



ЕВРОПА

Европейский стратегический
подход к обеспечению
безопасной беременности:
Улучшение материнского и
перинатального здоровья



Для получения публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ обращайтесь по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, форму запроса на получение документации, информации по вопросам здравоохранения или разрешения на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в режиме онлайн на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© **Всемирная организация здравоохранения 2007**

Все права защищены. Запросы для получения разрешения на частичное или полное воспроизведение или перевод публикаций направлять в Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Обозначение “страна или район”, используемое в заголовках таблиц охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирными линиями на географических картах обозначены приблизительные границы, относительно которых пока еще может быть не достигнуто полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продукции определенных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения рекомендует их или отдает им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продукцией, которые являются аналогичными, но не упомянуты в тексте. За исключением ошибок и пропусков, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за любой ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Список аббревиатур

СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
АНП	Аntenатальная помощь
ЦАРК	Центрально-азиатские республики и Казахстан
СНГ	Содружество Независимых Государств
НОМ	Научно-обоснованная медицина
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
КРЗ	Кадровые ресурсы здравоохранения
ПМС	Показатель младенческой смертности
ЗМР	Здоровье матери и ребенка
КМС	Коэффициент материнской смертности
ЗМН	Здоровье матери и новорожденного
МЗ	Министерство здравоохранения
ОББ	Обеспечение безопасной беременности
ОИТН	Отделение интенсивной терапии новорожденных
ННР	Неонатальная реанимация
ПНПП	Продвижение необходимой перинатальной помощи
ПМП	Первичная медицинская помощь
ССУБ	Стратегия снижения уровня бедности
Сан-эпид	Санитарно-эпидемиологический
СЭС	Санитарно-эпидемиологическая служба
SWAp	Секторальный подход
ООН	Организация Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

ИВБДВ	Интегрированное ведение болезней детского возраста
МКБ-10	Международная классификация болезней
МКНР	Международная конференция по народонаселению и развитию
ВВП	Валовой внутренний продукт
ЦАР	Центрально-азиатские республики
БД ЗДВ	База данных «Здоровье для всех»
ILBD	Международное определение рождения живого ребенка
ППМР	Профилактика передачи от матери ребенку (ВИЧ/СПИД)

Выражение благодарности

Настоящий документ был разработан в консультационном процессе Европейским региональным бюро ВОЗ, программой Обеспечения безопасной беременности в сотрудничестве с Отделом здоровья семьи и сообщества. Мы выражаем благодарность: Хельга Фогстад (НОРАД), Зои Мэтьюз (DFID), Гельмиус Шупсинкас (консультант ВОЗ), Валентина Балтаг (ВОЗ), Изабель Йорди (ВОЗ), Бруно Буше (ВОЗ), Павел Урсу (ВОЗ), Маридин Пурвес (ЗдравПлюс); Джорджио Тамбурлини, Адриано Каттанео, (Сотрудничающий центр ВОЗ по материнскому и детскому здоровью, Бурло Гарафоло из Института детского здоровья в Триесте, Италия).

Содержание

1	Введение.....	6
1.1	В чём важность регионального стратегического подхода?	6
1.2	Чего мы ожидаем достичь при помощи этого стратегического подхода?	6
1.3	Для кого предназначен этот стратегический подход?	6
	Зачем нужно инвестировать в здоровье матерей и младенцев?.....	6
1.4	Каким образом стратегический подход связан с другими глобальными и региональными стратегиями?	6
2	Состояние материнского и перинатального здоровья в Европейском регионе	
сегодня	6	
2.1	Системы здравоохранения недостаточно сильны.....	6
2.1.1	Управление систем здравоохранения несовершенно и неэффективно	6
2.1.2	В среде работников и инфраструктуры здравоохранения есть недостатки и изъяны	6
2.1.3	Медицинское обслуживание плохо организовано	6
2.1.4	Бюджеты и финансовая защита неэффективны и неустойчивы	6
2.2	Жизнь некоторых женщин не способствует хорошему здоровью	6
2.3	Некоторые женщины, их семьи и сообщества не имеют возможности быть здоровыми ..	6
3	Цель, задачи и принципы.....	6
3.1	Цель и задача Европейского стратегического подхода к ОББ	6
3.2	Руководящие принципы.....	6
3.2.1	Основные ценности	6
3.2.2	Принципы деятельности	6
4	Стратегические приоритеты	6
4.1	Улучшение показателей работы систем здравоохранения.....	6
4.1.1	Обеспечение эффективного руководства	6
4.1.2	Обеспечение соответствующими и устойчивыми ресурсами для предоставления услуг	6
4.1.3	Организация и совершенствование медицинского обслуживания.....	6
4.1.4	Финансирование систем здравоохранения и обеспечение финансовой защиты	6
4.2	Решение вопросов за пределами систем здравоохранения – увеличение вклада других секторов	6

4.3	Расширение прав и возможностей женщин, семей и сообществ	6
5	Принятие мер.....	6
5.1	Шаги по улучшению систем здравоохранения	6
5.2	Шаги по улучшению межсекторального сотрудничества для улучшения состояния здоровья	6
5.3	Меры по расширению прав и возможностей женщин, их семей и сообществ	6
6	Роли и обязанности	6
6.1	От женщин до разработчиков политик	6
6.2	Роль Всемирной организации здравоохранения и партнеров	6

1 Введение

1.1 В чём важность регионального стратегического подхода?

Региональная стратегия обеспечения безопасной беременности (ОББ) предоставляет возможность привлечь внимание к ухудшению ситуации в области материнского и перинатального здоровья в регионе и создает условия для объединения усилий, направленных на ускорение действий, необходимых для улучшения материнского и перинатального здоровья в Европейском регионе.

Эта стратегия была разработана в ответ на запросы некоторых из 53 Европейских государств-членов, основанные на их потребностях¹. Она основывается на обязательствах государств-членов по улучшению качества ухода за матерями и новорожденными и на региональном опыте. Сначала была проведена всесторонняя оценка ситуации, сложившейся в странах, и анализ существующих препятствий и проблем в предоставлении квалифицированной медицинской помощи в регионе, и это легло в основу комплексного базового документа для этого стратегического подхода. Этот базовый документ под названием профили стран по ОББ доступен на веб-сайте EURO. В национальных стратегиях рекомендуется взять существующие правительственные стратегии и планы по вопросам здоровья и развития за отправную точку, используя данный стратегический подход в качестве инструмента выявления недостающих элементов и планирования целенаправленных действий.

1.2 Чего мы ожидаем достичь при помощи этого стратегического подхода?

Целью этого регионального стратегического подхода является повышение осведомленности, расширение обязательств и действий по улучшению материнского и перинатального здоровья в регионе. Мы надеемся, что этот документ предоставит комплексное руководство странам, желающим разработать или усовершенствовать свои собственные национальные и местные стратегии улучшения здоровья матерей и младенцев. Промежуточным результатом данной стратегии является обеспечение безопасной беременности и родов посредством равноправного и эффективного предоставления высококвалифицированной медицинской помощи, обеспечения доступа к ней и ее использования всеми женщинами и их новорожденными, с особым вниманием к бедным слоям населения и группам риска. Эта стратегия зависит не только от системы здравоохранения, но также требует применение многосекторального подхода по причине сложной совокупности взаимосвязей между многими факторами, влияющими на показатели материнского и перинатального здоровья.

1.3 Для кого предназначен этот стратегический подход?

Настоящий документ предназначен для широкой аудитории разработчиков политических стратегий в рамках правительства, международных агентств, профессиональных объединений, неправительственных организаций и других учреждений. Этот документ постоянно

¹ В Европейский регион ВОЗ входят 53 государства-члена, в том числе страны ЕС, Балканские страны и все страны бывшего Советского Союза.

дорабатывается, и будет обновляться по мере того, как будут появляться новые факты или лучшие практики.

Зачем нужно инвестировать в здоровье матерей и младенцев?

Потому что существует проблема. Женщины и младенцы во многих странах Европейского региона по-прежнему умирают несправедливой и ненужной смертью и страдают от излишних болезней и нарушений. Научно-обоснованные вмешательства хорошо известны, однако, во многих странах наблюдается стагнация или даже регресс в усилиях по снижению материнской и перинатальной смертности.

Потому что обеспечение наивысших достижимых стандартов здоровья является одним из прав человека. В соответствии с согласованными на международном уровне декларациями прав человека и глобального консенсуса, все женщины и новорожденные, независимо от их социально-экономического статуса, культурной и расовой принадлежности, или происхождения имеют право на наивысшие достижимые стандарты здоровья. Для обеспечения соблюдения этих прав, политические стратегии, программы и вмешательства должны основываться на принципе гендерного равенства.

Потому что женщины играют незаменимую роль как граждане, матери, отвечающие за уход и, зачастую, кормилицы семей. Поэтому смерть женщины от осложнений, связанных с беременностью, либо ее заболевание или нетрудоспособность зачастую оставляют неизгладимый след на здоровье и благополучии всей семьи. Процесс улучшения материнского здоровья включает расширение прав и возможностей женщин, предоставление им права голоса и выбора в тех сферах, где таковых раньше не было.

Потому что инвестирование разрушает порочный круг между плохим состоянием здоровья и бедностью. Инвестирование в материнское здоровье – это сильное средство улучшения жизни малоимущих и социально обособленных женщин. Несмотря на то, что улучшение здоровья матерей и новорожденных не может положить конец бедности, оно может облегчить продвижение на пути к ликвидации бедности. Инвестирование в здоровье матерей и новорожденных (ЗМН) не только улучшает здоровье женщин, их детей и семей и стабилизирует систему социальной защиты, но и защищает от излишнего истощения рабочей силы, обеспечивая производительность и экономическое благосостояние общества. Беременность и роды сказываются на семейном доходе и ресурсах, а покрытие дополнительных расходов, связанных с беременностью и родами, особенно непредвиденных расходов при возникновении чрезвычайных ситуаций или осложнений, вводят многие семьи в финансовые трудности и долги.

Потому что решения хорошо известны – службы ЗМН научно-обоснованы, надежны, экономически эффективны и могут поддерживаться в условиях ограниченных ресурсов. Региональная стратегия обеспечения безопасной беременности охватывает хорошо известные и научно-обоснованные, надежные, экономически эффективные и реально осуществимые вмешательства даже в условиях ограниченных ресурсов. Опыт последнего десятилетия показал, что улучшение показателей здоровья матерей и новорожденных возможно даже в условиях самых ограниченных ресурсов; *однако никакое отдельно взятое вмешательство само по себе не является достаточным.* Смертность матерей и новорожденных может быть значительно снижена благодаря малозатратным и эффективным вмешательствам, и это удается даже странам с крайне ограниченными ресурсами. Здоровье новорожденного

напрямую связано со здоровьем матери. Предотвращение осложнений, влияющих на мать, также позволит улучшить показатели перинатального здоровья и не допустить большую часть случаев смерти новорожденных.

Потому что это экономически эффективно. Хотя укрепление систем здравоохранения в целях обеспечения оптимальной медико-санитарной помощи матерям и новорожденным связано с немалыми затратами, результаты оказываются впечатляющими. Кроме того, расходы, сэкономленные благодаря работе с предотвращаемыми заболеваниями (такими как послеродовое кровотечение), позволят сохранить в секторе здравоохранения до 10% средств из бюджетов охраны здоровья матерей и новорожденных², которые впоследствии могут перераспределяться на укрепление других секторов системы здравоохранения. Инвестирование в высококачественную медико-санитарную помощь матерям и новорожденным спасает жизни и позволяет экономить усилия и затраты в секторе здравоохранения путем предотвращения акушерских и неонатальных осложнений, лечение которых, зачастую, является дорогостоящим. Также, гораздо дешевле предотвратить проблемы со здоровьем у женщин и новорожденных, нежели чем лечить их позже или столкнуться с последствиями отсутствия какого-либо лечения.

Потому что улучшение услуг охраны ЗМН принесет пользу всей системе здравоохранения. Услуги медико-санитарной помощи матерям и новорожденным являются краеугольным камнем услуг здравоохранения, так как уход за беременными женщинами может фактически стать для служб здравоохранения точкой подхода к семье и населению, ввиду профилактики и лечения, например, ИППП, ВИЧ и малярии, введения планирования семьи, обеспечения вакцинаций, предоставления консультаций по вопросам питания, а также других программ и вмешательств в сфере здравоохранения. Совершенствование медико-санитарных услуг посредством модернизации учреждений здравоохранения (таких как службы по месту жительства, клиники и больницы), обеспечение основными лекарственными препаратами и кадрами, эффективные системы направления, транспорт и средства связи, обеспечивающие получение матерями и детьми необходимой им помощи, особенно в том, что касается осложнений, связанных с беременностью, принесут пользу и другим областям здравоохранения.

1.4 Каким образом стратегический подход связан с другими глобальными и региональными стратегиями?

Стратегические направления этого документа лежат в основе Глобальной стратегии обеспечения безопасной беременности и Всемирного доклада о состоянии здравоохранения за 2005 год, а также более обширной Глобальной стратегии в области репродуктивного здоровья, одобренной министрами здравоохранения на пятьдесят седьмой Всемирной ассамблее здравоохранения в 2004 году. В этом документе принимаются во внимание всемирные и региональные стратегии охраны здоровья детей и подростков, региональная стратегическая система предупреждения ВИЧ инфекции среди младенцев и всемирная и региональная Стратегия репродуктивного здоровья, а также другие существующие региональные

² При расчете затрат использовались данные из обследования ВОЗ/МЗ в Уганде, Weissman E, и др. *Uganda Safe Motherhood Programme Costing Study [Оценка затрат программы «Безопасное материнство» в Уганде]*. Женева, Департамент репродуктивного здоровья и исследований, Всемирная организация здравоохранения, 1999 (документ WHO/RHR/99.9).

инициативы, такие как Продвижение необходимой перинатальной помощи (ПНПП). Настоящий стратегический подход охватывает структуру производительности систем здравоохранения ВОЗ в методике разработки ключевых стратегий улучшения здоровья матерей и новорожденных в регионе.

Ключевые элементы обеспечения безопасной беременности не являются чем-то новым, они развивались на протяжении нескольких десятилетий. Понятие о том, что матери и дети представляют собой группы риска, являлось главной идеей движения первичной медико-санитарной помощи, начатого в 1978 году в Алма-Ате, Казахстан. Этот первый важный шаг на пути масштабного расширения охвата первичных медико-санитарных услуг в сельских районах послужил мощным толчком для программ охраны материнского и детского здоровья, так как был сконцентрирован на инициативах решения проблем недостаточного питания, диареи и респираторных заболеваний, а также расширения охвата вакцинаций.

В рамках движения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), нацеленного на устранение социальных, экономических и политических причин слабого здоровья, была разработана стратегия для равноправного, надлежащего и эффективного удовлетворения основных потребностей в медицинской помощи. Межсекторальные действия в сфере здравоохранения были объединены с участием и самостоятельностью населения, и движение ПМСП представило всеобщий доступ и охват на основании потребностей и комплексного медицинского обслуживания, с акцентом на профилактике заболеваний и укреплении здоровья.

В восьмидесятые годы была признана важность хорошо функционирующей системы здравоохранения. Все большее значение придавалось не только квалифицированным работникам здравоохранения, но также и наличию и доступности в любое время основных лекарственных препаратов и материалов, с гарантией качества и надлежащей информацией, и по цене, доступной для отдельных лиц и всего населения. Концепция основных медикаментов в дальнейшем разрабатывалась для соответствия первоочередным потребностям населения в медицинской помощи с должным вниманием к вопросу здоровья населения, подтверждения эффективности и безопасности и сравнительной экономической эффективности.

Необходимость в усиленных действиях по обеспечению безопасной беременности и родов была четко определена в согласованных на международном уровне целях и задачах, таких как: Международная конференция по народонаселению и развитию (Каир, 1994), Четвертая всемирная конференция по положению женщин (Пекин, 1995) и Декларация тысячелетия ООН, принятая на Саммите тысячелетия в 2000 году в Женеве.

Декларация тысячелетия ООН представляет общие ценности в достижении мира и достойного уровня жизни для каждого мужчины, женщины и ребенка, и насчитывает восемь целей (ЦРТ). Цели 4 (снижение детской смертности) и 5 (улучшение материнского здоровья) относятся непосредственно к матерям и детям, но все восемь имеют отношение к вопросам охраны здоровья матерей и новорожденных (см. приложение 1). Снижение детской смертности напрямую зависит от снижения числа неонатальных смертей, на которые приходится от одной трети до половины всех смертей младенцев. Число неонатальных смертей можно снизить путем увеличения и улучшения услуг медико-санитарной помощи матерям.

На фоне успешных начинаний, предпринятых в конце 90-х годов в сфере охраны перинатального здоровья (Безопасное материнство, Инициатива «Больница, дружественная к младенцу»), Европейское региональное бюро ВОЗ решило начать продвижение

систематического координированного подхода к перинатальной медицинской помощи и начало инициативу ПНПП. В инициативе ПНПП особое внимание уделялось критическому перинатальному периоду, который определен ВОЗ, как период с 22 недели беременности до 7 дня после рождения. Инициатива ПНПП представляла собой усилие Европейского регионального бюро ВОЗ по выполнению обязательства предоставления детям здорового начала в жизни посредством снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, а также путем улучшения репродуктивного здоровья и безопасного материнства, с особым вниманием по отношению к первичной медико-санитарной помощи для улучшения качества услуг, а также путем содействия вовлечению в этот процесс семьи и сообщества.

В 2000 году, признавая необходимость дальнейшего улучшения материнского и перинатального здоровья, и основываясь на опыте, полученном на протяжении более десятилетия существования движения Безопасное материнство, ВОЗ дала старт новой всемирной инициативе Обеспечение безопасной беременности, чтобы поддержать усилия, предпринимаемые по всему миру, по снижению материнской и перинатальной смертности. Эта инициатива основывается на самых последних сведениях и принимает подход систем здравоохранения в равноправном и эффективном обеспечении, доступе и использовании высококвалифицированной медицинской помощи для **всех** женщин и их новорожденных детей, с особым вниманием к малоимущим слоям и группам риска. Эта инициатива вносит свой вклад в достижение ЦРТ ООН, так как широко признано, что существующие усилия не будут достаточными для снижения материнской и детской смертности в той степени, которая необходима для достижения этих целей. Это ощущение безотлагательности действий лежит в основе настоящей региональной стратегии ОББ. В Европейском регионе инициатива ПНПП была внедрена в ОББ в 2001 году, поскольку как принципы ПНПП (приложение 2), так и их структура остаются актуальными для этого региона.

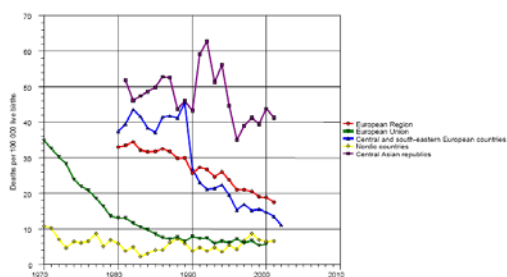
2 Состояние материнского и перинатального здоровья в Европейском регионе сегодня³

Материнское и перинатальное здоровье по-прежнему остается проблемой в Европейском регионе. В 2002 году коэффициент материнской смертности (КМС) в Европейском регионе составлял от 15 до 20 на 100 000 случаев рождения живых детей. Зачастую здоровье матери тесно связано с показателями перинатального здоровья, так как материнская смертность и заболеваемость могут иметь негативное влияние на вероятность выживания новорожденного ребенка. В 2000 году коэффициент перинатальной смертности в регионе составлял приблизительно 9 на 1000 появившихся на свет детей. К тому же эти данные недооцениваются – в Европейском Союзе и странах Северной Европы занижение сведений в официальной статистике оценивается в размере до 67%, а в других странах неизвестно. Отчеты также показывают, что истинные коэффициенты перинатальной и неонатальной смертности могут быть в 2-3 раза больше, чем следует из официальных данных в странах СНГ. В основе этих поразжающей неточности лежит тот факт, что учет естественного движения населения, системы мониторинга больниц и исследования настолько низкого качества, что многие смерти матерей и их детей попросту не учитываются.

Рис. 1 Количество материнских смертей на 100 000 рождений живых детей по группам стран в регионе, 1970-2002 гг.

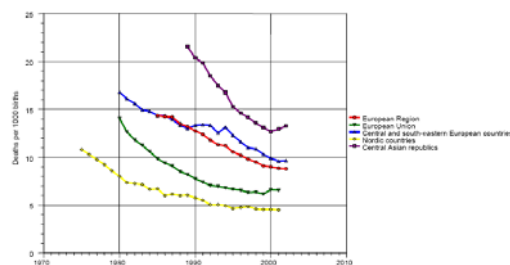
и рис. 2 Количество перинатальных смертей на 1000 рождений по группам стран в регионе, 1970-2002 гг.

Материнская смертность в Европейском регионе



Source: European health for all database. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 31 March 2005).

Перинатальная смертность в Европейском регионе



Source: European health for all database. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 31 March 2005).

Рис. 1 показывает, что за этими средними показателями материнской смертности скрыты значительные различия между группами стран в этом регионе. КМС в среднеазиатских республиках остается, по меньшей мере, вдвое выше региональных средних показателей и, несмотря на то, что различия между Европейским Союзом, странами Северной Европы и другими группами стран в последние годы уменьшились, все же между странами сохраняется большое различие. Что касается прогресса, несмотря на обнадеживающую тенденцию снижения показателей на рис. 1, в некоторых странах материнская смертность существенно снизилась, но продолжает оставаться слишком высокой (например, в одной

³Все данные в этом разделе, к которым не приводится сноска, взяты из Европейского регионального бюро ВОЗ, Европейской базы данных «Здоровье для всех» (база данных ЗДВ), Материнская смертность, октябрь 2007 г.

восточноевропейской стране наблюдалось снижение с 84 на 100 000 в 1985 году до 34 в 2002 году), а в других странах изменения незначительны или же вовсе отсутствуют (например, в некоторых среднеазиатских странах было снижение с 34 в 1985 году лишь до 33 в 2002 году). Более тревожно то, что есть некоторые страны, в которых показатели смертности начали расти (например, на Кавказе с 10 на 100 000 в 1995 году до 20 в 2002). Также нужно помнить о том, что КМС выражает степень риска, с которым сталкиваются женщины при каждом родах, а также то, что в ситуации высокой фертильности женщин, они сталкиваются с этим риском неоднократно на протяжении своей жизни. На рис. 2 показано, что ситуация с неонатальной смертностью также неоднородна в разных частях региона. Коэффициенты неонатальной смертности в ЦАР почти в три раза выше, чем в странах Северной Европы, и рост, наблюдавшийся в Азиатских республиках с 2000 года, является предметом большого беспокойства. Подводя итог вышесказанному, ситуация в Европе, хотя и в среднем обнадеживающая, все же характеризуется огромным неравенством, и не во всех странах наблюдается улучшение показателей выживаемости матерей и детей.

Различия между странами это лишь часть дела – внутри страны также могут быть ошеломляющие различия в показателях смертности. В пределах Европейского региона сегодня существуют подгруппы и районы, где показатели смертности матерей и детей настолько же высоки, как и в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, или в Южной Азии. Практически повсеместно, среди сельского населения уровень смертности выше, чем среди городского, показатели значительно разнятся в зависимости от этнической принадлежности или уровня благосостояния, а отдаленные районы несут несоизмеримое бремя высокой смертности. В Соединенном Королевстве, где предпринимаются консолидированные шаги по тщательному сбору и анализу данных для выявления проблем, несмотря на то, что уровень материнской смертности низок, среди чернокожих женщин африканских этнических групп вероятность смерти в семь раз выше, чем среди белых женщин⁴. В городских районах риск материнской и перинатальной смерти среди женщин, живущих в трущобах, зачастую, существенно отличается от риска среди женщин, живущих в богатых окрестностях города. Недавно прибывшие мигранты, беженцы и ищущие убежища в странах региона также испытывают недостаток в медицинской помощи и иногда скрывают беременность от поставщиков услуг.

Смертность – не единственная проблема. Цифры, отражающие инвалидность и болезни женщин, связанные с беременностью и родами, до сих пор не известны, но они намного превышают показатели смертности. Статистика материнской заболеваемости в европейских странах, например, эклампсии, разнится от 0,3 до 3,0, гистерэктомии от 0,1 до 0,9 на 1000 рождений⁵, в то время как показатели тяжелых послеродовых кровотечений составляют около 4,4 и сепсиса 0,7 на 1000 рождений. Для сумевших выжить новорожденных также существуют тяжкие последствия, выражающиеся в различных заболеваниях и нарушениях.

Каковы причины плохого здоровья и выживания среди беременных женщин, матерей и новорожденных?

⁴ Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (2003) Why mothers die 200-2002 [Конфиденциальное обследование в области здоровья матери и ребенка (2003) В чем причина смерти матерей], Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press, London.

⁵ Alexander S et al: Maternal health outcomes in Europe [Показатели материнского здоровья в Европе]. European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology, 11, S78-S87, 2003

Определяющие факторы хорошего перинатального и материнского здоровья и выживания многогранны. Первостепенная причина ухудшения здоровья и высоких показателей смертности связана с самими системами здравоохранения – они попросту недостаточно хорошо справляются с существующими проблемами здоровья. Но существуют также проблемы, находящиеся за пределами сектора здравоохранения, – низкий уровень образования, бедность, плохо развитые транспортные сети, недостаточно высокий уровень безопасности, законности и порядка также являются важными определяющими факторами состояния здоровья. В заключение, у женщин существуют проблемы в домашних хозяйствах и сообществах, в которых они живут – недостаточная забота о самих себе в домашних условиях и задержки в поиске медицинской помощи в местах, где женщина не имеет права самостоятельно принимать такие решения. Часто, связь между поставщиками услуг и населением, которое они призваны обслуживать, недостаточно крепка для эффективного поиска медицинской помощи, чтобы разрушить барьеры между домом и медицинскими сферами.

2.1 Системы здравоохранения недостаточно сильны

2.1.1 Управление систем здравоохранения несовершенно и неэффективно

В некоторых странах региона, особенно в тех, где материнская смертность наиболее высока, политические обязательства не направлены на улучшение здоровья матерей и новорожденных, и нет долгосрочного комплексного подхода или политического курса⁶. Возможности для установления приоритетов в вопросах здоровья матерей и новорожденных появляются во время проведения реформ в области здравоохранения, в дискуссиях по Стратегии снижения уровня бедности (ССУБ) и секторальному подходу (SWAp), где таковые имеются. Кроме того, в странах с закостенелым неравенством зачастую слишком мало политической воли для того, чтобы исправить ситуацию, если оказавшиеся исключенными не представляют важных и влиятельных кругов электората. Области здравоохранения в этих странах могут страдать от неэффективного руководства и недостатка сотрудничества с ключевыми партнерами. Происходит частая смена политических лидеров и руководителей в Министерствах здравоохранения и связанных с ними учреждениях, что приводит к неустойчивости ситуации. В некоторых регионах наблюдается отсутствие традиции совместного принятия решений, а старая модель командно-административного управления уже не дееспособна. В таких условиях также очень низок уровень общественного доверия к здравоохранению, и люди не верят, что руководители органов здравоохранения располагают возможностями и имеют желание внести необходимые совершенствования. В Албании, например, реформа в секторе здравоохранения проводилась в условиях политической нестабильности, тяжелых и следующих друг за другом кризисов и экономических трудностей, включая крайние формы бедности. В таких проблемных условиях реформа в системе здравоохранения может быть загублена неуместными инициативами и неадекватными действиями⁷.

⁶ World Health Organisation (2005) Make every mother and child count [Создание условий для учета каждой матери и каждого ребенка], World Health Report 2005, WHO, Geneva

⁷ Nuri, B. In: Tragakes, E., ed. (2002) Health care systems in transition: Albania. [Системы здравоохранения в переходном периоде: Албания]: Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 4(6). <http://www.euro.who.int/document/e68282>.

Несмотря на то, что нормативная и законодательная среда во многих странах региона поддерживает охрану здоровья матерей и новорожденных – эта ситуация не является закономерностью для всего региона в целом. В некоторых странах излишние ограничения в действующем законодательстве и нормативных актах ограничивают совершенствование служб здравоохранения. В первую очередь это касается ограничений в лицензировании и работе акушерок и других работников здравоохранения, которым в настоящее время не позволено предоставлять свои услуги в полном масштабе. Управленческие учреждения, обеспечивающие соблюдение правил сферы практики для установления стандартов, не всегда ставят цель защиты пациентов как первоочередную⁸. Работники здравоохранения также зачастую не защищены от чрезмерного количества судебных исков в случае врачебных ошибок. В плане инфраструктуры также существуют качественные ограничения, основанные на законодательстве. Часто нет норм и стандартов, которые могли бы гарантировать постоянное наличие и равноправный доступ к необходимым медикаментам, оборудованию и средствам, соответствующим международным стандартам качества. Это может составить проблему на государственном, региональном, а также местном уровне.

Женщинам и их семьям правовые и политические барьеры, существующие в некоторых странах, препятствуют полному и равноправному доступу к информации о репродуктивном здоровье, образованию и услугам, включая планирование семьи, лечение ИППП и, где это разрешено законом, медицинской помощи в случае аборта. Благоприятная правовая среда для ухода за молодыми беременными женщинами и их новорожденными, а также за работающими женщинами, требует особого внимания. В действительности во многих странах по-прежнему нет повсеместного охвата, и часто незарегистрированные мигранты не могут реализовать свое право на медицинскую помощь, а женщины часто оказываются незащищенными от насилия и сексуальных надругательств или же не имеют возможности получить доступ к лечению и дружественной медицинской помощи для устранения последствий. Партнерство между руководителями системы здравоохранения и министерствами труда и социального обеспечения зачастую не обеспечивают условий, позволяющих женщине сочетать материнство и работу.

2.1.2 В среде работников и инфраструктуры здравоохранения есть недостатки и изъяны

Низкоквалифицированные кадры довольно часто становятся реальностью в странах Европейского региона: и это представляет собой ограничение системы здравоохранения, которое, по мнению многих, является основным барьером в совершенствовании услуг. Знания, навыки, отношение, эффективность и мотивация в коллективах работников здравоохранения на всех уровнях системы предоставления медицинской помощи являются зачастую неоптимальными. Во многих странах основной проблемой является недостаточное количество работников здравоохранения, пытающихся предоставить основные услуги на каждом уровне медицинской помощи. Основываясь на текущем положении дел с количеством работников здравоохранения в регионе, очевидно, что страны во всех частях региона испытывают дефицит в акушерках, ответственных за предоставление женщинам и их новорожденным надлежащей медицинской помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи. Также в некоторых странах недостает семейных врачей, медиков с навыками и

⁸ World Health Organization (2006) *Working together for health [Совместная работа на благо здоровья]*, World Health Report 2006, WHO, Geneva

опытом работы в области акушерства и неонатальной помощи, а также таких специальностей, как анестезиологов, медицинских сестер и лаборантов. Во многих учреждениях также требуются дополнительные руководители и другие специалисты для обеспечения эффективного планирования и управления. Структурная жесткость, препятствующая гибкому графику работ, часто является помехой непрерывной трудовой деятельности женщин и их карьерному росту⁹.

Важным фактором, являющимся причиной нехватки человеческих ресурсов, является высокий уровень миграции медицинских работников и соответствующая утечка мозгов¹⁰. Практически все страны региона страдают от географически несбалансированного распределения кадров в области здравоохранения, и в первую очередь это касается врачей терапевтов. Во всех странах, практически неизменно, значительно более высокая концентрация терапевтов наблюдается в городских населенных пунктах, нежели чем в сельских¹¹. Сегодня медицинские работники находятся на глобальном рынке труда, где на текучесть кадров влияет не только движение между государственным и частным сектором и между городскими и сельскими районами, но также и международная миграция¹².

Помимо проблем, связанных с обеспечением и распределением работников здравоохранения, насущными проблемами во многих странах региона также являются неэффективность профессиональной структуры, несоответствующая система коммуникаций, недостаток навыков культурных и межличностных отношений, недостаток знаний и технических навыков. Часто работникам здравоохранения, занимающимся беременностью и родами, недостает нормального понимания гендерной динамики, которая может обуславливать поведение мужчин и женщин в их сообществах. Работники здравоохранения в некоторых странах обучались по несоответствующему или устаревшему учебному плану, в который не входят ключевые дисциплины¹³. В некоторых странах рабочая среда, условия труда и руководство также не соответствуют нормам. Возникающий в результате этого низкий уровень мотивации означает, что удержать высококвалифицированных специалистов может оказаться сложной задачей. В настоящее время во многих странах региона оплата труда находится на низком уровне.

Медицинские кадры в некоторых странах региона не могут полагаться на функционирующую инфраструктуру здравоохранения, которая должна обеспечивать соответствующее оборудование, постоянное наличие основных медикаментов, аппаратуры и материалов. В

⁹ World Health Organization (2006) *Human Resources for Health in the WHO Europe Region* [Человеческие ресурсы здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ] WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark online at <http://www.euro.who.int/document/E88365.pdf%20%20cited%20> от 26/07/06

¹⁰ WHO Regional Office for Europe (2005) *Maternal and newborn health in the WHO European Region: the challenges and the way forward* [Здоровье матерей и новорожденных в Европейском регионе ВОЗ: проблемы и дальнейшие шаги] - Fact sheet EURO/03/05 Copenhagen, Denmark online at <http://www.euro.who.int/document/Mediacentre/fs0305e.pdf> 19/07/06

¹¹ Zurn, P., Dal Poz, M., Stilwell, B., & Adams, O. (2002) *Imbalances in the Health Workforce* [Неравномерное распределение работников здравоохранения] – Briefing Paper World Health Organization, Geneva http://www.who.int/hrh/documents/en/imbalance_briefing.pdf 08/08/06

¹² World Health Organization (2006) *Human Resources for Health in the WHO Europe Region* WHO Regional Office for Europe [Человеческие ресурсы в здравоохранении в Европейском регионе ВОЗ], Copenhagen, Denmark online at <http://www.euro.who.int/document/E88365.pdf%20%20cited%20> 26/07/06

¹³ Borowitz, M., Massoud, R., and McKee, M. (2004) *Improving the quality of health systems* [Улучшение качества системы здравоохранения], in Figueras, J., McKee, M., Cain, J. and Lessof, S. (eds) *Health Systems in Transition: Learning from Experience*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Copenhagen

очень многих странах плохо поддерживается физическая инфраструктура, так что оборудование часто находится в нерабочем состоянии, а поставки лекарственных препаратов и расходных материалов ненадежны. В некоторых странах государственный перечень основных медикаментов не включает даже базовых акушерских лекарственных средств, или же этот перечень устарел. Плохая планировка зданий, несоответствующие структурные условия и техническое обслуживание, а также нехватка функционирующего оборудования ограничивают деятельность медицинских учреждений¹⁴. Множество смертей происходит из-за того, что по-прежнему отсутствует соответствующая инфраструктура медицинской помощи, она не используется, недоступна или плохого качества, что подвергает женщин и их детей огромной опасности.¹⁵ Постоянные проблемы с подачей электроэнергии в некоторых странах также препятствуют работе на вторичном и третичном уровне, и по имеющимся сообщениям смерти на операционном столе происходят во время отключения подачи электроэнергии¹⁶.

Кроме того – возможность мониторинга и совершенствования услуг затрудняется слабыми системами информирования. Существующие источники данных зачастую используются не в полной мере, сбор данных проводится не должным образом, и недостаточно опыта статистического учета, в особенности для отслеживания улучшений состояния здоровья среди различных подгрупп населения. Запись актов гражданского состояния и системы управленческого учета в здравоохранении во многих странах нуждаются в совершенствовании. Неполное отражение информации о случаях смерти среди матерей в официальной статистике оценивается в размере до 22% во Франции и 67% в Финляндии¹⁷. Аналогичная ситуация наблюдается и с перинатальной и неонатальной смертностью, где несколько отчетов показывают смертность в 2-3 и более раза выше, чем следует из официальных источников в странах СНГ¹⁸. Недостаточная достоверность имеющихся сведений и регистрации рождений или смертей могут привести к тому, что материнская и перинатальная смертность окажется неучтенной во многих странах региона. Большое количество родов может быть не зарегистрировано, частично по причине платы за регистрацию. Таким образом, роды, которые должны были быть зарегистрированы как преждевременные, перинатальная смерть или роды в домашних условиях попросту оказываются неучтенными.

¹⁴ McKee, M., Healy, J., & Falkingham, J. eds. (2002) *Health care in central Asia* [Здравоохранение в Средней Азии] European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press: Buckingham online at <http://www.euro.who.int/document/e74484.pdf> 10/08/06

¹⁵ WHO Regional Office for Europe (2005) *Maternal and newborn health in the WHO European Region: the challenges and the way forward* [Здоровье матерей и новорожденных в Европейском регионе ВОЗ: проблемы и дальнейшие шаги]- Fact sheet EURO/03/05 Copenhagen, Denmark online at <http://www.euro.who.int/document/Mediacentre/fs0305e.pdf> 19/07/06

¹⁶ Gamkrelidze, A., Atun, R., Gotsadze, G., & MacLehose, L., eds. *Health care systems in transition: Georgia*. [Системы здравоохранения в переходный период: Грузия] Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2002: 4(2). <http://www.euro.who.int/document/E75489.pdf>

¹⁷ Denexu-Tharaut C, Ber G, Bouvier-Colle MH, Gissler M, Harper M, Nannini A, Alexander S, Wildman K, Breart G, Buekens P: Underreporting of Pregnancy-Related Mortality in the United State and Europe [Занижение показателей смертности, связанной с беременностью, в Соединенных Штатах и Европе], *Obstetrics & Gynecology*, vol. 106, n. 4, October 2005.

¹⁸ How high is infant mortality in Central and Eastern Europe and the CIS? [Насколько высок уровень младенческой смертности в Центральной и Восточной Европе и СНГ?] Innocenti working papers N95, 2003.

2.1.3 Медицинское обслуживание плохо организовано

В каждой стране региона существуют свои проблемы в области предоставления услуг. Одна общая для всех черта заключается в том, что существующие ресурсы не организованы должным образом, а конфигурация услуг могла бы быть более эффективной. Часто распределение ресурсов в секторах здравоохранения крайне ассиметрично, существуют значительные региональные расхождения, и основная масса средств затрачивается на стационарное лечение. В худших случаях, системы технически неэффективны, где медицинская помощь предоставляется неумеренным и несоответствующим образом, включая чрезмерную медикализацию, присутствует низкий уровень медицинского образования и фрагментация услуг в сочетании с недостаточным межпрофессиональным и многоотраслевым сотрудничеством. В частности, роль больниц может переоцениваться при полном пренебрежении к оказанию первичной медико-санитарной помощи¹⁹. Порой даже несложные материнские и неонатальные случаи в некоторых районах могут привести к длительному пребыванию в больнице, что экономически неэффективно и не учитывает мнение пациентов²⁰.

В некоторых странах полный пакет основных научно-обоснованных вмешательств в случаях оказания помощи матерям и новорожденным доступен не каждому. Из этого пакета услуг опускаются некоторые элементы, тогда как он должен включать квалифицированную помощь во время беременности, родов, постнатального периода, как для матери, так и для новорожденного, оказание услуг в сфере планирования семьи и, где это разрешено законом, проведение аборта и медицинскую помощь после аборта. Зачастую нет разработанных или внедряемых современных научно-обоснованных стандартов и протоколов, применяемых ко всему спектру услуг. Во многих случаях, действительно, совершенно отсутствует культура научно-обоснованного принятия решений в среде людей, ответственных за разработку политических стратегий, среди руководителей, преподавателей или клиницистов²¹. Международная база научно-обоснованных данных – в настоящее время все более доступная и всесторонняя – во многих странах не используется для разработки стандартов в сфере лечебной работы и применения соответствующих вмешательств. Не используется она и в сфере эффективного управления, организации и систематизации услуг с целью их преобразования в экономически эффективные модели медико-санитарной помощи. Вместо этого в отношении женщин по-прежнему используются несоответствующие процедуры, а развитие системы здравоохранения во многих странах является неэффективным и расточительным. Там, где в развитии систем использовались количественные нормы, такие как, койко-место, количество терапевтов или учреждений на душу населения, результатом стала чрезмерно высокая вместимость больниц, высокое число госпитализаций, ненужная

¹⁹ McKee, M., Healy, J., & Falkingham, J. eds. (2002) *Health care in central Asia* [Здравоохранение в Средней Азии] European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press: Buckingham online at <http://www.euro.who.int/document/e74484.pdf> 10/08/06

²⁰ WHO Regional Office for Europe (2005) *Maternal and newborn health in the WHO European Region: the challenges and the way forward* [Здоровье матерей и новорожденных в Европейском регионе ВОЗ: проблемы и дальнейшие шаги]- Fact sheet EURO/03/05 Copenhagen, Denmark online at <http://www.euro.who.int/document/Mediacentre/fs0305e.pdf> 19/07/06

²¹ Borowitz, M., Massoud, R., and McKee, M. (2004) *Improving the quality of health systems* [Повышение качества систем здравоохранения], in Figueras, J., McKee, M., Cain, J. and Lessof, S. (eds) *Health Systems in Transition: Learning from Experience*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Copenhagen

госпитализация, длительное пребывание в больнице и большое количество медицинского персонала, но в то же время низкое качество оказания услуг²².

В основе неэффективного предоставления медицинских услуг в некоторых районах лежит плохое функционирование системы направления. Там, где нет эффективной, работающей 24 часа в сутки 7 дней в неделю, системы направления для тех женщин – количество которых оценивается в размере как минимум 7-15% населения каждой страны – которые сталкиваются с осложнениями во время беременности, родов или после родов, там жизни женщин и их новорожденных, очевидно, находятся под угрозой. Недостающее звено может находиться в пределах одного учреждения, между учреждениями или между домами женщин и этими учреждениями. В районах, где действует такая система, часто встречающимися явлениями являются: несвоевременность, несоответствующее реагирование на социальные проблемы и проблемы здоровья (такие как домашнее насилие) и неравноправное лечение, а иногда отсутствие механизма обратной связи с исходным пунктом направления или медицинским работником.

Опыт показывает, что многие специалисты, особенно врачи более старшего возраста, испытывают неудобства при введении изменений, которые могут быть необходимы для совершенствования формы и содержания медицинской помощи, особенно тех, которые могут включать предоставление полномочий пациентам, проведение коллегиальных оценок, коллективную работу и раскрытие информации и распределение полномочий²³. Механизмы повышения качества отсутствуют в некоторых странах и не работают в других. Критерии соответствующего направления и рационального использования лекарственных препаратов и надлежащего использования технологий часто нуждаются в улучшении качества, и даже в самых богатых странах существуют учреждения, не соответствующие стандартам качества, или даже устаревшие. Проверки обычно плохо организованы или вовсе отсутствуют. Результаты проверок качества также могут не должным образом распространяться или же имена главных действующих лиц могут быть опущены из информации, предназначенной для общего пользования. Открытость, доверие, мотивация и обязательства лежат в основе культуры качества. Но часто традиционные практики и отношение к властям, взаимопомощь и личная ответственность активно препятствуют совершенствованию. Они создают культуру заниженных ожиданий (от общественности и специалистов), вертикальные структуры управления, ограниченную информацию и негативное отношение к отчетности и ответственности. Ошибки скрываются или возлагаются на отдельных лиц, вместо того, чтобы использоваться как возможность совершенствования системы и уменьшения степени вреда; контроль качества рассматривается как разновидность проверки, больше контролирующей, нежели чем поощряющей совершенствование системы²⁴.

Ключевой проблемной зоной во многих системах здравоохранения является недостаточное сотрудничество между службами помощи матерям и новорожденным и другими программами

²² (McKee et al; 2002). McKee, M., Healy, J., & Falkingham, J. eds. (2002) *Health care in central Asia* [Здравоохранение в Средней Азии] European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press: Buckingham online at <http://www.euro.who.int/document/e74484.pdf> cited 10/08/06

²³ Shaw, C.D., & Kalo I. (2002) *A background for national quality policies in health systems* [Основа для национальных стратегий повышения качества систем здравоохранения] WHO Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark online at <http://www.euro.who.int/document/e77983.pdf> 10/08/06

²⁴ Shaw, C.D., & Kalo I. (2002) *A background for national quality policies in health systems* [Основа для национальных стратегий повышения качества систем здравоохранения] WHO Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark online at <http://www.euro.who.int/document/e77983.pdf> 10/08/06

в сфере здравоохранения. Вопросы просвещения в сфере здравоохранения, гигиены окружающей среды, вакцинации, питания, планирования семьи и выживаемости детей, а также профилактики и лечения ИППП (с особым вниманием по отношению к сифилису), ВИЧ и малярии могут решаться более эффективно и результативно, при использовании служб медико-санитарной помощи матерям и новорожденным в качестве отправной точки. Беременность может быть единственным периодом, когда женщины репродуктивного возраста обращаются в медицинские учреждения. Например, туберкулез вновь возник в регионе в 90-е годы после непрерывного 40-летнего спада, а сегодня он представляет собой огромную и растущую угрозу для Казахстана, Румынии, Российской Федерации, Украины и Узбекистана, наиболее пострадавших стран, насчитывающих более половины всех случаев заболевания туберкулезом в регионе. Неэффективные подходы к диагностике и лечению, недостаточный охват услуг эффективного лечения и официального документирования, а также недостаточное сотрудничество внутри слабых и приходящих в упадок систем здравоохранения были признаны главными причинами этого роста²⁵. Эффективное сотрудничество с программами, работающими с гендерными вопросами, здоровьем молодежи, предупреждением насилия, мигрантами и вынужденными переселенцами, а также кризисными и непредвиденными ситуациями зачастую отсутствует, а обучение, просвещение в вопросах здоровья, отчетность и мониторинг часто оказываются фрагментарно распределенными по всем программам общественного здравоохранения.

2.1.4 Бюджеты и финансовая защита неэффективны и неустойчивы

Зачастую на расширение доступности услуг по охране здоровья матерей и новорожденных выделяется недостаточная доля валового внутреннего продукта (ВВП). В тех странах, где показатели материнской и неонатальной смертности наиболее высоки, не наблюдается соответствующего финансирования и эффективного управления этими ресурсами. В эру реформ в системе здравоохранения, SWAp и других финансовых механизмов, таких как стратегии снижения уровня бедности, распределение затрат и прямая поддержка бюджета, здоровье матерей и новорожденных может оказаться забытым или же вопросом, не затронутым целенаправленно, а соответствующие расходы и распределение средств часто не прослеживаются.

Данный дефицит в централизованном финансировании переносится на женщин и их семьи, для которых наличные платежи или платежи в натуральной форме часто являются необходимыми в момент предоставления услуг. Например, в Грузии бесплатная пренатальная помощь включает только четыре дородовых визита после третьего месяца беременности и возможно два дополнительных визита, требующих некоторой доплаты²⁶. Любые дополнительные или более ранние необходимые визиты должны оплачиваться пациентом. В некоторых странах, где имеются системы страхования, организация страховых платежей часто не является подотчетной, распределение взносов в фонд медицинского страхования между богатыми и бедными происходит зачастую очень несправедливо, а административная

²⁵ Regional Committee for Europe Fifty-fifth session (September 2005) The WHO Regional Office's Strategy on the Millennium Development Goals in Europe [Пятьдесят пятая сессия Европейского регионального комитета (сентябрь 2005) Стратегия регионального бюро ВОЗ по целям развития тысячелетия в Европе] Бухарест, Румыния, Provisional agenda item 6(e) EUR/RC55/Inf.Doc./117 June 2005 53699 интернет ссылка <http://www.euro.who.int/document/rc55/einfdoc01.pdf> 17/07/06

²⁶ Gamkrelidze, A., Atun, R., Gotsadze, G., & MacLehose, L., eds. Health care systems in transition: Georgia. [Системы здравоохранения в переходный период: Грузия] Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2002: 4(2). <http://www.euro.who.int/document/E75489.pdf>

экономическая эффективность администрирования финансового покрытия часто неудовлетворительна. Действительно, расчет наличными, как правило, способствуют неравноправному распределению, поскольку они возлагают тяжелое бремя на социально незащищенные и менее платежеспособные группы²⁷. В некоторых странах наличные платежи стали доминирующим средством финансирования, составляющим 50-80% всех доходов здравоохранения. Минимальное финансирование, проходящее через источники предоплаты, и высокий уровень наличных платежей объясняют низкие темпы в достижении справедливости в финансовых вложениях в этих странах. В сущности, с начала 90 годов в большинстве стран с переходной экономикой финансирование здравоохранения стало менее равноправным²⁸.

2.2 Жизнь некоторых женщин не способствует хорошему здоровью

Многие основные определяющие факторы слабого здоровья женщин и новорожденных находятся вне пределов досягаемости сектора здравоохранения. Эти коренные причины слабого здоровья в основном остаются без внимания, особенно в самых бедных странах и среди наиболее неимущих групп населения. Низкий уровень дохода, неудовлетворительный уровень образования, проблемы с продовольственной безопасностью, загрязнение водных ресурсов и окружающей среды, неудовлетворительные санитарные условия, отсутствие хороших транспортных сетей и вопросы безопасности, все это может существенно влиять на показатели здоровья матерей и новорожденных. Многие из этих факторов могут увеличивать риски и подверженность заболеваниям. Они также могут снижать спрос на услуги здравоохранения, что может быть связано с низкими уровнями обращения за медицинской помощью, покрытия и соответствия нормам. Неоправданно повышенное внимание к улучшению только той стороны здравоохранения, которая связана с его снабжением, снизит эффективность попыток улучшить здоровье матерей и новорожденных из-за несоответствующего спроса на услуги, или слабого сотрудничества со службами и, соответственно, не приведет к желаемому эффекту.

Глубокое понимание определяющих факторов, влияющих на здоровье женщин и новорожденных, является ключевым в разработке эффективных стратегий общественного здравоохранения. Огромное количество обследований и новые факты, приведенные в Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2005²⁹ год, четко определили ту роль, которую социальные факторы, такие как низкий уровень образования³⁰, нехватка транспорта³¹ и

27 World Health Organization (2002) The European health report 2002 [Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002] WHO Regional Office for Europe, Copenhagen Интернет адрес <http://www.euro.who.int/europeanhealthreport> цитата 14/07/06

28 World Health Organization (2002) The European health report 2002 [Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002] WHO Regional Office for Europe, Copenhagen Интернет адрес <http://www.euro.who.int/europeanhealthreport> 14/07/06

29 World Health Organisation (2005) Make every mother and child count [Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка], World Health Report 2005, WHO, Geneva

30 Grossman, M. and Kaestner, R. (1997) Effects of education on health [Влияние образования на здоровье] в Behrman, J. and Stacey, N. (eds) The Social Benefits of Education [Социальные выгоды образования], Ann Arbor, University of Michigan Press, US

31 Thompson, R. , Miller, N. and Witter, S. (forthcoming) Health seeking behaviour and urban/rural differences in Kazakhstan [Поведение, определяющее обращаемость за медицинской помощью, и различия между сельскими/городскими районами], Health Economics

этническая принадлежность³², играют в определении показателей здоровья матерей и детей в регионе. Воздействие данных факторов проиллюстрировано на рис. 3 ниже. Однако фактов, количественно определяющих успех вмешательств на стороне спроса, немного – особенно в странах Европейского региона³³.

³² WHO Regional Office for Europe (1998) *Health Issues of Minority Women living in Western Europe* [Вопросы здоровья женщин из числа меньшинств в западной Европе] Report on a WHO Meeting Copenhagen, Denmark 24–25 November 1997 online at <http://www.euro.who.int/document/e60522.pdf> cited 18/07/06

³³ Ensor, T. and Cooper, S. (2004) *Overcoming barriers to health service access and influencing the demand side through purchasing* [Преодоление барьеров в доступе к услугам здравоохранения и оказание влияния на спрос посредством закупок], Health, Nutrition and Population Discussion Paper, The World Bank, Washington

Рис. 3 Факторы, влияющие на здоровье матерей и новорожденных



Несмотря на то, что роль социальных определяющих факторов ясна, во многих странах они продолжают оставаться в тени, что является одной из основных причин стагнации или замедленного улучшения состояния здоровья матерей и новорожденных, особенно среди беднейших и самых обособленных групп населения. Уровень здоровья матерей и новорожденных не может устойчиво и объективно повышаться без разработки и внедрения стратегий, направленных на улучшение условий социальной жизни и окружающей среды, которые негативно сказываются на показателях здоровья матерей и новорожденных.

2.3 Некоторые женщины, их семьи и сообщества не имеют возможности быть здоровыми

Женщины, их семьи и их окружение порой лишены соответствующих возможностей для обеспечения надлежащей помощи дома, будь то во время беременности или после появления ребенка на свет, они также неспособны принимать здоровые решения касательно своего здоровья и действовать в соответствии с принятым решением, включая решения, связанные с обращением за медицинской помощью в случае необходимости³⁴. Особенно это касается женщин из бедных или обособленных сообществ, для которых данное отсутствие возможностей обнаруживает себя на разных уровнях. Гендерные ограничения могут удерживать некоторых женщин от изъяснения потребности или получения помощи от своих домочадцев. Вмешательство мужчин в процесс оказания помощи может быть минимальным, но крайне необходимым. В ситуациях, где другие члены семьи не вовлечены или не проинформированы, обращение за медицинской помощью также может быть затруднено, особенно если при этом требуются ресурсы.

На другом уровне, связь между местными службами и сообществами, которым они призваны служить, могут быть настолько непрочными, что женщины и их семьи попросту не могут обращаться за помощью в учреждения, расположенные недалеко от них. Это может

³⁴ World Health Organization, (2004) Working with Individuals, Families and Communities to Improve Maternal and Newborn Health [*Работа с отдельными лицами, семьями и сообществами для улучшения здоровья матерей и новорожденных*], WHO Geneva, ВОЗ Женева

происходить по причине дискриминации или нехватки ресурсов, или же попросту из-за равнодушия при оказании помощи или плохо организованной деятельности по оказанию услуг. Во многих подобных случаях вовлечение представителей местного гражданского общества, таких как, женские группы, в разработку и мониторинг услуг, было минимальным, а предоставление услуг оказывается культурно отдаленным от людей, на которых оно должно быть направлено. В других случаях могут быть группы с особыми потребностями, например, подростки, чьи потребности не получают внимания или же активно игнорируются местными службами (например, в местах, где услуги предоставляются только замужним женщинам). В других случаях, там, где предпринимаются попытки по улучшению качества услуг и приданию им большей отзывчивости, результаты проверок и контрольных оценок зачастую общественно недоступны или должным образом не распространяются, либо усилия или исследовательские экспертные оценки могут быть недостаточными для определения конкретных проблем, с которыми сталкивается местное население при обращении или получении услуг.

3 Цель, задачи и принципы

3.1 Цель и задача Европейского стратегического подхода к ОББ

Целью стратегии ОББ в Европейском регионе является улучшение материнского и перинатального здоровья.

Задача заключается в обеспечении безопасной беременности и рождения ребенка посредством равноправного и эффективного предоставления качественной и высококвалифицированной помощи для всех женщин и их новорожденных младенцев, обеспечения доступа к этой помощи и ее использования, с особым вниманием по отношению к бедным слоям населения и группам риска.

3.2 Руководящие принципы

Следующие основные ценности и операционные принципы лежат в основе философии и формируют основу для разработки регионального стратегического подхода.

3.2.1 Основные ценности

При разработке стратегического подхода, продвигающего **права** женщин и новорожденных до максимально высоких норм в области здравоохранения, учитывались согласованные на международном уровне декларации по правам человека и всемирного консенсуса. Для того чтобы обеспечить соблюдение этих прав, политики, программы и вмешательства должны продвигать принципы **гендерного равенства**, как основу программ охраны здоровья матерей и новорожденных.

Основными ценностями являются: **повсеместный охват** для обеспечения **равноправного доступа** к качественной медицинской помощи, независимо от социально-экономического статуса, с особым вниманием по отношению к бедным слоям населения и недостаточно обслуживаемым группам населения, гарантируя выживание и хорошее здоровье всем женщинам во время беременности и родов и здоровое начало жизни новорожденным. Эти ценности также должны гарантировать **реагирование** правительств на нужды всех граждан, особенно обеспечения гарантий доступа к системе здравоохранения, включая здоровое воспроизведение, для бедных и обособленных групп, и особого внимания не только к снижению уровня материнской и перинатальной смертности, но и к улучшению здоровья матерей и новорожденных.

3.2.2 Принципы деятельности

Факты продемонстрировали, что не всегда возможно предсказать у какой женщины или новорожденного разовьются осложнения; многие осложнения возникают среди женщин и детей, которые не относятся к группе высокого риска. Следовательно, для уменьшения смертности при беременности и родах, нужны гарантии эффективного **непрерывного спектра медицинской помощи**, который распространяется от домашнего хозяйства до центра

направления, и включает всю помощь матери и новорожденному, в том числе своевременное и надлежащее лечение осложнений, связанных с беременностью. Эти услуги должны быть доступны для всех женщин и их новорожденных, независимо от их места жительства, обстоятельств беременности и родов, независимо от их социально-экономического положения.

Необходимость в спектре помощи требует соответствующего **подхода к совершенствованию систем здравоохранения** для обеспечения устойчивого развития здоровья матерей и новорожденных. Этот спектр должен покрывать все уровни системы здравоохранения, от домашнего хозяйства до уровня первой помощи, до самого высокого уровня, в соответствии с конкретными потребностями в случае каждой матери или новорожденного. Беременным женщинам, недавно рожавшим женщинам, и, особенно, женщинам, находящимся в процессе родов, необходимо присутствие определенной цепочки лиц и условий оказания помощи, особенно, когда у них или их младенца возникает осложнение. Связи в этой цепочке должны быть достаточно сильными для эффективного ведения случаев осложнений, опасных для жизни. Этот спектр также включает в себя передачу соответствующей информации между лицами, оказывающими помощь.

Пакет оказываемых услуг должен включать в себя **научно-обоснованные экономически-эффективные вмешательства**, которые доказали свою осуществимость даже в условиях ограниченных ресурсов. Эти вмешательства должны осуществляться в соответствии с высокими стандартами и нормами для эффективного ведения, как нормальных случаев, так и осложнений. Есть большая необходимость исключить злоупотребление научно-необоснованными вмешательствами, которые не приносят пользы или представляют угрозу для безопасности. Научно-обоснованные вмешательства должны заменить существующие научно-необоснованные практики, а не просто дополнять их. Решение вопроса потребностей поставщиков услуг и взглядов сообщества, особенно женщин, на качество предоставления услуг – это ключ к обеспечению улучшенного качества и доступа и применения.

С начала движения **первичной медико-санитарной помощи** здоровье матерей и детей сформировало основу для медицинского обслуживания, которое должно быть интегрированным, комплексным, охватывающим все части населения. Чтобы выполнить задачи первичной медико-санитарной помощи, медицинское обслуживание женщин и новорожденных должно быть подкреплено программами репродуктивного здоровья (такими как планирование семьи) и быть тесно связано с другими ключевыми компонентами первичной медико-санитарной помощи (вакцинация, гигиена окружающей среды, питание, гигиена, неотложные случаи и выживание ребенка), а также с профилактикой и лечением туберкулеза, малярии (в областях распространения), ИППП и ВИЧ. Вопросы всех этих услуг можно эффективно и рационально разрешить, используя услуги по охране здоровья матерей и новорожденных младенцев в качестве отправной точки.

Межсекторальные действия, направленные на основные определяющие факторы здоровья, должны быть приняты при разработке стратегий и планов улучшения здоровья и условий для женщин и новорожденных во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Обеспечение безопасности беременности зависит не только от системы здравоохранения, оно также требует применение **многосекторального подхода**, из-за комплексного набора взаимодействий между многими факторами, которые влияют на показатели материнского и перинатального здоровья.

Должны быть установлены **партнерские отношения** для улучшения доступности ресурсов и их максимально и эффективного использования с устранением ненужного дублирования действий по улучшению здоровья матерей и новорожденных. Партнерские отношения между правительствами, гражданским обществом, группами населения, профессиональными сообществами, международными агентствами и группами доноров доказали свою способность снизить показатели смертности в различных условиях.

Особые усилия следует приложить к тому, чтобы **полагаться на существующие инициативы и деятельность** для максимального использования существующих ресурсов и совместных проектов, избегая дублирования. Региональный стратегический подход продвигает идею использования успешной инициативы ПНПП (список принципов ПНПП см. приложение 2), где большое значение будет иметь участие всех заинтересованных сторон в деле снижения материнской и перинатальной смертности и заболеваемости, принимая во внимание обмен информации об успешных мероприятиях и получение практического опыта государствами-членами.

Грамотное **управление, мир и безопасность** также являются ключевыми компонентами целенаправленных действий по улучшению здоровья и выживаемости матерей и их новорожденных.

4 Стратегические приоритеты

Материнская смертность считалась хорошим показателем действующих систем здравоохранения. Идентификация критических точек в системах здравоохранения, важных для улучшения показателей здоровья женщин и новорожденных, – нелегкая задача, так как определяющие факторы и основополагающие причины распространяются не только на все области систем здравоохранения, но также выходят за их пределы. В этой главе определяются ключевые точки в пределах систем здравоохранения; за их пределами; и, наконец, в рамках домашних хозяйств, которые нуждаются во внимании ввиду снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Приоритетные меры, необходимые для улучшения здоровья матерей и новорожденных, будут, в конечном счете, зависеть от ситуации на местном уровне, от контекста и имеющихся ресурсов. Каждой стране нужно будет определить основные компоненты, нуждающиеся в укреплении, фундамент для установления приоритетных направлений и разработки стратегий обеспечения оптимальной деятельности посредством консультативных процессов, включающих все основные заинтересованные стороны. На основании полученного опыта, следующие приоритетные меры оказались высокоэффективными в обеспечении безопасной беременности, родов и здоровья новорожденных.

4.1 Улучшение показателей работы систем здравоохранения

В рамках шагов по улучшению показателей работы систем здравоохранения ввиду улучшения материнского и перинатального здоровья была принята, как это показано ниже, Структурная схема ВОЗ 2000 для укрепления систем здравоохранения³⁵.



³⁵ World Health Report 2000 [Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000], <http://www.who.int/whr/2000/en/>

Как видно из диаграммы, в системе здравоохранения есть три функции, крайне важные для улучшения ее работы. Это **обеспечение ресурсами, организация предоставления услуг и финансирование**. Чтобы контролировать эти три ключевые функции, также необходимо эффективное **руководство**. Ниже описаны приоритетные шаги по улучшению, которые необходимы каждой из этих функций, которые имеют непосредственное отношение к обеспечению безопасности беременности. Для внесения в вышеприведенную схему поправок на конкретную страну понадобится проделать, по крайней мере, следующее:

- провести анализ ситуации, где существующие показатели эффективности измеряются в показателях цели и задач ОББ.
- определить коренные причины плохой производительности и высказываются возможности улучшения в форме целевых задач производительности.
- сформулировать идеи изменения путей выполнения основных функций систем здравоохранения.

4.1.1 Обеспечение эффективного руководства

Стимулирование политического участия

Политическое участие и управление на высшем уровне критически важно для достижения задач повсеместного доступа к квалифицированной помощи. Правительства являются основными разработчиками долгосрочных стратегических обязательств среди широкого ряда заинтересованных сторон. Для обеспечения непрерывности процесса на всех уровнях также необходим постоянный спрос на действия местных политических и общинных лидеров, и это очень важно для распределения надлежащих ресурсов на охрану здоровья матерей и новорожденных. Вопрос здоровья матерей и новорожденных должен надлежащим образом учитываться при разработке реформ в секторе здравоохранения, которые могут существенно повлиять на предоставление качественной помощи, а также на доступ и использование этих услуг всеми женщинами и их новорожденными.

Построение прочных партнерских отношений

Эффективные партнерские отношения между заинтересованными сторонами и совместная работа всех заинтересованных секторов³⁶ крайне важны для долгосрочно сбалансированной деятельности, которая поможет улучшить материнское и перинатальное здоровье. Все главные заинтересованные стороны: правительство, образовательные учреждения и неправительственные организации, СМИ, общинные и женские группы играют ключевую роль в поддержке усилий по повышению осведомленности в вопросах материнского здоровья и здоровья новорожденных детей. Также, позитивным с практической точки зрения представляется то, что другие программы здравоохранения (например, по ВИЧ/СПИД, ИППП, малярии и т.д.), нацеленные на беременных женщин и новорожденных, способствуют улучшению качества медицинского обслуживания матерей и новорожденных. Следует рассматривать стратегии вовлечения мужчин в оказание поддержки женщинам во время

³⁶ Среди заинтересованных секторов: сектор здравоохранения; образования, финансов и планирования, транспорта и строительства, законов и норм, местного управления, государственного управления и т.д.)

беременности и родов, включая собственные нужды мужчин, как будущих отцов. Также очень важно вовлекать отцов и группы отцов, которые могут улучшить подход семьи к материнству и родам, не препятствуя при этом расширению прав и возможностей женщин.

Продвижение благоприятной законодательной и нормативной среды

Устранение ненужных ограничений в существующем законодательстве и нормативных актах с целью создать благоприятную основу для обеспечения квалифицированной помощи всем женщинам и новорожденным должно значительно способствовать облегчению доступа к медицинскому обслуживанию матерей и новорожденных и улучшению его качества. Комплексная политика кадровых ресурсов должна регулировать работу всех работников здравоохранения, позволяя им предоставлять качественные и своевременные услуги. Также важно, чтобы медицинские работники были защищены от судебных процессов, связанных с врачебными ошибками.

Крайне необходима эффективная нормативно-правовая среда, чтобы обеспечить отчетность государственного и частного сектора ввиду предоставления высококачественной помощи всем женщинам и новорожденным. Возможно, нужно будет пересмотреть и даже изменить законы и политики, чтобы способствовать полному и равноправному доступу к информации о репродуктивном здоровье, образовании и услугах, включая планирование семьи, лечение ИППП и, где это правомерно, помощь при аборте. Особого внимания требует вопрос создания благоприятной среды для оказания помощи молодым беременным женщинам и их новорожденным, а также работающим женщинам.

Обеспечивая присутствие правовых норм и стандартов важно гарантировать, что необходимые лекарства, оборудование и материалы, отвечающие международным стандартам качества, имеются в наличии постоянно и распределяются справедливо. Эти аспекты благоприятного политического климата относятся к национальному, региональному и местному уровню. Интеграция политических мер и инициатив на всех уровнях и во всех секторах может гарантировать, что благоприятная нормативная база будет согласованной и проверенной.

4.1.2 Обеспечение соответствующими и устойчивыми ресурсами для предоставления услуг

Накопление сильных квалифицированных кадров

В системе медико-санитарных услуг должно быть достаточное количество медицинских работников для предоставления основных услуг на любом уровне помощи. Сюда входят акушерки, семейные доктора и квалифицированные медработники с навыками в области акушерства и неонатального ухода, а также анестезиологи, сестры, лабораторные работники и старший руководящий персонал. В некоторых странах может потребоваться законодательные акты, разрешающие медицинским работникам, например акушеркам и фельдшерам³⁷ проходить подготовку и предоставлять эффективные услуги, такие как услуги скорой помощи, прописывание контрацептивов и оказание антенатальной помощи (АНП).

³⁷ Русский эквивалент медсестры, получившей право ведения самостоятельной практики

Крайне важно, чтобы в каждой стране были определены основные требования на всех уровнях оказания помощи для обеспечения достаточного количества и распределения кадров, имеющих необходимые навыки для оказания услуг матерям и новорожденным. Также важно обеспечить, чтобы персонал обладал ключевыми навыками оказания медицинской помощи, включая соответствующие навыки общения, навыки культурного и межличностного общения, которые необходимы для предоставления помощи женщинам, а также навыками сотрудничества с другими поставщиками, женщинами и сообществами.

Главное ограничение во многих странах заключается в обеспечении достаточного количества акушерок для соответствующего оказания медико-санитарной помощи на первичном уровне у женщины на дому или в учреждении: родильный центр, родильный дом, акушерское учреждение, медико-санитарная служба или клиника. В услуги, предоставляемые на данном уровне, входят помощь, необходимая при беременности, родах и во время постнатального периода, а также необходимое ведение случаев первого ряда (включая направление, в случае необходимости) акушерских и неонатальных осложнений. Также важно, чтобы медицинские работники имели навыки работы с женщинами и населением по главным вопросам охраны здоровья. Второй и третий уровень помощи, в дополнение к акушерским услугам, будет охватывать акушерские и неонатальные услуги при осложнениях.

Усовершенствование управления и расширение навыков и возможностей могут максимально повысить эффективность существующих кадровых ресурсов. Важно продвигать политики, которые дают возможность медицинским работникам в полной мере использовать свои профессиональные навыки. Программы подготовки для медицинских работников должны быть усовершенствованы ввиду включения в них таких дисциплин, как эпидемиология и общественное здравоохранение, охрана здоровья и теория и практика консультативных навыков. Важно, чтобы медицинские работники, работающие с беременностью и родами, понимали гендерную динамику в своих сообществах, могли выявлять случаи гендерного неравенства и расширять возможности женщин.

Организация среды и управление кадровыми ресурсами, включая условия занятости и контроль, также имеют значение для улучшения качества квалифицированной помощи. Особое внимание нужно также сконцентрировать на усилиях, направленных на формирование мотивации и удержание квалифицированного медицинского персонала. Во многих странах региона следует пересмотреть уровни окладов. Кроме того, следует поощрять критическое мышление и самостоятельное планирование для усовершенствования медицинской помощи среди поставщиков, а применение устаревших стандартов оказания помощи должно быть приостановлено или заменено существующими научно-обоснованными нормами.

Усиление инфраструктуры и система поставок

Для достижения оптимального уровня эффективности в своей работе медицинским работникам сферы охраны здоровья матерей и новорожденных необходимы нормально функционирующие системы здравоохранения, обеспечивающие наличие соответствующих медицинских учреждений, постоянное наличие основных лекарственных препаратов, медицинских материалов и оборудования³⁸, а также система направлений, обеспечивающая высококвалифицированную помощь³⁹. В некоторых странах существует необходимость в

³⁹ Graham, Bell и Bulloch 2001

совершенствовании материально-технической базы, в том, что касается помещений, планировки, электро- и водоснабжения.

Усиление мониторинга, оценки и исследования деятельности для улучшения процесса принятия решений

Доступ к надежным данным и информации крайне важен для мониторинга и оценки эффективности. Странам необходимо усовершенствовать свои системы мониторинга и информации и потенциал исследования деятельности. Отслеживание достижений также полезно для усиления политического участия с целью улучшения здоровья матерей и новорожденных. Приоритетным направлением является усовершенствование мониторинга материнской и неонатальной смертности, особенно там, где неправильно осуществляется регистрация. Подходы должны быть откорректированы в соответствии с ситуацией в стране, но применение анализов случаев по учреждениям, специальные обследования для женщин репродуктивного возраста, устное наблюдение и даже специальные вопросы в рамках переписи населения – все это нашло успешное применение. Однако конечной целью должно быть усиление учета естественного движения населения и положительные сдвиги в информационных системах в здравоохранении в стране. Эти системы можно успешно привязать к регистрам материнства в учреждениях и сделать основой для эффективного и оперативного принятия решений на всех уровнях.

Прослеживание показателей процесса, в особенности в отношении использования и качества услуг и охват услуг квалифицированных медицинских работников при родах также важно со стратегической точки зрения. Должны оцениваться показатели, рекомендуемые МКНР и в ЦРТ. Оценка программ и распространение результатов как стратегически важных уроков на будущее особенно важны там, где предпринимаются шаги по укреплению здоровья. Усилия должны быть сосредоточены на использовании существующих источников данных, а также на максимизации текущего сбора данных. Это подразумевает развитие статистических знаний на всех уровнях и регулярное распространение показателей, исследований и оценок качества данных по здоровью матерей и новорожденных, показателей выживания и оказываемой им помощи. Также нужно как можно шире применять недавние результаты оценки уровня благосостояния для наиболее эффективного отслеживания улучшений среди бедных слоев населения и других подгрупп, где это позволяют данные.

4.1.3 Организация и совершенствование медицинского обслуживания

Улучшение качества медико-санитарного обслуживания требует выполнения следующих условий:

- a) определение пакетов научно-обоснованных вмешательств, а также разработка стандартов качества в оказании помощи в соответствии с международными рекомендациями,
- b) обеспечение наличия квалифицированных и сознательных кадровых ресурсов нужного типа и в нужном количестве,
- c) необходимая инфраструктура и система снабжения,
- d) хорошо функционирующая система направления,

- e) внедрение механизмов улучшения качества (как то, проверка случаев материнской и перинатальной смертности и заболеваемости), и
- f) обеспечение интеграции медико-санитарной помощи матерям и новорожденным с другими программами первичной медико-санитарной помощи.

Определение пакета научно-обоснованных и контролируемых на предмет качества услуг

Пакет основных научно-обоснованных вмешательств в сфере охраны здоровья матери и новорожденного, особенно для неотложной помощи, должен быть доступен для всех женщин и новорожденных, независимо от их платежеспособности. Этот пакет должен включать в себя квалифицированную помощь во время беременности, родов, в постнатальном периоде (как для матери, так и для новорожденного), при предоставлении услуг планирования семьи и, где это законно, при аборте и в период после аборта.

Медико-санитарное обслуживание матерей и новорожденных должно быть организовано таким образом, чтобы обеспечивать соответствующую интеграцию помощи, как для матери, так и для новорожденного⁴⁰, и должно быть дружественными по отношению к семье, с особым вниманием по отношению к нуждам подростков и ущемленных групп. Комплекс услуг должен предоставляться на уровне первичной медико-санитарной помощи на дому у женщины или в учреждении, или в родильном центре, родильном доме, акушерском центре, медико-санитарной службе или клинике и должен включать базовую необходимую квалифицированную помощь при беременности, родах и в постнатальном периоде, а также основное ведение случаев акушерских и неонатальных осложнений, включая направление, в случае необходимости. Сдвиг акцента с больницы на первый уровень помощи станет ключом к успеху реформ и установлению соответствующего медико-санитарного обслуживания матерей и новорожденных. В обеспечении альтернативных, более подходящих и экономически целесообразных условий для оказания помощи приветствуются более простые варианты. При организации услуг необходимо учесть гендерную проблематику, с пониманием факторов доступа женщины к ресурсам и соотношения сил в семье, которые могут либо способствовать, либо препятствовать мобильности женщины.

Для того чтобы обеспечить качество услуг, важно определить и внедрить научно-обоснованные стандарты для национального пакета основных услуг помощи матерям и новорожденным. Для некоторых стран в регионе, это может повлечь за собой пересмотр существующего пакета основных услуг, или некоторых его компонентов для обеспечения обязательного присутствия в комплексе оказываемой помощи выявления и рассмотрения вопросов случаев, не связанных с беременностью (например, ИППП, ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярия в районах распространения и т.д.), которые могут повлиять на исход беременности.

Совершенствование системы направления

От 9 до 15% женщин, у которых возникают осложнения при беременности (в некоторых обследованиях приводились более высокие цифры⁴¹), должны направляться в кратчайшие

40 WHO standards for maternal and neonatal care [*Стандарты ВОЗ в области материнской и неонатальной медицинской помощи*]: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/standards/en/index.html

41 Экспертные заключения и обследования содержат различные данные о доле женщин, нуждающихся в медицинской помощи при беременности, родах и в постнатальном периоде. Обследование МОМА в семи городских объектах в Западной Африке показало, что от 3 до 9% беременных женщин сталкиваются с

сроки в медицинское учреждение с необходимым квалифицированным медицинским персоналом, располагающим необходимым оборудованием. Примерно в 5% случаев, женщинам необходима высокоспециализированная помощь с высокой зависимостью, а также дополнительное оборудование и ресурсы (например, отделение кесарева сечения или гистерэктомии в случае неконтролируемого маточного кровотечения, ведение случаев эклампсии, сильно повышенного кровяного давления или нарушения коагуляции, безопасные переливания крови и т.д.).

Кроме того, около 10%-20% новорожденных понадобится специализированная помощь, где примерно в 5%-10% случаев понадобится оперативное вмешательство или помощь более высокого уровня. Несмотря на то, что не все учреждения смогут предоставить специализированную помощь, все специализированные учреждения должны располагать эффективными механизмами доступа к такой помощи. По причине высоких затрат и высокого уровня рисков направления больных новорожденных, нужно приложить все усилия для того, чтобы снова внедрить практику направления на внутриутробной стадии, в случае если появляется какое-то подозрение на критическую неонатальную проблему.

Должна присутствовать эффективная система направления в специализированные учреждения между всеми уровнями и, там, где они есть, между высокими уровнями помощи в рамках того же учреждения. В такой системе должна быть схема обратной связи с исходной направляющей точкой или медицинским работником, что способствует использованию практики обдумывания, непрерывности и качества оказываемой помощи. Ключ к хорошей системе направления – это своевременность, скорость и доступность эффективных направлений к специализированным специалистам для всех женщин, независимо от их социально-экономического статуса. По причине того, что появляется все больше данных, свидетельствующих о возможности роста насилия против женщин во время беременности, должна присутствовать эффективная система направления с привлечением социальных и правовых служб с тем, чтобы медицинский работник мог помочь беременной женщине, которая возможно является жертвой насилия от своего полового партнера или другого члена семьи.

Необходимость в эффективной, работающей 24 часа в сутки 7 дней в неделю, системе направления присутствует и в других программах медицинской помощи, таких как травматология и неотложная помощь, основные хирургические вмешательства, специализированные лекарственные препараты и т.д., такое сотрудничество между этими программами будет иметь большое значение.

Внедрение механизмов повышения качества

Внедрение механизмов повышения качества также очень важно для обеспечения качества услуг. В этих механизмах должны учитываться критерии выполнения соответствующего направления и рационального использования лекарственных препаратов и соответствующего использования технологий. Эти мероприятия потребуют присутствие мощной системы управления данными, так, чтобы лечение можно было взять и проанализировать на предмет эффективности.

определенной формой заболеваемости, но в других обследованиях приводились более высокие цифры. Pittrof R, Campbell O, Filippi VGA What is quality maternity care? An international perspective [*Что такое качественная охрана материнства? Международная перспектива*]. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81: 277-283

Сотрудничество с другими программами общественного здоровья

Чтобы добиться повсеместного охвата услуг оказания качественной помощи матерям и новорожденным, особенно в условиях стесненных ресурсов, требуется эффективное планирование, особенно с другими программами общественного здоровья на районном, внутринациональном и национальном уровне. В планировании должны участвовать все заинтересованные стороны, особенно женщины и сообщества. Санитарное просвещение, гигиена окружающей среды, вакцинация, планирование семьи и выживание ребенка, а также профилактика и лечение ИППП (особенно сифилиса) и ВИЧ и малярии получают все больше внимания, и эффективно разрешаются, путем максимального налаживания контактов во время беременности, родов и после них. Эффективное сотрудничество с программами, работающими над гендерными вопросами, здоровьем молодежи, предотвращением насилия, мигрантами и перемещенным населением, а также кризисными и неотложными ситуациями также важны для улучшения здоровья матери и новорожденного. В целом, чтобы добиться успеха, для всего вышеназванного требуется эффективное планирование с участием всех заинтересованных сторон на протяжении этого процесса.

4.1.4 Финансирование систем здравоохранения и обеспечение финансовой защиты

Важным приоритетным направлением является выделение, в рамках политических обязательств, достаточной части ВВП на расширение доступности услуг по охране здоровья матерей и новорожденных. Кроме того, крайне важно выделять ресурсы и менять практическую ориентацию на научно-обоснованные и экономически-эффективные модели оказания помощи. Это эффективно предотвратит существенную часть случаев существующей заболеваемости и смертности. Ключевым элементом должно стать финансирование системы, которая предоставляет доступ к медико-санитарной помощи для бедных и необеспеченных услугами групп. Там, где внутренних ресурсов страны недостаточно на покрытие этих затрат, должна присутствовать помощь международных доноров.

Система, обеспечивающая весь спектр услуг для всех женщин и их новорожденных, зависит от нормального финансирования и эффективного управления этими ресурсами. Если нет механизмов устойчивого финансирования, действия, направленные на укрепление системы здравоохранения, не принесут здоровья матерям и их младенцам. Причины улучшения финансирования системы здравоохранения обусловлены необходимостью (а) уменьшить объем наличных платежей в момент предоставления услуг; (б) увеличить ответственность учреждений, отвечающих за управление страхованием и оказанием медико-санитарной помощи; (в) улучшить распределение взносов фонда здравоохранения между бедными и богатыми; и (д) увеличить доступность фондов, увеличив экономическую эффективность их управления.

Учитывая эти принципы и основываясь на успешном опыте стран в использовании альтернативных моделей финансирования, с учетом местного контекста можно разработать соответствующие меры для обеспечения базового страхования и социальной защиты для всех. Ключевой момент всех моделей финансирования – это мобилизация источников финансирования, не идущих из наличных платежей, включая общие и резервируемые для специальных целей налоги, взносы социального страхования, частные страховые премии и совместные страховые премии. По мере поступления, факты должны использоваться для оценки эффективности моделей для того, чтобы расширить использование услуг и обеспечить доступность медицинской помощи матерям и новорожденным для бедных. Реформы в

секторе здравоохранения, широко-секторальные подходы и внедрение других механизмов финансирования (таких как стратегии снижения уровня бедности, распределение затрат и прямая бюджетная поддержка) также должны контролироваться, с тем, чтобы приносить пользу бедным и обособленным группам и способствовать укреплению здоровья матерей и новорожденных.

Оценка необходимости в медико-санитарных услугах для матерей и новорожденных ясна: все женщины и их новорожденные должны иметь доступ ко всему комплексу услуг. Расширение охвата качественной квалифицированной медико-санитарной помощью потребует не только дополнительных инвестиций, но, что более важно, перераспределения существующих ресурсов для внедрения экономически-эффективных и научно-обоснованных вмешательств, способствующих укреплению здоровья матерей и новорожденных. Прогнозируется, что повсеместный охват качественной квалифицированной медицинской помощью предотвратит большинство случаев материнской и перинатальной смертности, а также огромное количество случаев заболеваемости и инвалидности в регионе.

Каждая страна должна провести собственные детальные оценки затрат⁴², а также установить системы учета финансирования и расходов. Углубление знаний о финансовых средствах, необходимых для предоставления пакета основных услуг, будет полезным для продвижения медико-санитарной помощи матерям и новорожденным в национальные планы охраны здоровья и развития, например, во время обсуждений CCUB и SWAp.

4.2 Решение вопросов за пределами систем здравоохранения – увеличение вклада других секторов

Получение дохода для бедных, обучение, продовольственная безопасность, водоснабжение и канализация являются факторами, способствующими улучшению показателей здоровья матерей и новорожденных. Страны, добившиеся большего успеха в снижении уровня материнской смертности, добились этого результата, приняв, в дополнение к клиническим вмешательствам, комплекс политических стратегий, касающихся всех вышеназванных вопросов. Улучшение здоровья матери и новорожденного не будет устойчивым без вмешательств, нацеленных на улучшение социальных и экологических условий, которые негативно сказываются на показателях здоровья матерей и младенцев. Во всех странах региона нужно напрямую разобраться с первичными определяющими факторами здоровья матери и новорожденного. Вмешательства за пределами систем здравоохранения будут иметь важное и устойчивое влияние на состояние здоровья, уменьшая подверженность рискам и уязвимость по отношению к болезни, а также косвенно увеличивая спрос. Спрос также следует увеличивать посредством использования подхода совместного участия, где сообщества устанавливают свои собственные цели и приоритеты, анализируют препятствия и проблемы, находят и внедряют решения и проводят мониторинг результатов.

Основываясь на существующих знаниях об основополагающих факторах, влияющих на здоровье матери и новорожденного, анализ ситуации в каждой стране должен определять каким факторам нужно уделить внимание для того, чтобы снизить риски для здоровья женщин, что станет основой для определения вопросов, которые нужно рассмотреть за пределами сектора здравоохранения, и для разработки соответствующих политик. Сюда

⁴² Существуют различные инструменты оценки затрат, в том числе «таблица затрат матери-ребенка»; WHO/FCH/RHR/99.17

могут входить законодательство, нормативные акты, схемы социального обеспечения, санитарное просвещение, разработка учебных планов и т.д.

4.3 Расширение прав и возможностей женщин, семей и сообществ

Для эффективной работы с женщинами, их партнерами, семьями и сообществами необходим целый ряд согласованных стратегий, чтобы углубить понимание ими потребностей, связанных со здоровьем матери и новорожденного, и вовлечь их в качестве партнеров в процесс поиска решений. Важно укрепить их способности для того, чтобы: а) оказывать соответствующую помощь женщине и новорожденному дома; б) принимать здоровые решения и действовать в соответствии с ними, в том числе решение обратиться за помощью, когда это необходимо, и с) полноценно принимать свою роль как партнеров в улучшении здоровья матерей и новорожденных.

Ключевые моменты, способствующие расширению прав и возможностей женщин, семей и сообществ в том, что касается улучшения здоровья матерей и новорожденных, должны быть интегрированы в основное образование, а также должны быть частью целевых действий на протяжении периода их репродуктивного возраста, особенно во время беременности и в ранний постнатальный период. Налаживание связей между службами здравоохранения и сообществом и укрепление гражданского общества и местных организаций также очень важно для того, чтобы женщина и ее сообщества могли стать полноправными партнерами в разработке, внедрении и оценке эффективных программ и услуг помощи матерям и новорожденным.

Для развития навыков работы с женщинами, семьями и сообществами нужно будет усовершенствовать вмешательства в санитарное просвещение и связи с образовательным сектором. Во многих программах разрабатывались санпросвет мероприятия, но они, в общем, не являлись стратегическими в своем подходе к работе с женщинами и сообществами и в них не проводился анализ того, как обеспечить синергизм между этими различными областями. В эти программы должен интегрироваться гендерный подход, что может сделать их стратегии расширения прав и возможностей эффективными. Участие мужчин как партнеров, отцов и помощников крайне важно для успеха этих программ. Необходимо определить и внедрить эффективные процессы участия и вмешательства для укрепления здоровья отдельных лиц, семей и сообществ. Между системой предоставления медицинского обслуживания и сообществом необходимо развивать партнерские отношения для того, чтобы отвечать потребностям, связанным со здоровьем матери и новорожденного, и расширять использование медицинской помощи. Этому нужно способствовать путем совершенствования процессов планирования в здравоохранении с целью включения важных заинтересованных сторон, в том числе женщин и групп сообществ, а также путем создания механизмов улучшения качества, учитывающих вопросы женщин и сообщества. И наконец, также следует развивать способность системы здравоохранения взаимодействовать с сообществом, включая навыки межкультурных и межличностных отношений работников здравоохранения.

Хотя мы привыкли к тому, что различные уровни помощи оказываются в различных типах учреждений, нынешняя организация и способы предоставления услуг значительно усложняют все это. Например, многие большие городские больницы пытаются увеличить доступ и использование, делая свои услуги более дружественными по отношению к женщинам. Для некоторых это означает оказание помощи с минимальным вмешательством в небольших учреждениях при больших традиционных больницах или недалеко от них для облегчения

направления. Эти небольшие учреждения предлагают меньший объем институциональных условий, мебель в них больше напоминает обычную домашнюю и женщинам предлагаются на выбор различные варианты практик и позиций во время родов.

5 Принятие мер

5.1 Шаги по улучшению систем здравоохранения

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОГО РУКОВОДСТВА

➤ Оптимальное выполнение политических обязательств

- Обеспечение надлежащего установления приоритетов, долгосрочного комплексного подхода к материнскому и перинатальному здоровью, особого внимания по отношению ко всему комплексу оказываемой помощи в национальных стратегиях, в реформах сектора здравоохранения и в ССУБ, обсуждениях SWAp, где эти документы присутствуют.
- Консолидация информационно-пропагандистских усилий в среде доноров, органов международной стандартизации и ключевых влиятельных участников в правительственной инфраструктуре для создания круга сторонников, который сможет моделировать и продвигать политическое и социальное участие.

➤ Построение прочных партнерских отношений

- Установление или возрождение национальных или районные многопрофильных целевых рабочих групп или комитетов высокого уровня, которые должны предпринимать действия и влиять на внесение изменений в политики, а также координировать и осуществлять контроль шагов, предпринимаемых заинтересованными сторонами на пути улучшения состояния материнского и перинатального здоровья.
- Работа с частными поставщиками услуг с целью расширения и улучшения качества их услуг, с тем, чтобы они содействовали реализации национальных стратегий и отвечали национальным стандартам.
- Разработка научно-обоснованных стратегий для повышения осведомленности и получения широкой поддержки среди всех заинтересованных сторон в правительстве, академических учреждениях и неправительственных организациях, а также сообществе и женских группах о масштабе и последствиях материнской и перинатальной смертности.

➤ Создание благоприятной законодательной и нормативной базы

- Пересмотр и, если это необходимо, изменение законов и политик, ввиду защиты интересов женщин и новорожденных, связанных со здоровьем (например, всесторонний охват, включая право незарегистрированных мигрантов на медико-санитарную помощь; защита, лечение и поддержка в случаях изнасилования и сексуальных надругательств, и право на декретный отпуск и репродуктивный выбор). Пересмотр/обновление протекционистских законов и их применение должно осуществляться в сотрудничестве с ключевыми министерствами (например, здравоохранения, труда, семьи, социального обеспечения).

- Пересмотр и, если это необходимо, изменение законов и политик для продвижения повсеместного и равноправного доступа к качественной квалифицированной помощи, а также организация просвещения и обеспечение информирования в вопросах здоровья матерей и новорожденных. Для того чтобы конституции стран и международные конвенции могли способствовать продвижению безопасного материнства, в их основе должны лежать принципы защиты прав человека (например, в виде требования к государствам проводить профилактические и оздоровительные мероприятия, направленные на снижение уровня смертности и уважительное и достойное отношение к женщине).
- Обеспечение соответствия нормативных актов и инструкций международным стандартам качества и обеспечение постоянного и равноправного доступа к учреждениям/материалам.
- Установление стандартов деятельности и механизмов мониторинга и отчетности для предоставления медицинских услуг, обеспечение сотрудничества и дополнительных действий в государственном и частном секторах, а также в международных и неправительственных учреждениях.
- Обеспечение правовой поддержки для медицинских работников (определение задач, судебные споры и т.д.).

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТАТОЧНЫХ И УСТОЙЧИВЫХ РЕСУРСОВ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

➤ Обеспечение высококвалифицированной рабочей силой

- Разработка, пересмотр или корректировка политик, позволяющих медицинским работникам в полной мере использовать свои навыки.
- Определение на всех уровнях медико-санитарной помощи основных требований к численности и распределению персонала с навыками, необходимыми для предоставления медицинских услуг матерям и новорожденным. Максимально увеличить имеющиеся кадровые ресурсы, повышая эффективность размещения на местах, осуществляя поддерживающий контроль, управление и укрепляя навыки и способности имеющегося персонала.
- Решение вопроса дисбаланса профессиональной структуры (особенно акушерок / докторов), а также гендерного неравенства среди рабочей силы. Это потребует проведения обучения и найма новых медицинских работников, особенно новых акушерок. Разработка национального плана КРЗ и сотрудничество с сектором образования для постоянного обеспечения новыми специалистами.
- Удовлетворение потребностей в тех областях, где на данном этапе не хватает акушерок. До тех пор, пока не будет обучен новый персонал, который займет должности в таких районах, можно привлечь имеющийся персонал из других районов для работы в таких районах на ротационной основе.
- Обеспечение координации профессиональной подготовки и интеграции ключевых вмешательств различных программ первичной медико-санитарной помощи в программы подготовки перед поступлением на работу и программы послешкольного

образования. Укрепление способностей и навыков межкультурных и межличностных отношений среди медицинских работников для общения и работы с женщинами, их семьями и сообществами.

- Интеграция подготовки и обучения по подходам, используемым в работе дружественных к молодежи служб здравоохранения, в учебные планы для поставщиков медицинских услуг.
- Обеспечение возможности непрерывного обучения (сертификации и пересертификации) и обновление знаний медицинских работников, работающих в сфере оказания материнской и перинатальной помощи.
- Обновление учебных планов для медицинских работников ввиду включения таких дисциплин, как эпидемиология и общественное здравоохранение, укрепление здоровья и теория и практика навыков консультирования, а также оценка практических навыков и квалификации и экономической эффективности помощи. Работники здравоохранения также должны быть подготовлены к выявлению и устранению симптомов насилия во время беременности.
- Усиление подготовки в области материнского и перинатального здоровья в учреждениях подготовки перед поступлением на работу и последипломного образования.
- Оценка и улучшение условий труда и управления человеческими ресурсами, включая условия занятости и надзора.
- Принятие мер по созданию мотивации и удержанию квалифицированного медицинского персонала.

➤ **Укрепление инфраструктуры и системы снабжения**

- Обеспечение включения основного оборудования и медикаментов для медико-санитарного обслуживания матерей и новорожденных в общий инвестиционный план Правительства.
- Обеспечение системы снабжения медикаментами, расходными материалами и оборудованием для постоянного пополнения и соответствующего технического обслуживания оборудования на всех уровнях системы оказания медико-санитарной помощи.
- Обеспечение регулярной проверки и обновление государственного перечня жизненно необходимых лекарственных средств и стандартов, связанных с приобретением и содержанием учреждений и оборудования.

➤ **Улучшение процесса мониторинга для повышения эффективности процесса принятия решений**

- Определение соответствующих наборов показателей для осуществления мониторинга развития⁴³, и наращивание потенциала для сбора и анализа данных о состоянии

⁴³ Существует несколько наборов показателей, среди которых находятся уже упомянутые, скорейшее достижение международных целей репродуктивного здоровья; WHO/RHR/06.3

здоровья матерей и новорожденных, его основных определяющих факторов и функционирования системы медицинского обслуживания на местном, районном и национальном уровне. Особое внимание по отношению к равноправному доступу, особенно для бедных и обособленных женщин и младенцев.

- Обеспечение координации и рационализации систем мониторинга и отчетности.
- Осуществление мониторинга реформ в секторе здравоохранения, широко-секторальных подходов, национальных счетов здравоохранения и внедрения других механизмов финансирования (таких как стратегии снижения уровня бедности, распределение затрат и прямая бюджетная поддержка) с тем, чтобы они работали на пользу бедным и другим социально или экономически обособленным группам, и содействие улучшению услуг, предоставляемых матерям и новорожденным на всех уровнях.
- Проведение специальных обследований там, где это необходимо (качественных количественных) и увязка с операционными исследованиями.

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

➤ Создание пакета научно-обоснованных практик и стандартов качества медицинской помощи

- Установление пакета основной медицинской помощи матерям и новорожденным и обеспечение его доступности для всех, независимо от платежеспособности, особенно при необходимости неотложной акушерской и неонатальной помощи.
- Разработка или обновление и внедрение научно-обоснованных стандартов и протоколов для предоставления основных услуг установленного национального пакета помощи матерям и новорожденным.
- Продвижение идеалов научно-обоснованного образа принятия решений для изменения практики разработчиков политик, управляющих, преподавателей и клиницистов – например, путем использования Библиотеки репродуктивного здоровья (БРЗ) ВОЗ и клинических и управленческих инструментов и руководящих принципов ВОЗ.
- Укрепление потенциала в системе здравоохранения для проведения операционных исследований с целью выявления лучших практик для разработки программ, планирования, внедрения и оценки вмешательств, включая выявление групп населения с особыми нуждами.
- Организация услуг здравоохранения для соответствующей интеграции помощи матери и новорожденному и дружелюбность по отношению к женщине, с особым вниманием к потребностям подростков и социально незащищенных группы.

➤ Совершенствование системы направления

- Определение уровней медико-санитарной помощи, ролей и обязанностей, а также стандартов и протоколов помощи специализированных врачей.
- Разработка и установление схем транспортировки для повышения эффективности направления, особенно в случаях неотложной акушерской и неонатальной помощи, для

того, чтобы они содействовали повсеместному и равноправному доступу к системе направления, особенно среди бедных и обособленных групп.

- Обеспечение отчетности и регистрации направлений, а также эффективного взаимодействия, включая обратную связь.

➤ **Внедрение механизмов улучшения качества медицинской материнской и перинатальной помощи**

- Совершенствование систем управления данными и внедрение клинических проверок в материнскую и перинатальную помощь, а также рациональное использование лекарственных средств и соответствующее использование технологии, как части всех схем улучшения качества.
- Укрепление систем мониторинга и информации, включая системы наблюдения за состоянием здоровья матери и новорожденного. Сюда входит определение соответствующих показателей, по которым осуществляется мониторинг развития.
- Интеграция научно-обоснованных стандартов помощи и механизмов улучшения качества в схемы социального медицинского страхования, везде, где таковые присутствуют.
- Укрепление стратегий распространения для обеспечения распространения и анализа информации с ключевыми участниками на всех уровнях для того, чтобы обеспечить использование информации для повышения уровня осведомленности и эффективности принятия решений.

➤ **Сотрудничество с другими программами охраны общественного здоровья:**

- Активное вовлечение всех заинтересованных сторон (включая менеджеров программ из других программ первичного здравоохранения) в процесс принятия решений и определения приоритетов при прохождении стадий развития, планирования, внедрения и оценки.
- Обеспечение присутствия четко определенного и прозрачного механизма координации всех усилий, включая и в особенности, отчетность.
- Обеспечение координации подготовки и интеграции ключевых вмешательств из различных программ первичной медико-санитарной помощи в программы подготовки перед поступлением на работу и послешкольного образования.
- Обеспечение согласованности и координации образовательной информации в сфере здравоохранения.
- Обеспечение координации и упорядоченности систем мониторинга и отчетности.

ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ЗАЩИТЫ

➤ Обеспечение достаточного и устойчивого финансирования

- Увеличение объема бюджетных ассигнований и их эффективности для здоровья матерей и новорожденных и инвестиций в эту область, особенно в бедных и необеспеченных услугами районах.
- Максимальное увеличение объема инвестиций, в частности перераспределяя денежные и человеческие ресурсы с тем, чтобы обеспечить равноправное предоставление услуг матерям и новорожденным бедных и необеспеченных услугами групп населения.
- Определение пробелов в ресурсах и определение и выделение достаточного объема финансов для деятельности в сфере охраны здоровья матери и новорожденного. Для этого потребуются обеспечить, чтобы материнское и неонатальное здоровье были должным образом учтены в процессах национального планирования и разработки стратегий, в том числе в национальных планах в секторе здравоохранения и стратегиях снижения уровня бедности (ССУБ).
- Включение здоровья матери и новорожденного в пакеты реформ основных услуг в секторе здравоохранения и широко-секторальные подходы (SWAp).
- Разработка и установление механизмов финансирования, которые будут способствовать повсеместному доступу к квалифицированной помощи, особенно среди бедных и уязвимых групп (например, подростки, беженцы и т.д.).

5.2 Шаги по улучшению межсекторального сотрудничества для улучшения состояния здоровья

Схема межсекторальной разработки политик: следующая таблица может оказаться полезной при выявлении существующих пробелов и формулировке политик в других секторах, не здравоохранения, которые следует относить к компонентам комплексной стратегии, нацеленной на улучшение состояния материнского и перинатального здоровья.

Определяющие факторы других секторов	Уместные вмешательства и политики
Имеющийся доход	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Схемы медицинского страхования ◦ Целевые пособия ◦ Отпуск по беременности ◦ Налогообложение и субсидии с учетом интересов бедных
Образование	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Доступ к среднему образованию для девочек ◦ Разработка учебных планов по охране здоровья ◦ Внеучебные услуги, дружественные к подросткам
Питание	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Поддержка производства первичной пищи ◦ Обогащение пищи ◦ Политика цен на продовольствие
Социальный и правовой статус	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Законодательство о репродуктивных правах ◦ Семейное законодательство ◦ Закон о насилии против женщин
Среда	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Жилищные нормы ◦ Нормы в сфере водоснабжения и канализации ◦ Законодательство о защите от опасного воздействия во

	время беременности
Транспорт	<ul style="list-style-type: none">◦ Инфраструктура дорог◦ Общественный транспорт

5.3 Меры по расширению прав и возможностей женщин, их семей и сообществ

➤ Предоставление прав женщинам, семьям и сообществам:

- Пересмотр и изменение национальных планов ввиду включения соответствующего комплекса стратегий и вмешательств для расширения прав и возможностей женщин и сообществ и для большего использования услуг.
- Интерактивное санитарное просвещение гендерной тематики для женщин, семей и сообществ и координация действий и информации с другими ключевыми программами общественного здравоохранения.
- Улучшение связей с сектором образования для включения ключевой информации в программы обучения для взрослых, а также обеспечение присутствия ключевой информации в программах базового образования для всех репродуктивных возрастов.
- Установление связи с деятельностью с целью пересмотреть основные навыки медицинских работников и убедиться в том, что были учтены навыки, необходимые для предоставления медицинской помощи, для межличностных и межкультурных взаимоотношений, для использования гендерного подхода и установления партнерских отношений.
- Создание механизмов для обеспечения участия женщин и сообществ в процессах улучшения качества и того, что их участие осуществляется на протяжении всего процесса планирования и программы. Учесть связь групп со специальными потребностями (подростки) с другими программами (здоровье детей и подростков, репродуктивное здоровье), а также связи со средствами массовой информации.
- Развитие сотрудничества между областями медицинского обслуживания и сообществом для удовлетворения потребностям матерей и новорожденных в медицинской помощи, а также большее использование услуг.
- Создание механизмов вовлечения мужчин в улучшение охраны здоровья матерей и новорожденных.
- Включение в проверки и контрольные исследования стратегий распространения, учитывающих важность обсуждения информации на уровне сообщества с главными действующими лицами для того, чтобы сообщества располагали информацией для реагирования на потребности матерей и новорожденных в медицинской помощи.
- Обеспечить соблюдение факторов гендерного неравенства при наделении учреждения медико-санитарной помощи возможностями оказания помощи матерям и новорожденным.
- Проведение качественного анализа для максимального сосредоточения внимания на актуальных вопросах и создание стратегии изменения поведения, направленной на преодоление барьеров в изменении поведения, а также укрепление механизмов поддержки. Этот качественный анализ должен состоять из а) целевых групп женщин,

мужчин, матерей супругов и молодежи для выявления существующих положительных и отрицательных практик, связанных с тематикой программы (включая многочисленные подгруппы практик по каждой теме) и б) доверительных интервью, нацеленных на выяснение причин принятия или непринятия людьми новых практик.

6 Роли и обязанности

6.1 От женщин до разработчиков политик

Главные партнёры, работающие вместе для внедрения этой стратегии на уровне страны, должны инициировать национальное движение для создания необходимых обязательств и разблокировки основных ресурсов, необходимых для достижения цели и задач улучшения материнского и перинатального здоровья.

Важно определить главных партнёров, которые могут помочь продвинуть стратегический подход ОББ в стране. Далее, учитывая необходимость ответственности, была разработана следующая схема отчетности, которая определяет возможные роли и обязанности других ключевых заинтересованных сторон в национальном движении. Схема также определила ключевые действия, необходимые для различных задействованных сторон на разных уровнях.

6.2 Роль Всемирной организации здравоохранения и партнеров

Согласно мандату ООН организация ВОЗ обеспечивает руководство стран-членов по всем вопросам общественного здравоохранения, среди которых здоровье матери и новорождённого по-прежнему является одной из основных задач этого тысячелетия.

Согласно этому мандату ВОЗ будет:

- Работать на региональном и национальном уровне для оказания содействия странам-членам в определении и внедрении соответствующих стратегий и политик для предоставления всем женщинам пакета основных научно-обоснованных услуг медицинской помощи матерям и новорожденным;
 - Предоставлять странам-членам и партнёрам техническую поддержку для увеличения потенциала страны и улучшения качества, доступа и использования квалифицированной медико-санитарной помощи, особенно помощи при родах и до и после них, а также доступа к своевременной помощи при осложнениях у матерей и новорождённых;
 - Выступать за усиление государственного участия и увеличение объема выделяемых ресурсов (как денежных, так и человеческих) на охрану здоровья матерей новорождённых и на совершенствование комплекса медицинского обслуживания;
 - Способствовать укреплению партнерских отношений для максимального увеличения финансирования, совместных действий, координации и сотрудничества между различными программами и организациями для того, чтобы помочь странам в реализации программ охраны здоровья матерей и новорождённых;
 - Способствовать мониторингу реализации программ и мировых целей и обязательств в отношении проблем со здоровьем при беременности и родах для получения информации о результатах работы по достижению международных целей и задач в сфере охраны здоровья матерей и новорожденных при помощи систем управления данными по наращиванию потенциала и статистических экспертных оценок в странах;
- и

- Создавать и распространять новые знания о возникающих вопросах и технологиях в области охраны здоровья матерей и новорождённых.

ВОЗ также заботится о том, чтобы вопрос обеспечения безопасной беременности рассматривался в стратегиях сотрудничества между странами.

Приложение 1: Цели развития тысячелетия ООН⁴⁴

Цель № 1: Искоренение крайней нищеты и голода

Цель № 2: Обеспечение всеобщего начального образования

Цель №3: Поощрение равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин

Цель № 4: Сокращение детской смертности

Цель №5: Улучшение охраны материнства

Цель № 6: Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями

Цель №7: Обеспечение экологической устойчивости

Цель № 8: Формирование глобального партнерства в целях развития

⁴⁴ Источник: <http://www.undp.org/mdg/basics.shtml> по состоянию на 07.10.2007

Приложение 2: Принципы ОББ/ПНПП

Миссия ОББ призвана обеспечить безопасные роды посредством наличия, доступности и использования высококачественной квалифицированной медицинской помощи для всех женщин и их младенцев.

Основные элементы обеспечения безопасной беременности:

- Забота о безопасной беременности и родах требует целостного подхода
- Беременность и роды – важный личный, семейный и социальный опыт
- В беременности и родах вмешательство в естественный процесс должно быть серьезно обосновано
- Медицинские вмешательства в случае беременных женщин, матерей и новорожденных, при соответствующих показаниях, должны быть доступными, соответствующими требованиям и безопасными

Принципы обеспечения безопасной беременности:

В помощи должны быть соблюдены следующие принципы:

- научная обоснованность и экономическая эффективность
- сосредоточенность на семье, конфиденциальность, личная тайна, культура, вера и эмоциональные потребности женщин, семей и сообществ
- обеспечение вовлечения женщин в процесс принятия решения по поводу оказываемой помощи, а также политик в области здравоохранения
- обеспечение неразрывности услуг, начиная с сообществ и заканчивая самыми высокими уровнями помощи, включая эффективное региональное разделение и многопрофильность

Эти основы и принципы ОББ/ПНПП в Европейском регионе были разработаны в рамках встреч рабочей группы ОББ/ПНПП в Венеции (1998) и Вероне (2003) и на заседании экспертов ОББ в Катании, Италия (2007).

Продвижение эффективной перинатальной медицинской помощи (ПНПП) некогда являлось Европейской инициативой, которая сейчас была интегрирована в ОББ.