  
Украина  
Финляндия  
Франция  
Хорватия  
Черногория  
Чешская Республика  
Швейцария  
Швеция  
Эстония

### **Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро**

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 Эл. адрес: [contact@euro.who.int](mailto:contact@euro.who.int)

Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)