



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро



**Повышение качества услуг
по охране репродуктивного,
материнского,
неонатального, детского
и подросткового здоровья
в Европейском регионе ВОЗ**

**Региональная программа
поддержки внедрения политики
"Здоровье-2020"**





**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Повышение качества услуг по охране репродуктивного, материнского, неонатального, детского и подросткового здоровья в Европейском регионе

**Региональная программа поддержки внедрения
политики "Здоровье-2020"**

Перевод с английского языка

Резюме

Эта региональная программа политики предлагает систему повышения качества (ПК), охватывающую все области репродуктивного, материнского, неонатального, детского и подросткового здоровья (РМНДиПЗ) и все уровни системы здравоохранения и призванную обеспечить "эффективный охват", то есть полное и справедливое медицинское обслуживание для всех, и устранить предотвратимую заболеваемость и смертность. Эта система определяет деятельность, которая должна осуществляться на уровне региона, страны и конкретного медицинского учреждения.

Ключевые слова

Quality of Health Care
Adolescent Health
Child Health
Infant Health
Maternal Health
Reproductive Health
Europe

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

WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.

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

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
Список сокращений и определения	1
Улучшение ухода	3
Показатели качества	5
Ситуация в Европейском регионе	7
Непрерывное оказание помощи	19
Видение региональной программы	22
Систематический процесс внедрения	26
1. Начало работы	28
2. Определение стандартов медицинского обслуживания	31
3. Оценка	33
4. Улучшения	35
5. Мониторинг и повторная оценка	37
6. Документирование процесса и распространение результатов	38
7. Расширение охвата	38
Функции на региональном уровне	39
Заключение	42
Приложение 1. Реализация мер по повышению качества обслуживания на уровне амбулаторного медицинского учреждения и/или больницы	43
Приложение 2. Права человека пациентов	50
Ссылки	52

Список сокращений и определения

ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЮНИСЕФ	Детский Фонд Организации Объединенных Наций
ИВБ(Н)ДВ	Интегрированное ведение болезней (неонатального и) детского возраста
ЗППП	заболевания, передающиеся половым путем
МЦДМ	медицинские центры, дружественные к молодежи
МПЭСКИ	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах
МК	"метод кенгуру"
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
НВНС	поведение детей школьного возраста в отношении здоровья
ПК	повышение качества
ПВИД	планирование – выполнение – изучение – действие
ППМР	профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку
РМНДиПЗ	репродуктивное, материнское, неонатальное, детское и подростковое здоровье
СЭС	социально-экономический статус
УЗДМ	услуги здравоохранения, дружественные к молодежи
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
ЦУР	Цели в области устойчивого развития
VTN	Что кроется за цифрами

В рамках настоящего документа используются следующие определения понятий "медицинское учреждение", "больница" и "амбулаторное медицинское учреждение":

медицинское учреждение – любое место, где предоставляется медицинская помощь, включая больницы, клиники, амбулаторные медицинские центры;

больница – медицинское учреждение, оборудованное койками для стационарного лечения больных;

амбулаторное медицинское учреждение – медицинское учреждение, предоставляющее исключительно амбулаторную медицинскую помощь; такие учреждения могут находиться как на территории больниц, так и за ее пределами.

Я верю, что человеку присуще врожденное стремление к совершенствованию. Я пришел к этой мысли, преимущественно наблюдая за детьми. Невозможно отыскать ни одного здорового малыша, который не стремился бы прыгнуть выше или бежать быстрее. Для этого не требуется никакого внешнего побуждения. Когда детям удается преодолеть себя, они радостно улыбаются, причем улыбаются сами себе. Поэтому я считаю, что почти во всех человеческих организациях сотрудники имеют внутреннюю потребность совершенствовать свою работу. Совершенствование – это не принуждение к чему-то; это высвобождение чего-то.

Дональд М. Бервик (Институт развития здравоохранения)

Если люди хороши только из-за боязни наказания и желания награды, то мы действительно жалкие создания.

Альберт Эйнштейн

Улучшение ухода

Состояние здоровья матерей, детей и подростков в Европейском регионе постоянно улучшается, но серьезные причины для беспокойства все еще есть. Несмотря на значительный прогресс в последние десятилетия, по-прежнему существует разрыв в состоянии здоровья матери и ребенка, как между разными странами, так и внутри самих стран¹. в состав региона входят страны с самыми низкими в мире уровнями младенческой и детской смертности; однако в странах с самыми высокими показателями смертности среди детей в возрасте до пяти лет уровень смертности в 25 раз выше, чем в странах с самыми низкими показателями (рис. 4), а в случае материнской смертности этот разрыв еще больше (рис. 5). Для ребенка, который родился в Содружестве Независимых Государств (СНГ)¹, вероятность умереть, не достигнув возраста пяти лет, в три раза выше, чем для ребенка, рожденного в стране ЕС². Многие страны Восточной Европы и Центральной Азии не только не догнали своих западных соседей, но даже увеличили отставание. Кроме того, в течение последнего десятилетия или более ключевые показатели финансирования здравоохранения не соответствовали показателям 15 стран, входивших в состав Европейского союза (ЕС) еще до 2004 г.³ И даже в 15 странах – членах ЕС существует значительная обеспокоенность тем фактом, что некоторые страны справляются с уменьшением уровня детской смертности значительно хуже других, независимо от своих показателей валового национального продукта⁴. Если бы во всех 15 странах, состоявших в Европейском союзе еще до 2004 г., уровень детской смертности был близок к шведскому (страна с наилучшим показателем среди 15 стран ЕС), можно было бы предотвратить более 6000 смертей в год⁴.

По официальным данным, средний коэффициент материнской смертности в Европейском регионе ВОЗ снизился с уровня приблизительно 35 смертей на 100 тыс. живорождений в 1990 г. до 16 в 2008 г. Однако показатели стран с наиболее высокой материнской смертностью в регионе в настоящее время, по оценкам, в целых 40 раз превышают показатели стран с самым низким уровнем материнской смертности. Существует несколько исследований, показывающих, что уход, обеспечиваемый для новорожденных и детей, часто является недостаточным, особенно на уровне больниц⁵, а также отмечаются существенные недостатки в мероприятиях по охране здоровья матери как при плановом медицинском обслуживании, так и при оказании экстренной медицинской помощи; и несоблюдение основных прав пациентов остается распространенной проблемой в странах Европейского региона^{6,7}. То же касается и качества медицинской помощи, оказываемой в частном секторе.

Неудовлетворенные потребности в контрацепции напрямую связаны с качеством медицинского обслуживания, которое различается между странами Европейского региона. в ряде стран женщины, нуждающиеся в современных средствах контрацепции, не получают их. Им приходится справляться с низким качеством обслуживания, трудностями в получении доступа, высокой стоимостью, традициями и другими факторами культуры. Уровень неудовлетворенных потребностей в планировании семьи сильно различается между странами региона – от 5% до почти 23%.

Замедление прогресса на пути к высоким показателям здравоохранения может частично объясняться ненадлежащим качеством предоставляемых услуг. Десять процентов пациентов из Европейского региона сталкиваются с предотвратимыми ошибками или

¹ На момент сбора данных в состав СНГ входили Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина.

нежелательными явлениями в больницах, приводящими к страданиям и потерям и увеличивающими финансовое бремя систем здравоохранения²; к тому же слишком часто странам не удается реализовать улучшения на системном уровне, а ценой провала реформирования системы здравоохранения является усугубление разрыва в состоянии здравоохранения как внутри страны, так и на международном уровне⁸. Многогранность делает управление современной системой здравоохранения одной из самых трудных управленческих задач во всей экономике. Тем не менее многие страны по-прежнему считают инвестиции в управление напрасной тратой ресурсов и сил. Внедрение современных методов повышения качества и управления дает больше возможностей для совершенствования системы здравоохранения, чем любые клинические новинки, в настоящее время проходящие испытания. Слишком мало усилий тратится на то, чтобы обеспечить наличие и эффективность функционирования основных систем и организаций².

Появляется все больше данных о том, как права человека влияют на здравоохранение, и о том, как внедрить в системе здравоохранения подход, основанный на уважении прав человека. Права человека определяют законы, политики и меры, которые, в свою очередь, оказывают влияние на развитие охраны здоровья детей, подростков и женщин⁹. в этом вопросе нет несущественных деталей: международные договоры по правам человека превосходят любые ожидания и определяют общие и обязательные стандарты для государств-членов, которые ратифицировали их; в то же время данные демонстрируют, что подобные обязательства могут влиять на ситуацию в области здравоохранения¹⁰. в последнее время был накоплен большой практический опыт, составлены технические руководства по систематическому внедрению принципов и стандартов соблюдения прав человека во все аспекты законодательства в области здравоохранения, а также политики и практики оказания медицинской помощи, что позволяет улучшить защиту здоровья и благополучия женщин, детей и подростков^{11, 12, 13, 14, 15, 16}.

В Управлении Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека заявили, что "этот процесс начинается с оценки необходимых законодательных мер, механизмов управления и координации, планирования, формирования бюджетов, внедрения, мероприятий по мониторингу и оценке, механизмов правовой защиты и возмещения, а также международного сотрудничества, с тем чтобы определить, в какой степени существующие меры, механизмы и процессы соответствуют признанным стандартам и принципам соблюдения прав человека, а где по-прежнему остаются пробелы и препятствия, требующие устранения. Этот процесс должен опираться на существующую деятельность, при этом особое внимание при необходимости следует обращать на стандарты и принципы соблюдения прав человека".

Пятьдесят три государства – члена ВОЗ Европейского региона согласовали новые общие основы политики, которые называются "Здоровье-2020". Их общая задача – "значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенство в отношении здоровья, укрепить охрану общественного здоровья и обеспечить наличие универсальных, равноправных, устойчивых и высококачественных систем здравоохранения, ориентированных на человека". Кроме того, они приняли Европейскую стратегию охраны здоровья детей и подростков, которая требует обратить повышенное внимание на систематическую оценку законодательства, политики и программ по правам матерей, детей и подростков, а также на оценку качества медицинской помощи на всех уровнях с учетом прав ребенка, благодаря чему повышается приоритет детей и вопросов их здоровья и благополучия. Чтобы помочь государствам-членам в реализации этих стратегий, в 2015 г. ВОЗ, ЮНФПА и ЮНИСЕФ создали Региональную

межучрежденческую целевую группу по качеству медицинского обслуживания матерей, новорожденных и детей.

Эти региональные основы политики предлагают систему повышения качества (ПК), охватывающую все области репродуктивного, материнского, неонатального, детского и подросткового здоровья (РМНДиПЗ) и все уровни системы здравоохранения и призванную обеспечить "эффективный охват", то есть полное и справедливое медицинское обслуживание для всех¹⁷, и устранить предотвратимую заболеваемость и смертность. Эта система определяет деятельность, которая должна осуществляться на уровне региона, страны и конкретного медицинского учреждения.

Показатели качества

Целью этих основ политики является достижение надлежащего качества обслуживания по шести показателям в соответствии со статьей 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП), в которой говорится о праве на наивысший достижимый уровень здоровья^{18, 19}.

1. Эффективность. Предоставляемое медицинское обслуживание основывается на доказательной базе и улучшении показателей здоровья как для отдельных лиц, так и для сообществ, с учетом соответствующих потребностей.

- Любой вид лечения или ухода за пациентами, предоставляемый в медицинском учреждении, основывается на протоколах и руководствах, опирающихся на международные научные данные.
- Медицинские работники обладают достаточными знаниями и навыками для предоставления необходимых услуг здравоохранения.
- В учреждении здравоохранения имеются оборудование, расходные материалы и базовая инфраструктура, необходимые для оказания соответствующих услуг здравоохранения.
- Медицинские работники способны уделять достаточное время эффективной работе со своими пациентами.

2. Обоснованность. Услуги здравоохранения оказываются таким образом, чтобы максимально оптимизировать использование ресурсов и предотвратить ненужные траты, и в таких условиях, когда навыки и ресурсы соответствуют медицинской потребности.

- Предоставляемые услуги здравоохранения способны удовлетворить нужды всех пациентов либо в пункте оказания медицинской помощи, либо через систему направлений.
- Услуги организованы таким образом, чтобы обеспечить непрерывность их предоставления в течение времени (в одном учреждении здравоохранения) и среди поставщиков медицинских услуг (система направлений и ранжирование уровней медицинской помощи).
- Ресурсы используются надлежащим образом, позволяющим извлечь из них максимальную пользу для пациентов и населения.

3. Доступность. Медицинское обслуживание предоставляется на своевременной основе, с учетом географических особенностей, и является экономически доступным.

- Учреждения, товары и услуги здравоохранения должны быть доступны для всех детей и членов их семей как де-юре, так и де-факто, без дискриминации по какому-либо из запрещенных признаков.
- Учреждения, товары и услуги здравоохранения должны находиться в пределах безопасной физической досягаемости для всех слоев населения, особенно для детей из уязвимых и социально отчужденных групп и членов их семей, включая детей, относящихся к меньшинствам и коренным народам, детей с ограниченными возможностями, детей, живущих с ВИЧ/СПИДом, а также детей, проживающих в сельской местности.
- Больницы должны оказывать экстренную медицинскую помощь и помощь в родоразрешении в любое время суток.
- Действующие политика и процедуры должны гарантировать, что медицинские услуги либо бесплатны, либо экономически доступны (при этом неофициальные платежи исключаются). Оплата услуг здравоохранения, а также услуг, связанных с обеспечением необходимых детерминант здоровья, должна определяться принципами равенства и отсутствия дискриминации, что означает, что подобные услуги, предоставляемые как государственным, так и частым сектором, должны быть экономически доступными, а их получение не должно быть связано с препятствиями. Сюда относятся вопросы, связанные с социальной защитой, взносами пациентов, транспортными расходами и т. д.
- Все группы населения имеют право обращаться за информацией и идеями по проблемам здоровья, получать и передавать эту информацию.

4. Приемлемость/сосредоточенность на пациенте. Предоставляемые услуги здравоохранения должны учитывать предпочтения и желания отдельных пациентов, а также особенности культуры сообществ, к которым они принадлежат.

- В центре предоставляемых медицинских услуг должен находиться пациент; медицинское обслуживание должно оперативно реагировать на ценности и выбор пациента и уважать их, содействуя удовлетворенности пациента и соблюдая права человека.
- Медицинское учреждение должно обеспечивать безопасные, чистые и привлекательные условия во всех аспектах.
- Все учреждения, товары и услуги здравоохранения должны соответствовать принципам медицинской этики и культурным критериям, учитывать требования в отношении гендерной проблематики и жизненного цикла, а также быть направленными на сохранение конфиденциальности пациентов.
- Медицинские работники должны быть толерантными, деликатными и приятными в общении.
- Учреждение должно внедрить систему сортировки пациентов по тяжести состояния и обеспечивать возможность получения консультаций без длительного ожидания как в случае записи на прием, так и без записи; также (где применимо) следует организовать систему быстрой выдачи направлений.
- Должна быть организована система сбора отзывов и комментариев от пациентов, которые учитываются при планировании услуг.

5. Равенство. Качество предоставляемых услуг здравоохранения не зависит от личных характеристик пациента, таких как возраст, пол, раса, этническое происхождение, место проживания или социально-экономический статус.

- Действующие политика и процедуры не ограничивают предоставление услуг здравоохранения никакими условиями.
- Медицинские работники лечат всех пациентов с равным вниманием и уважением, вне зависимости от статуса этих пациентов.

6. Безопасность. Предоставляемые услуги здравоохранения сводят к минимуму риски и вред для пациентов и медицинских работников.

- При оказании услуг здравоохранения гарантируется, что ни пациентам, ни персоналу не будет нанесен необоснованный ущерб ни вследствие самого лечения, ни вследствие способа его предоставления.
- В течение всего процесса непрерывного оказания помощи пациенты имеют возможность участвовать в планировании, разработке и оценке услуг.

Ситуация в Европейском регионе

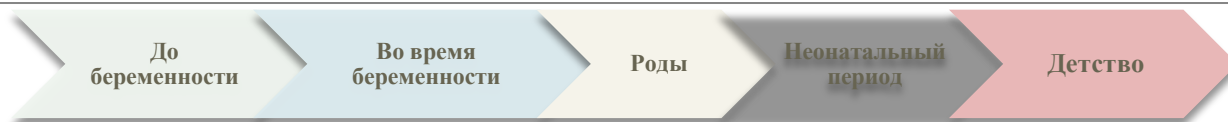
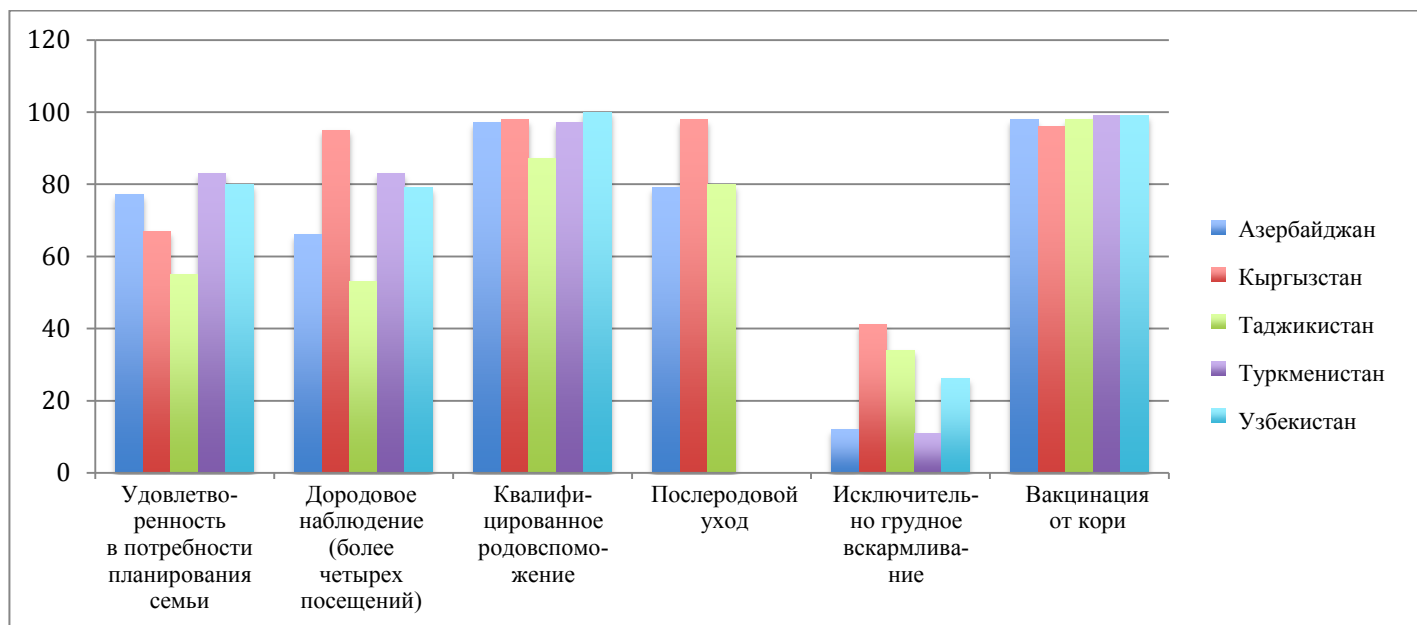
На сегодняшний день показатели выживаемости и охраны здоровья в Европейском регионе находятся в историческом максимуме. Тем не менее как внутри отдельных стран, так и между разными странами региона сохраняется значительное неравенство.

В Европейский регион ВОЗ входят страны с наиболее низкими показателями детской и материнской смертности в мире. Однако ситуация в разных странах региона сильно различается: показатели стран с наиболее высокой смертностью детей в возрасте до пяти лет в 20–30 раз превышают показатели стран с самым низким уровнем детской смертности (см. рис. 4), а показатели стран с наиболее высокой материнской смертностью в регионе в настоящее время, по оценкам, в целых 40 раз превышают показатели стран с самым низким уровнем материнской смертности (см. рис. 5).

Бремя самой высокой в регионе материнской и детской смертности несут, в частности, Азербайджан, Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан; ход выполнения этими странами ЦРТ и расширение охвата системы здравоохранения важнейшими мероприятиями по защите здоровья матери и ребенка тесно контролировались и отслеживались в рамках инициативы "Обратный отсчет до 2015 г." в течение последнего десятилетия. На рисунке 1 ниже показан охват избранными мероприятиями по защите репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей для пяти стран региона.

Наблюдается прогресс в расширении охвата основными мероприятиями. Однако в некоторых странах показатели материнской и детской смертности остаются высокими (рис. 2–5); хотя представленные данные показывают наличие возможностей для дальнейшего улучшения охвата (в частности, в отношении грудного вскармливания), информации о качестве проводимых мероприятий по охране здоровья недостаточно.

Рисунок 1. Охват (%) в процессе непрерывного оказания помощи (без учета охраны здоровья подростков) для стран Европейского региона с самым высоким бременем материнской и детской смертности (2015 г.)

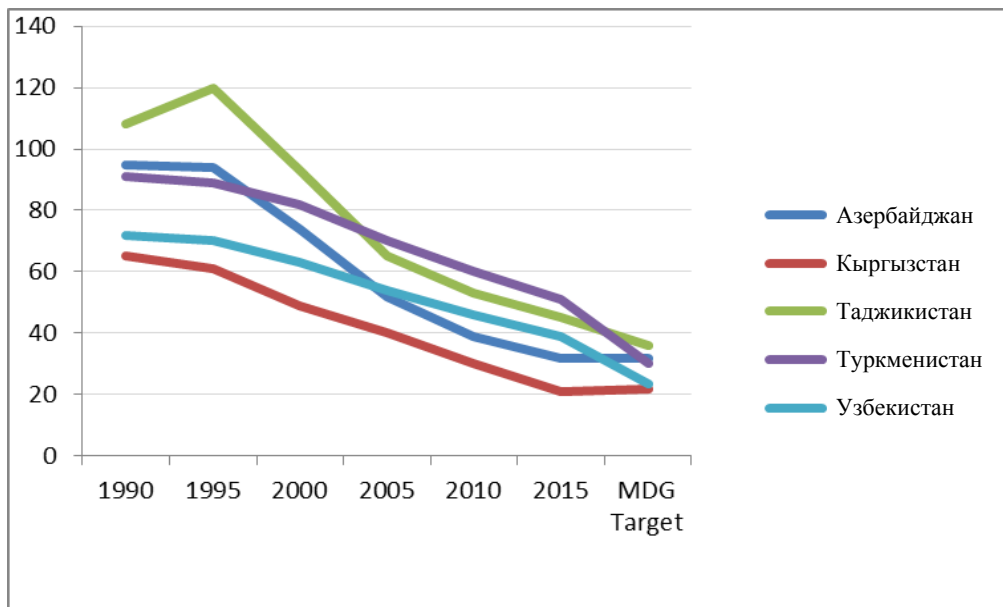


Источник: данные взяты из профилей стран, участвующих в инициативе "Обратный отчет", за 2015 г. (данные последних исследований в области демографии и здравоохранения (DHS) из первоисточников, кластерные обследования по многим показателям (MICS), другие национальные источники).

В рассматриваемых странах буквально повсеместно доступна квалифицированная помощь при родах, однако показатели материнской смертности остаются сравнительно высокими, что, предположительно, указывает на необходимость повышения качества оказываемых услуг.

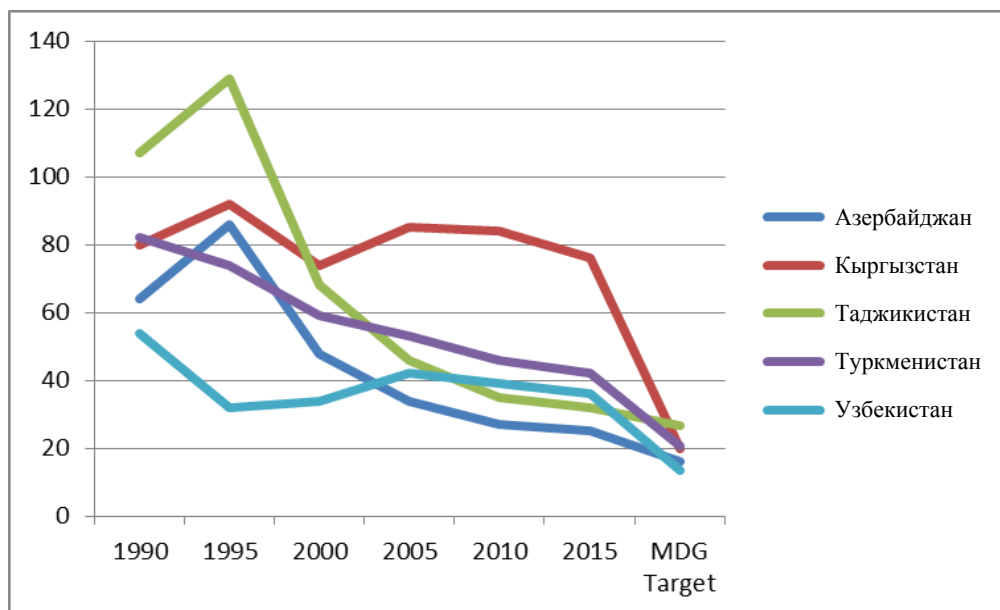
Снижение материнской и детской смертности и достижение ЦРТ в странах Европейского региона

Рисунок 2. Показатели смертности детей в возрасте до пяти лет (количество смертей на 1000 живорождений) в странах Европейского региона с самым высоким бременем смертности, в разбивке по годам



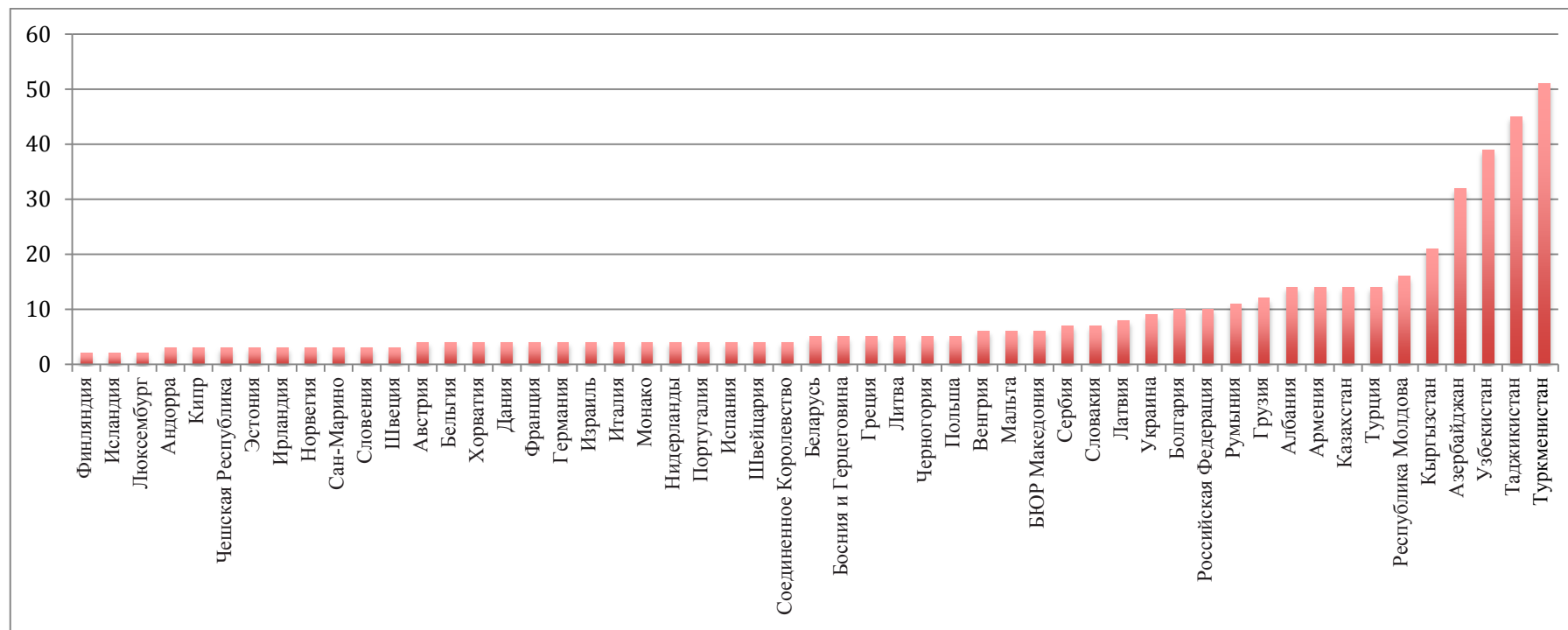
Источник: информация по оценкам детской смертности (СМЕ), <http://www.childmortality.org/index.php?r=site/>, по состоянию на 22 февраля 2016 г.

Рисунок 3. Показатели материнской смертности (количество смертей матерей на 100 000 живорождений) в странах Европейского региона с самым высоким бременем материнской смертности, в разбивке по годам



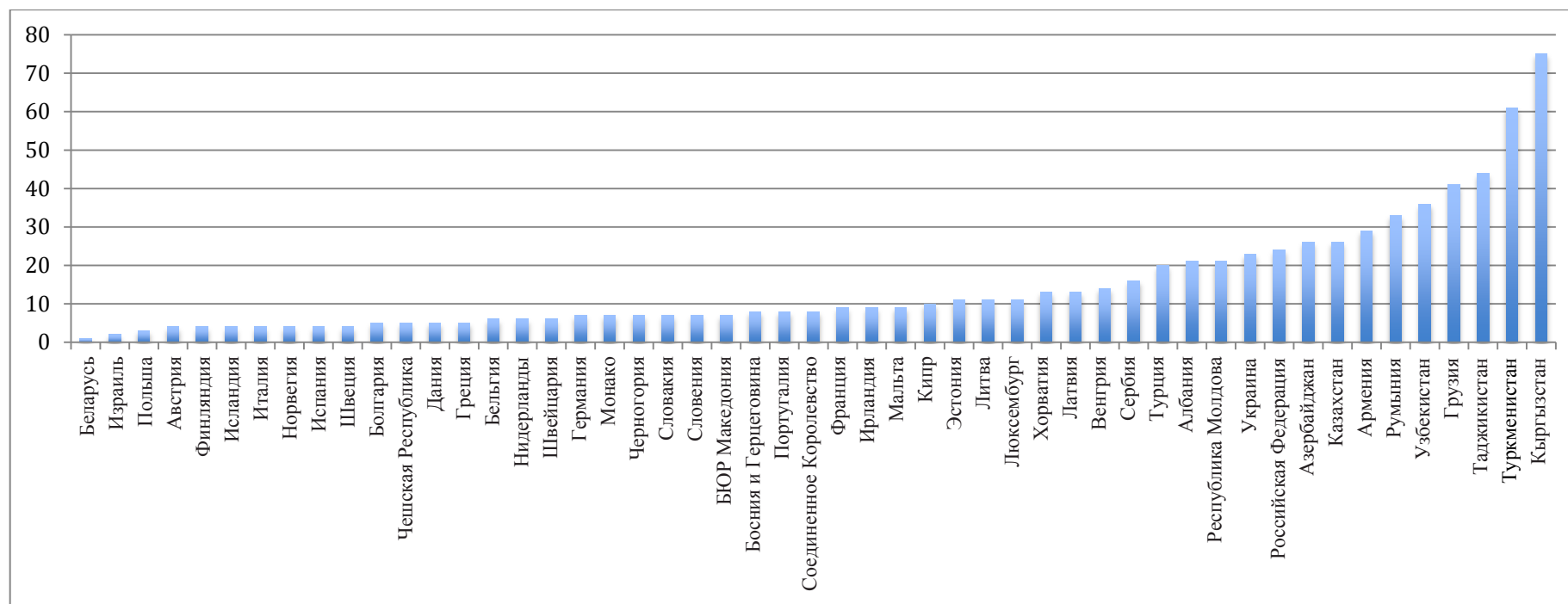
Источник: Межучрежденческая группа по оценке материнской смертности ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирного банка и Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций, http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/, по состоянию на 22 февраля 2016 г.

Рисунок 4. Показатели смертности детей в возрасте до пяти лет (количество смертей на 1000 живорождений) в странах Европейского региона (2015 г.)



Источник: информация по оценкам детской смертности (СМЕ), <http://www.childmortality.org/index.php?r=site/>, по состоянию на 22 февраля 2016 г.

Рисунок 5. Показатели материнской смертности (количество смертей на 100 000 живорождений) в странах Европейского региона (2015 г.)



Источник: Межучрежденческая группа по оценке материнской смертности ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Всемирного банка и Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций, http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/, по состоянию на 22 февраля 2016 г.

В последние десятилетия изменились не только показатели выживаемости, но и тенденции развития заболеваний и нетрудоспособности во всей популяции; в настоящее время все чаще преобладают неинфекционные заболевания или хронические/продолжительные заболевания. Это повлияло на организацию и предоставление услуг, а также на способы лечения пациентов. Теперь дети, родители и беременные женщины с хроническими заболеваниями дольше контактируют с учреждениями здравоохранения, поэтому нужно обращать особое внимание на эффективность системы направлений, просвещение пациентов и обслуживание при переводе из учреждения в учреждение или от специалиста к специалисту.

На состояние здоровья европейского населения серьезное влияние оказывают социальные детерминанты. Если говорить о детском здоровье, наиболее важными являются такие детерминанты, как социально-экономический статус, жизненные обстоятельства женщины, в том числе грамотность, миграционный статус, этническое происхождение, положение на рынке труда и среда²⁰.

Таблица 1. Обзор негативных воздействий и факторов риска и их влияние на детское здоровье в течение первых 12 лет жизни^{II}

<i>Основной фактор воздействия</i>	<i>Основные риски для здоровья</i>	<i>Эмбриональный и внутриутробный периоды развития</i>	<i>От рождения до 2 лет</i>	<i>Дошкольный возраст (3–6 лет)</i>	<i>Школьный возраст (7–12 лет)</i>
Плохое состояние здоровья матери	Плохой исход беременности, низкая масса тела при рождении	++++	+++	++	++
Ненадлежащее питание во время беременности и в первые годы жизни	Избыточный/недостаточный вес, анемия, инфекционные заболевания, иммунологические нарушения	++	++++	++	++
Ненадлежащий родительский уход	Психосоциальные проблемы и поведенческие расстройства		++++	++	++
Дискриминация и социальная отчужденность	Психосоциальные проблемы	++	+++	++	++
Токсины в окружающей среде	Врожденные пороки развития, заболевания легких, нейротоксичность, расстройства эндокринной системы, рак	+++	+++	++	+
Небезопасные условия дома и на улице	Травмы	+	++	+++	+++
Недостаточная физическая активность	Ожирение, сердечно-сосудистые и метаболические риски в дальнейшей жизни	+	+	++	+++
Алкоголь и табак	Врожденные пороки развития (в том числе фетальный алкогольный синдром, низкая масса тела при рождении, респираторные расстройства)	++++	++	+	+(++)

Источник: Carraneo et al., 2012.

^{II} Ingrid Wolfe, Martin McKee, European Child Health Services and Systems, Lessons without borders, Mc Graw Hill, Open University Press, 2013.

Исследование влияния социально-экономического неравенства на здоровье подростков, которое проводилось с 2002 по 2010 г. в 34 странах Северной Америки и Европы, показало, что *более высокий уровень неравенства в размере национального дохода связан с меньшей физической активностью, большим показателем массы тела и другими психологическими и физическими симптомами. Более высокий уровень неравенства в размере национального дохода также связан с большими различиями в социально-экономическом статусе (СЭС), в частоте возникновения психологических и физических симптомов и в общей удовлетворенности жизнью*²¹. Многолетнее исследование поведения детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC) также обнаружило, что возраст, пол и семейное благополучие являются важными средствами прогноза состояния здоровья молодежи в Европейском регионе ВОЗ. Данные показывают, что *во время этой фазы развития возникают и усугубляются неравенства в отношении здоровья, которые затем преобразуются в постоянные проблемы со здоровьем и неравенства во взрослой жизни*²².

Двенадцатый выпуск докладов исследовательского центра "Инноченти" *Дети рецессии: влияние экономического кризиса на благополучие детей в богатых странах* показал, что в 23 из 41 подвергавшейся анализу страны уровни детской бедности возросли. Наибольший рост этого показателя был зарегистрирован в Греции, Италии, Испании, Хорватии, в трех государствах Балтии, Исландии, Ирландии и Люксембурге. в Греции, Латвии и Испании уровень детской бедности превысил 36%, а в Греции он вырос в период с 2008 по 2012 г. с 23 до 40,5%, оказавшись самым высоким показателем детской бедности в странах ОЭСР²³. Экономический спад в ЕС напрямую затронул детей и молодежь, став причиной усугубления материальной нужды, ухудшения питания и продовольственной безопасности, снижения инвестиций в человеческий капитал (здравоохранение и образование), негативного влияния на психическое здоровье, ослабления защиты, сокращения возможностей трудоустройства и снижения фертильности²⁴. в заключение доклада сделан вывод, что *возможности правительства и общественных организаций в области защиты (детей) в таких важнейших сферах, как здравоохранение и образование, не улучшились и что в европейских странах, сильно или умеренно пострадавших от экономического спада, доля юношества, чьи потребности в области здравоохранения остаются неудовлетворенными, существенно возросла по сравнению с 2008 г.*

Упомянутые выше исследования показывают, что негативные тенденции в показателях смертности и выживаемости, неравенства, детской бедности, включая влияние экономического кризиса и мер суровой экономии на детском здоровье, не являются неизбежными. Это возлагает серьезную ответственность на директивные органы и на всю систему здравоохранения в целом.

Качество медицинского обслуживания в странах региона

Условия функционирования системы здравоохранения стран определяются национальной нормативно-правовой базой, включающей законодательные акты, регламентирующие документы, а также клинические руководства и протоколы, принятые государствами-членами. Действительно, формулировка закона может дать доступ к услугам здравоохранения всем или некоторым группам населения, а может лишить этого доступа; она может прояснить или запутать роль медицинских работников; и в конечном итоге улучшить или ухудшить показатели системы здравоохранения. Поскольку детерминанты здоровья во многом определяют состояние здоровья, благополучие и бедность населения, системе здравоохранения также важно учитывать законы и политические решения, принимаемые вне сектора здравоохранения. С учетом этого соображения системы

здравоохранения государств – членов ВОЗ в Европейском регионе должны опираться на прочную законодательную базу, провозглашающую примат принципов прав человека, закрепленных в международных договорах ООН, и увязанную с политикой в области образования, социальной защиты, налогообложения и т. д. в приложении 2 приводится неисчерпывающий перечень прав пациентов, закрепленных в различных международных договорах ООН, а также примеры нарушений вследствие недостаточного соблюдения этих прав.

Десять процентов пациентов из Европейского региона сталкиваются с предотвратимыми ошибками или нежелательными явлениями в больницах, приводящими к страданиям и потерям и увеличивающими финансовое бремя систем здравоохранения. Безопасность является важной частью повестки по контролю качества и показателем культуры качества, которая охватывает растущие сети пациентов и поставщиков, позволяет делиться опытом, учиться на ошибках и оценивать риски, облегчает эффективное медицинское обслуживание, основанное на доказательной базе, позволяет контролировать улучшения, а также расширять права и возможности пациентов и общественности и просвещать их, вовлекая в процесс медицинского обслуживания в качестве партнеров.

С 2000 г. Европейское региональное бюро ВОЗ проводит оценку услуг, оказываемых в больницах и амбулаторных медицинских учреждениях на протяжении всего процесса непрерывного оказания помощи, а также способствует совершенствованию этих услуг. Средства для повышения качества педиатрических услуг²⁵, а также здоровья матерей и новорожденных детей^{26, 27} основаны на стандартах доказательной медицины по лечению/ведению пациентов. Пересмотренные версии обогащались опытом, полученным во время внедрения инструментов проведения оценки; за время, прошедшее между первой и второй редакцией, были приняты новые рекомендации и руководства, основанные на фактических данных; кроме того, произошел сдвиг в сторону подхода к обслуживанию, в центре которого находится пациент, с обязательным уважением прав пациента и соблюдением принципов равенства. Параллельно возрастало понимание важности внедрения подхода к здравоохранению, основанного на соблюдении прав человека, в результате чего Европейское региональное бюро ВОЗ начало инвестировать в оценку и улучшение ситуации в области прав человека, в том числе прав детей, в больницах и медицинских учреждениях, для чего были разработаны, приняты и внедрены два инструмента проведения оценки^{28, 29}. Новая Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков на 2015–2020 гг., принятая Европейским региональным бюро ВОЗ, лишь подтвердила выбранный вектор приложения усилий³⁰.

Опубликованные и неопубликованные данные оценок состояния здоровья матерей и новорожденных, детей и подростков в Кыргызстане³¹, Таджикистане³² и Молдове³³, а также в других странах региона показывают, что качество медицинского обслуживания во многих случаях является неудовлетворительным. Основными негативными факторами, которые наблюдались в изучаемых районах и странах, были отсутствие системы сортировки в зависимости от тяжести состояния пациента, ненадлежащие процедуры оценки, позднее начало лечения, отсутствие нужных медикаментов, плохое знание протоколов лечения, избыточное применение лекарственных средств и недостаточный контроль. Лечащие медработники часто не просто не соблюдали рекомендаций руководств, основанных на принципах доказательной медицины и передовом опыте, но и не знали этих руководств.

Хотя доступ к квалифицированному родовспоможению распространен в регионе практически повсеместно, в некоторых государствах-членах показатели материнской и

младенческой смертности остаются высокими, а данные ряда небольших исследований показывают, что качество медицинского обслуживания во многих случаях по-прежнему представляет проблему. Высокий охват квалифицированными акушерами окажет свое позитивное действие только в том случае, если эти акушеры будут соблюдать основные процедуры и при необходимости оказывать экстренную помощь по спасению жизни. Даже в странах с высоким уровнем дохода и низким уровнем материнской и детской смертности качество медицинского обслуживания, удовлетворенность пациента и соблюдение протоколов, основанных на доказательной медицине, все еще остаются проблемой.

Результаты оценки соблюдения прав детей в больницах Таджикистана, Кыргызстана и Молдовы показали, что зачастую существует большая разница между тем, на что родители имеют право, и принятой в больнице практикой; разным детям предоставляется разный уход; не уделяется достаточно внимания отдельным правам, например праву на игру, учебу, получение информации и участие в лечении, защиту ребенка; кроме того, существует необходимость в модернизации больничной инфраструктуры^{34, 35}.

Систематическая интеграция правозащитной тематики в деятельность по охране здоровья женщин, детей и подростков необходима на протяжении всего цикла разработки политики и предоставления услуг. На рисунке 6 приведены примеры, подтверждающие важное значение и дополнительные преимущества включения правозащитной тематики в различные элементы всего цикла разработки политики.

Рисунок 6. Деятельность по охране здоровья женщин, детей и подростков, основанная на соблюдении прав человека



Источник: PMNCH Knowledge Summary 34 - Operationalizing human rights in efforts to improve women's, children's and adolescents' health.

Ниже в трех вставках приведены примеры подходов к качеству, принятых в странах региона.

Улучшение качества стационарной педиатрической помощи в Кыргызстане

В Кыргызстане качество педиатрической помощи было улучшено, а потенциал больниц был укреплен в результате осуществления мер по реализации проекта в рамках региональной программы повышения качества педиатрической помощи в больницах. Трехлетний пилотный проект был согласован в декабре 2014 г. и поддержан Европейским региональным бюро ВОЗ при финансировании и партнерской поддержке со стороны Российской Федерации.

Мероприятия в рамках проекта отражали этапы, намеченные в региональной программе, и на их основе в эти мероприятия вносились корректировки.

Вслед за созданием руководящей группы были отобраны 10 пилотных и 10 контрольных больниц, и во всех 20 больницах была проведена базовая оценка качества ухода. Карманный справочник ВОЗ по больничному уходу за детьми был адаптирован и в соответствии с приказом Министерства здравоохранения принят в качестве национального стандартного клинического руководства по ведению общераспространенных детских болезней. Проводились учебные занятия для национальных кадров инструкторов, а также было организовано каскадное обучение для медицинского персонала, включая средний персонал. Были разработаны индикаторы для мониторинга и инструмент поддерживающего кураторства при техническом содействии экспертов ВОЗ. в течение 2013 и 2014 гг. были проведены шесть циклов поддерживающего кураторства. Были закуплены и распределены комплекты основного оборудования для оказания экстренной помощи. Кроме того, были проведены оценки соблюдения прав детей во всех пилотных больницах.

Повторная оценка после проведения мероприятий выявила существенное сокращение случаев неоправданной госпитализации (с 47,6 до 13,2%) и полипрагмазии (с 83,8 до 12,6%), уменьшение применения капельного внутривенного вливания и некоторых болезненных процедур, в том числе инъекций.

Была перестроена работа приемных отделений и отделений экстренной помощи, и в настоящее время производится разделение пациентов на потоки. в педиатрических отделениях для детей организованы игровые комнаты.

Администрация больниц стремится к оказанию качественной медицинской помощи и содействует повышению качества в своих больницах посредством внутреннего аудита.

В каждой больнице создана группа по улучшению качества ухода во главе с координатором соответствующих мероприятий.

Как заявила одна из медсестер: "Я имею 40-летний опыт работы в больнице, но сегодня у нас детям стало удобнее. Проект очень нам помог – у нас теперь новое оборудование, красивые интерьеры, я прихожу на работу как в сказку. Дети нас больше не боятся".

Оценка показателей услуг здравоохранения, учитывающих интересы молодежи, в Республике Молдова в соответствии с принятыми в стране стандартами качества

Ключевой принцип повышения качества гласит: нельзя улучшить то, что не измеряется. Таким образом, данная оценка являлась составной частью работ по долгосрочному соглашению, согласно которому приоритетом каждой страны, области и района должно быть предоставление хорошо оцениваемых услуг, учитывающих интересы молодежи. Однако одна оценка сама по себе не может изменить ситуацию. Нужно применить результаты этой оценки на практике и провести мероприятия по повышению качества обслуживания – лишь таким образом можно добиться повышения показателей и желаемого воздействия на сектор.

Республика Молдова создала программу по оказанию услуг здравоохранения, дружественных к молодежи (УЗДМ), и использовала результаты внешней оценки для совершенствования этой программы и в конечном итоге для повышения качества услуг, оказываемых молодежи.

Данные внешней оценки показателей качества услуг здравоохранения, учитывающих интересы молодежи, в Республике Молдова в соответствии с принятыми в стране стандартами качества включали три важных области.

1. Медицинские центры, дружественные к молодежи (МЦДМ), не имели права оказывать полный пакет услуг; таким образом, обслуживание часто ограничивалось предоставлением информации и консультированием. Хотя конкретный пакет услуг, предоставляемый МЦДМ, определялся Министерством здравоохранения, центры не имели права оказывать клинические услуги подросткам и должны были направлять своих клиентов в специализированные центры для диагностики и лечения. Это противоречило самой идее услуг здравоохранения для молодежи, доступных по месту жительства и гарантирующих конфиденциальность и сохранение тайны.
2. МЦДМ, которые создавались как НПО, но впоследствии были переквалифицированы Министерством здравоохранения в МЦДМ, превзошли новые государственные центры по шести национальным стандартам качества, особенно по дружелюбному отношению и соответствию требованиям. Отсюда возникли вопросы о том, как лучше повысить мотивацию и показатели деятельности медицинских работников государственного сектора и/или как лучше воспользоваться существующим потенциалом вне государственного сектора.
3. Хотя в качестве цели проекта в явном виде озвучивалась задача "улучшить сексуальное и репродуктивное здоровье молодых мужчин и женщин Молдовы, в особенности уязвимых и входящих в группы повышенного риска", не были ни запланированы, ни проведены никакие специальные мероприятия по охвату уязвимых и находящихся в группе риска подростков. Более того, отсутствуют какие-либо данные о том, сколько подростков из охваченного проектом количества могут относиться к группе риска.

Спустя несколько месяцев после оценки в Кишиневе был проведен семинар с участием всех заинтересованных сторон, в задачи которого входили анализ результатов и составление плана для следующего этапа. Совместный анализ помог сформулировать и внедрить меры, необходимые для улучшения предоставляемых подросткам услуг.

Хотя полученный опыт подтверждает важную роль оценки в предоставлении услуг здравоохранения подросткам и молодежи, также важно помнить, что оценка позволяет измерить лишь то, что поддается измерению. Такие параметры, как сострадание и уважение, чрезвычайно важные для качества охраны подросткового здоровья, по-прежнему трудно измерить и выразить количественно.

Сводная информация о пилотировании инструмента ВОЗ по изучению законов, положений и политики в области репродуктивного, материнского, неонатального и детского здоровья и прав человека

Департамент репродуктивного здоровья и исследований, ВОЗ, Женева, в сотрудничестве с Программой по международному здравоохранению и правам человека Школы общественного здравоохранения Гарвардского университета, Бостон, США, разработали модуль по оценке сексуального и репродуктивного здоровья с точки зрения прав человека (2014 г.) (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/rmnc-h-human-rights/en/). Этот модуль позволяет странам использовать систему прав человека, чтобы определить барьеры и предложить пути по их преодолению или снижению.

Законы и политика играют ключевую роль в защите прав человека и укреплении сексуального и репродуктивного здоровья. Тем не менее во многих странах законы, нормативные акты и политика не всегда соответствуют стандартам в области прав человека, а также могут представлять собой барьер для наивысшего достижимого уровня сексуального и репродуктивного здоровья.

Две страны Европейского региона ВОЗ приняли участие в экспериментальном тестировании этого модуля: Республика Молдова и Таджикистан. Процесс возглавлялся министерствами здравоохранения при технической поддержке со стороны ВОЗ и активном участии национальных экспертов, ассоциаций – членов Международной федерации планируемого родительства и другими организациями гражданского общества. в Республике Молдова оценка проводилась с целью изучения и укрепления программ правительства в области сексуального и репродуктивного здоровья, в то время как в Таджикистане акцент был сделан больше на правах человека и охране сексуального и репродуктивного здоровья.

В Молдове вопросы, касающиеся репродуктивного здоровья, регулируются Законом № 185-XV "Об охране репродуктивного здоровья и планировании семьи". Закон гарантирует следующие права:

- право на принятие свободного решения по воспроизводству (число детей и время их рождения, в браке или вне брака);
- право на получение информации по вопросам репродуктивного здоровья и планирования семьи;
- право на донорство гамет;
- право на искусственное осеменение и экстракорпоральное оплодотворение;
- право несовершеннолетних на охрану репродуктивного здоровья и половое воспитание.

Правительство Республики Молдова регулярно представляет отчеты по мониторингу соблюдения прав человека в рамках механизмов различных конвенций ООН. Аспекты, касающиеся прав человека и сексуального и репродуктивного здоровья, решаются как в отчетах правительства, так и в выводах и рекомендациях комитетов ООН. Таким образом, с одной стороны, определенный прогресс достигнут в отношении репродуктивных прав, в частности: снижение материнской смертности, принятие важных национальных планов и программ по содействию охране репродуктивного здоровья женщин. С другой стороны, Молдова продолжает сталкиваться с определенными проблемами, такими как использование абортов в качестве метода планирования семьи; низкий уровень использования современных методов контрацепции; большое число случаев беременности и абортов среди подростков; отсутствие сексуального и репродуктивного образования в школьных программах; отсутствие информации, основанной на фактических данных, относящихся к вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, для разных групп населения; рост числа инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД; сохраняющиеся патриархальные взгляды и глубоко укоренившиеся стереотипы в отношении роли и обязанностей женщины и мужчины в семье и обществе; ограниченный доступ к услугам здравоохранения для женщин в сельских районах и для этнических меньшинств, в частности для представителей народности рома.

Доклад о существующих правовых барьерах в области улучшения сексуального и репродуктивного здоровья и рекомендации по их преодолению были разработаны и представлены широкому кругу заинтересованных сторон. в целях ускорения хода осуществления этих рекомендаций при канцелярии премьер-министра Республики Молдова был создан Межведомственный комитет по мониторингу сексуального и репродуктивного здоровья и прав человека.

Изучение действующего законодательства, политики и программ Таджикистана фокусировалось на вопросах охраны здоровья подростков. Рассматривались факторы, влияющие на здоровье подростков и молодых людей. Эти факторы включают широкий перечень медицинских, социальных, экономических и экологических аспектов. Комитет по правам ребенка, который осуществляет контроль за ходом осуществления Конвенции о правах ребенка, признает, что право на образование требует предоставления информации, необходимой для здорового образа жизни. Тем не менее в свете статьи 24 Конвенции о правах ребенка Комитет рекомендует Республике Таджикистан обеспечить подросткам доступ к образованию по вопросам репродуктивного здоровья и к специализированным консультативным услугам для детей. в своих рекомендациях Комитет ООН по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин рекомендовал широко поощрять образовательные программы в области планирования семьи и репродуктивного здоровья и сосредоточить эти программы как на девочках, так и мальчиках с особым акцентом на профилактике ранней беременности среди девочек и ранних браков. Комитет также выразил обеспокоенность тем, что официальный возраст вступления в брак в Таджикистане был уменьшен до 17 лет.

Результаты этого исследования помогли политикам понять существующие проблемы, с которыми сталкиваются подростки. Оценка способствовала внесению изменений в существующие законы и поощрению разработки эффективных программ и проектов, осуществлению более целенаправленных мероприятий по защите подростков в Таджикистане.

Непрерывное оказание помощи

Непрерывное оказание помощи может определяться показателем времени (в течение всей жизни, в том числе до и во время беременности, родов, в неонатальном периоде, детстве и подростковом периоде), а также показателем местности или уровня обслуживания (населенный пункт, амбулаторное медицинское учреждение, больница широкого профиля).

На базе доказательной медицины были подготовлены и опубликованы пакеты мероприятий по планированию семьи, безопасному прерыванию беременности и охране материнского, неонатального, детского и подросткового здоровья³⁶. Если внедрить данные пакеты услуг с достаточным охватом и надлежащим качеством на всех уровнях медицинской помощи и обеспечить при этом функциональную связь между разными уровнями медицинских учреждений в системе здравоохранения и между пакетами предоставляемых услуг, эти пакеты помогут спасти жизни и избежать большинства предотвратимых смертей³⁷.

Услуги, которые будут предоставляться с целью повышения обоих показателей непрерывного оказания помощи, показаны на рисунке 7.

Рисунок 7. Мероприятия и пакеты услуг для усиления охраны материнского, неонатального, детского и подросткового здоровья, а также для обеспечения непрерывного оказания медицинской помощи на всех уровнях

Уровни медицинской помощи	Репродуктивное здоровье	Материнское здоровье	Здоровье новорожденных	Детское здоровье	Здоровье подростков
Больница	<p>Экстренная медицинская помощь</p> <p>Ведение пациентов с ЗППП/ВИЧ</p> <p>Искусственное прерывание беременности по желанию пациентки</p> <p>Послеабортный уход</p> <p>Лечение медицинских состояний, побочных явлений и/или осложнений</p>	<p>Экстренная акушерская помощь</p> <p>Квалифицированное родовспоможение</p> <p>Ведение осложнений беременности, родов и раннего послеродового периода, включая кесарево сечение, переливание крови, удаление матки</p> <p>Стимуляция родов</p> <p>ППМР</p>	<p>Реанимация новорожденных</p> <p>Ведение новорожденных с тяжелыми проблемами</p>	<p>Экстренная медицинская помощь</p> <p>Ведение пациентов с тяжелыми заболеваниями</p>	<p>Экстренная медицинская помощь</p> <p>Ведение пациентов с ЗППП/ВИЧ</p> <p>Искусственное прерывание беременности по желанию пациентки</p> <p>Послеабортный уход</p> <p>Лечение медицинских состояний, побочных явлений и/или осложнений</p>
Амбулаторное учреждение здравоохранения	<p>Консультирование по методам планирования семьи и предоставление доступа ко всем этим методам</p> <p>Профилактика ЗППП/ВИЧ и ведение пациентов с ЗППП/ВИЧ</p> <p>Искусственное прерывание беременности по желанию пациентки</p> <p>Выдача направлений</p>	<p>Ведение беременности и оценка благополучия матери и плода, включая питание (4 дородовых посещения)</p> <p>Выявление осложнений беременности</p> <p>Выдача направлений</p>	<p>Реанимация новорожденных</p> <p>Совместное пребывание матери и новорожденного</p> <p>Исключительно грудное вскармливание</p> <p>Профилактика и лечение инфекций</p> <p>Вакцинация МК</p> <p>Выявление, ведение на начальном этапе и выдача направлений для младенцев с симптомами тяжелых заболеваний</p> <p>Выдача направлений</p>	<p>Интегрированное ведение детских болезней</p> <p>Вакцинация</p> <p>Противомалярийные сетки, обработанные инсектицидами</p> <p>Питание, в том числе витамин А и цинк</p> <p>Уход за детьми с ВИЧ</p> <p>Выдача направлений</p>	<p>Услуги здравоохранения с учетом интересов молодежи, включающие полный комплект услуг, в том числе современные/безопасные средства контрацепции, профилактику ВИЧ/СПИДа, ЗППП, насилия (и его последствий), курения, нежелательных беременностей и нарушений питания</p> <p>Ведение пациентов с распространенными заболеваниями</p> <p>Выдача направлений</p>

<p>Местный пункт медицинской помощи</p>	<p>Пропаганда здорового образа жизни и санитарное просвещение</p> <p>Оценка питания подростков и женщин в период до беременности</p> <p>Распространение средств контрацепции, в том числе экстренной контрацепции</p> <p>Выявление признаков насилия в семье и сексуального насилия и выдача направлений для получения помощи</p> <p>Профилактика ЗППП/ВИЧ</p>	<p>Предоставление информации и консультирование</p> <p>Планирование родов, консультирование по родам, опасным симптомам и готовность к экстренным ситуациям</p> <p>Санитарное просвещение по профилактике инфицирования при родах, а также по уходу за новорожденными, включая потребность в тепле, раннем и исключительном грудном вскармливании</p>	<p>Продвижение и поддержка следующего:</p> <ul style="list-style-type: none"> • исключительно грудное вскармливание; • тепловая защита; • профилактика инфекций; • правильный уход за младенцами с низким весом; • распознавание проблем, заболеваний и своевременное обращение за помощью, плановые осмотры; • регистрация новорожденных 	<p>Продвижение и поддержка следующего:</p> <ul style="list-style-type: none"> • грудное вскармливание и надлежащий прикорм; • распознавание проблем, заболеваний и своевременное обращение за помощью; • выявление детей с симптомами тяжелых заболеваний и направление их для получения специализированной помощи; • выявление и ведение больных диареей, пневмонией и малярией 	<p>Пропаганда здорового образа жизни и санитарное просвещение</p> <p>Питание</p> <p>Профилактика насилия, курения, ВИЧ/СПИДа и ЗППП, нежелательных беременностей, нарушений питания, а также поддержка на местном уровне услуг здравоохранения с учетом интересов молодежи</p>
---	--	---	---	--	--

МК – "метод кенгуру"; ППМР – профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку; ЗППП – заболевания, передающиеся половым путем.

Адаптировано по Conceptual and Institutional Framework of the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health; WHO Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health; и Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA et al, Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery.

Видение региональной программы

Видение региональной программы заключается в том, что все страны Европейского региона должны предоставлять всеобщий доступ к **справедливому и высококачественному медицинскому обслуживанию** на любом уровне для каждой женщины, новорожденного, ребенка и подростка.

Целью региональной программы является улучшение качества услуг по охране репродуктивного, материнского, неонатального, детского и подросткового здоровья во всех странах региона посредством:

- интеграции положений о правах человека в процессы повышения качества;
- выявления ключевых областей, требующих усовершенствования;
- адресной работы с "узкими местами", затрудняющими оказание медицинской помощи;
- внедрения непрерывной и стабильной системы повышения качества;
- совершенствования процесса реализации положений по правам человека, а также контроля и отчетности перед договорными органами ООН по правам человека.

Региональная программа ставит перед собой задачу – достичь к 2020 г. следующих целей.

Необходимо принимать меры по укреплению систем здравоохранения, ориентированных на человека, чтобы обеспечить всеобщий доступ к высококачественным услугам по охране материнского и детского здоровья, особенно для уязвимых групп населения, таких как беженцы и мигранты.

Страны определяют собственные задачи исходя из своих конкретных потребностей. Общие задачи:

- анализ национальной нормативно-правовой среды;
- разработка национальных программ обеспечения качества;
- разработка недостающих стандартов качества и клинических протоколов лечения, соответствующих международным стандартам;
- разработка и внедрение инструментов оценки качества медицинского обслуживания и соблюдения прав человека в соответствии с существующими стандартами и клиническими протоколами лечения;
- обучение экспертов оценке качества обслуживания и соблюдения прав человека на соответствие принятым стандартам, а также процедурам переоценки;
- создание механизма повышения качества и внедрение общего, коллективного подхода к повышению качества;
- создание национальных или международных механизмов отчетности о качестве услуг, безопасности пациентов и нежелательных явлениях;
- разработка методики аккредитации/сертификации в соответствии с принятыми стандартами;
- содействие отчетности перед договорными органами ООН по правам человека в аспекте права на охрану здоровья.

Цели национальных систем здравоохранения

Для достижения перечисленных ниже целей и обеспечения высокого качества обслуживания на всех уровнях системы здравоохранения нужно учитывать наличие определенных исходных ресурсов, в частности кадрового потенциала, инфраструктуры, оборудования и снабжения лекарственными средствами. Лишь при условии правильного, эффективного и рационального использования этих исходных ресурсов можно привести оказываемые услуги здравоохранения в соответствие со стандартами и в конечном итоге добиться поставленных целей и желаемого результата – улучшения состояния здоровья женщин, новорожденных, детей и подростков (рис. 8).

Рисунок 8. Схема исходных ресурсов, процессов и результатов при внедрении стандартов медицинского обслуживания



Источник: адаптировано по University Research Co., LLC, Quality Improvement Handbook for TB and MDR-TB Programs, 2013.

Странам предлагается принять нормативные акты для реализации следующих целей:

на национальном уровне:

- проведение анализа национальной нормативно-правовой среды;
- реформирование и модернизация национальной нормативно-правовой среды;
- усовершенствование отчетности национальных учреждений перед договорными органами ООН по правам человека в аспекте права на охрану здоровья, особенно на высококачественное медицинское обслуживание;
- разработка протоколов по внедрению законодательных актов на уровне больниц и амбулаторных медицинских учреждений;

на уровне больниц (все учреждения, оказывающие стационарную помощь):

- осуществление во всех больницах аудита детской смертности, включая регулярный анализ нежелательных явлений (как минимум раз в три месяца), по результатам которого принимаются соответствующие меры по повышению качества;
- проведение всеми больницами конфиденциального расследования материнской смертности (BTN), по результатам которого принимаются соответствующие меры по повышению качества;
- предоставление всеми больницами услуг по ведению беременности с повышенным риском, а также экстренной акушерской и неонатальной помощи в соответствии со стандартами (международными руководствами по лечению);
- предоставление всеми больницами услуг по безопасному аборту в соответствии со стандартами (международными руководствами по лечению);
- получение всеми женщинами, рожаящими в больнице, медицинской помощи в соответствии со стандартами (международными руководствами по лечению);

- получение всеми младенцами, рожденными в больнице, медицинской помощи в соответствии с основными стандартами неонатальной помощи (международными руководствами по лечению);
- получение всеми госпитализированными детьми лечения в соответствии со стандартами (международными руководствами по лечению);
- получение всеми госпитализированными подростками ухода и лечения в соответствии с международными руководствами по лечению, включая оценку домашних условий, образования/трудоустройства, питания, употребления наркотиков, сексуального здоровья и суицидальности (HEADSS);
- наличие во всех больницах перечней основных лекарственных средств и отсутствие в течение трех последних месяцев дефицита основных лекарств;
- внедрение во всех больницах системы повышения качества, разработанной с участием заинтересованных сторон, включая беременных женщин, их мужей или партнеров, детей, подростков и родителей;
- проявление всеми пациентами удовлетворенности получаемым обслуживанием;

на уровне амбулаторных учреждений здравоохранения:

- наличие во всех учреждениях перечней основных лекарственных средств и отсутствие в течение трех последних месяцев дефицита основных лекарств;
- получение всеми женщинами и мужчинами качественных услуг по планированию семьи, включая консультационные услуги и услуги по безопасному аборту, в соответствии со стандартами (международными руководствами по лечению);
- получение всеми женщинами, обращающимися в амбулаторное медицинское учреждение по вопросам родового наблюдения, обслуживания в соответствии со стандартами (международными руководствами) как минимум в ходе четырех посещений;
- получение всеми женщинами, рожавшими в амбулаторном медицинском учреждении, медицинской помощи в соответствии со стандартами (международными руководствами по лечению);
- получение всеми новорожденными, находящимися в амбулаторном медицинском учреждении для получения медицинской помощи, лечения в соответствии с руководством по ИВБ(Н)ДВ (или другими международными стандартами);
- получение всеми детьми, находящимися в амбулаторном медицинском учреждении для получения медицинской помощи, лечения в соответствии с руководством по ИВБ(Н)ДВ (или другими международными стандартами);
- получение всеми подростками, обратившимися за помощью в амбулаторное медицинское учреждение, услуг, включая услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, в соответствии со стандартами услуг здравоохранения, дружественных к молодежи (УЗДМ) (или другими международными стандартами);
- внедрение во всех амбулаторных медицинских учреждениях системы повышения качества, разработанной с участием заинтересованных сторон, включая беременных женщин, их мужей или партнеров, детей, подростков и родителей;
- проявление всеми пациентами удовлетворенности получаемым обслуживанием;

на местном уровне:

- посещение медработником в течение двух дней с момента родов/выписки из больницы/амбулаторного медицинского учреждения всех женщин и новорожденных в рамках послеродового ведения в соответствии с международными стандартами;
- доступ к медицинскому работнику для всех женщин и мужчин, в том числе подросткового возраста, в местном пункте медицинской помощи в соответствии с международными стандартами;
- доступ всех детей к услугам школьной службы здравоохранения.

Прогресс на пути к достижению этих целей измеряется на основе данных, собранных при оценке амбулаторных медицинских учреждений и больниц, а также полученных от национальных информационных систем здравоохранения и при необходимости по результатам обследований в области демографии и здравоохранения. Механизм сбора данных по показателям качества обслуживания определяется и внедряется на глобальном уровне³⁸.

На рисунке 9 приводится краткий обзор основных областей деятельности, необходимой для внедрения процессов обеспечения надлежащего качества обслуживания.

Рисунок 9. Ключевые компоненты обеспечения надлежащего качества мероприятий в области здравоохранения

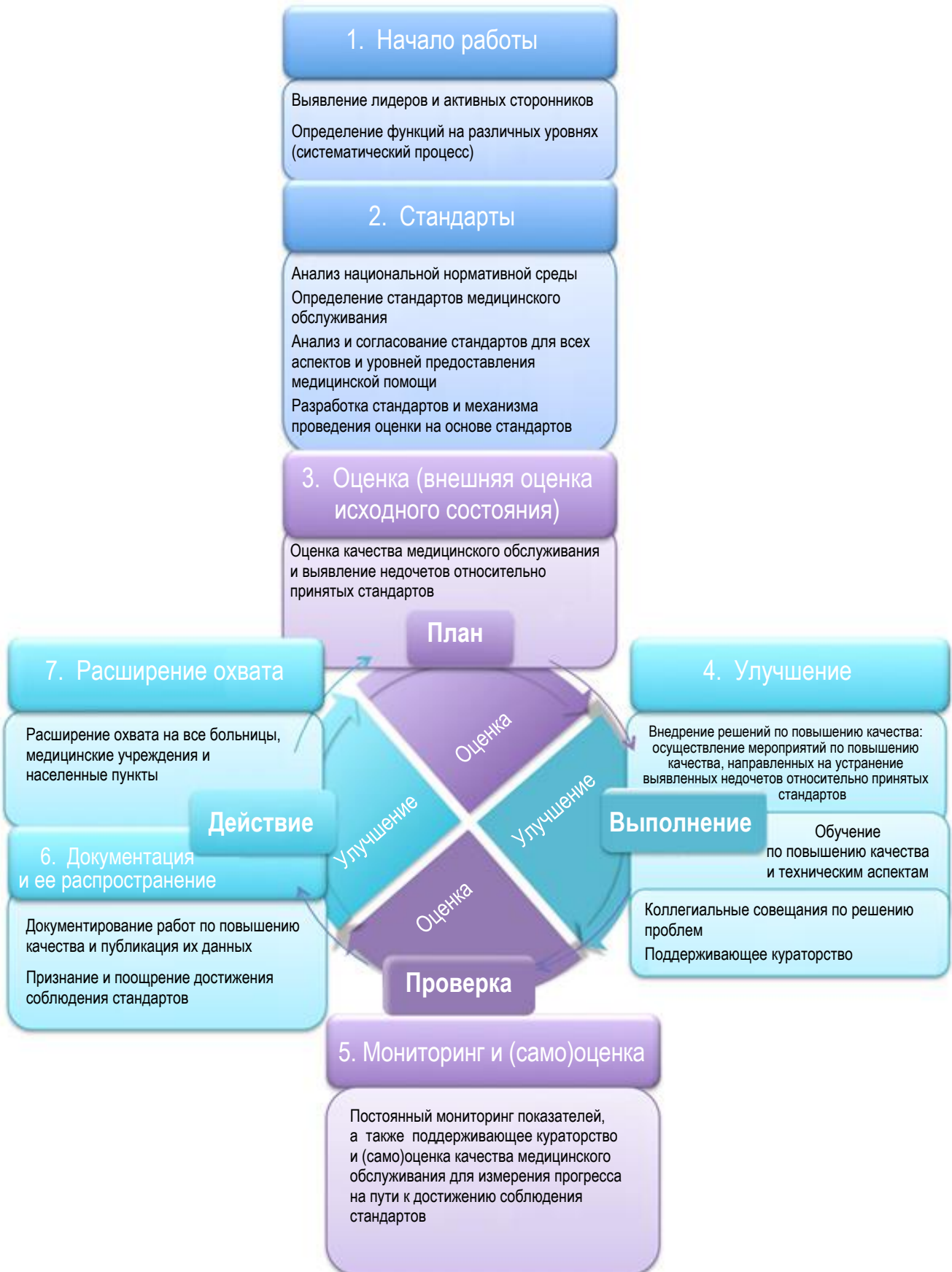


Систематический процесс внедрения

Систематический процесс внедрения на уровне страны с поддержкой на региональном и глобальном уровнях, там и где необходимо, позволит гарантировать надлежащее качество мероприятий в области здравоохранения, не допустить вредной практики и обеспечить соблюдение прав детей и женщин. Предлагаемый систематический процесс включает перечисленные ниже семь ключевых компонентов (рис. 10).

1. Начало работы:
 - выявление лидеров и активных сторонников;
 - определение функций на различных уровнях;
 - анализ национальной нормативной среды;
 - анализ доступной информации о качестве медицинского обслуживания.
2. Определение стандартов медицинского обслуживания:
 - разработка/адаптация руководств, созданных на основе стандартов качества медицинского обслуживания и соблюдения прав человека;
 - разработка/адаптация инструментов оценки на основе стандартов и руководств.
3. Оценка действующих стандартов качества медицинского обслуживания и соблюдения прав человека и выявление пробелов в предоставляемом обслуживании с учетом принятых стандартов.
4. Улучшение:
 - создание групп по повышению качества, в задачи которых будет входить выявление и решение проблем, а также выполнение вынесенных по итогам оценок рекомендаций;
 - принятие коллективного подхода, призванного обеспечить соблюдение руководств, основанных на стандартах медицинского обслуживания;
 - обучение медицинского персонала работе с системой повышения качества.
5. Непрерывный контроль показателей и осуществление поддерживающего кураторства, а также (само)оценка качества обслуживания для измерения прогресса на пути к полному соблюдению стандартов.
6. Документация и публикация работ по программе повышения качества, а также признание и поощрение соблюдения стандартов.
7. Охват всех больниц, медицинских учреждений и населенных пунктов.

Рисунок 10. Семь ключевых компонентов систематического процесса



1. Начало работы

Выявление лидеров и активных сторонников

Для начала работы, запуска процессов повышения качества и обеспечения их устойчивости важнейшую роль играют институциональная база и поддержка лидеров на всех организационных уровнях. Как правило, ведущую роль на национальном уровне играет министерство здравоохранения. Необходимо создать национальную группу (руководящий комитет) по повышению качества медицинского обслуживания, если такой группы еще нет.

Возможно, потребуется проинструктировать директивные органы по вопросам важности повышения качества медицинского обслуживания. В разных странах директивные органы могут находиться на разных уровнях власти, поскольку многие страны провели децентрализацию различной степени, передав политические, фискальные и административные полномочия субнациональным органам управления.

Кроме того, чрезвычайно важно заручиться поддержкой лидеров на уровне больниц и амбулаторных медицинских учреждений, в которых будут внедряться меры по повышению качества: это могут быть активные сторонники или ведущие работники сферы здравоохранения, обладающие клиническими, управленческими, мотивационными навыками и опытом межличностного общения и способные возглавить необходимые процессы повышения качества медицинского обслуживания.

Определение функций на различных уровнях

Функции и служебные обязанности на разных уровнях (национальном, субнациональном, в органах здравоохранения и т. д., а также в национальном руководящем комитете) различаются. На национальном уровне правительство – как правило, через министерство здравоохранения – выполняет поддерживающие, координирующие и регулирующие функции, выделяя достаточные ресурсы, определяя стандарты для различных уровней медицинской помощи и включая программы повышения качества медицинского обслуживания в национальные планы действий. На местном уровне для внедрения усовершенствований в практику оказания медицинской помощи детям в больницах и стимулирования сотрудничества с заинтересованными сторонами требуется мотивированная лидерская поддержка со стороны старшего руководства больницы. Профессиональные организации здравоохранения, научные учреждения или аттестационные органы вносят свой вклад в процесс усовершенствования, предлагая экспертную поддержку на национальном и местном уровне, включая процессы улучшения в учебные планы и поощряя больницы и амбулаторные медицинские учреждения, которые выполняют необходимые стандарты медицинского обслуживания.

На национальном уровне

Правительство – как правило, через министерство здравоохранения – обеспечивает включение задач по повышению качества медицинского обслуживания в национальную политику, планы действий и другие стратегические директивы. Повышение качества медицинского обслуживания должно включаться как неотъемлемая часть в задачи всех соответствующих программ здравоохранения национального уровня. Нужно составить комплексные планы и подготовить необходимые людские, финансовые и организационные ресурсы, с тем чтобы обеспечить непрерывность оказания медицинской помощи от уровня семьи и сообщества до медицинского центра, от пунктов оказания медицинской помощи первого уровня до медицинских учреждений третьего уровня. Следует поддерживать сотрудничество с другими группами, работающими над вопросами здравоохранения, в том числе с национальными организациями по защите прав человека

или иными органами, отчитывающимися перед договорными органами ООН по правам человека.

Ключевой функцией центрального уровня является определение национальных стандартов медицинского обслуживания (см. раздел "Стандарты").

Национальная группа (руководящий комитет) по повышению качества охраны РМНДиПЗ

Для содействия процессам усовершенствования можно создать национальную группу (руководящий комитет) по повышению качества охраны РМНДиПЗ, которая может войти в состав более широкого комитета по повышению качества медицинского обслуживания. Эта группа объединит государственных служащих с официальными полномочиями и лиц, обладающих техническим опытом и знаниями, необходимыми для управления процессом улучшения. в состав группы должны войти представители министерства здравоохранения; национальных организаций по защите прав человека, включая уполномоченного по правам ребенка, если в стране существует такая должность; врачи, медсестры и акушерки из основных больниц широкого профиля; представители профессиональных ассоциаций врачей и медсестер; агентств Организации Объединенных Наций; доноров; органов финансирования здравоохранения и аттестационных органов.

Национальная группа (руководящий комитет) выполняет следующие функции:

- адресно решает проблемы, связанные с улучшением обслуживания и требующие стратегического решения;
- устанавливает/пересматривает национальные стандарты медицинского обслуживания;
- осуществляет надзор за планированием и координацией процесса повышения качества на национальном и субнациональном уровнях;
- разрабатывает ключевые направления для процесса повышения качества на национальном уровне;
- на постоянной основе предлагает экспертную помощь и поддержку группам по повышению качества, работающим на уровне амбулаторных медицинских учреждений и больниц;
- координирует мониторинг процесса повышения качества на национальном уровне;
- планирует, осуществляет или контролирует научные исследования в рамках процесса повышения качества.

Профессиональные организации здравоохранения

В профессиональных организациях здравоохранения, включающих медицинские факультеты, школы общественного здравоохранения, государственные и частные организации по обучению работников здравоохранения, а также профессиональные ассоциации врачей и медсестер, есть ведущие клиницисты и научные работники с техническим опытом, позволяющим управлять процессами улучшения.

Профессиональные организации здравоохранения могут выполнять особые функции. Например, профессиональные ассоциации врачей и медсестер могут сыграть важную роль в установлении стандартов и мониторинге больниц и медицинских учреждений.

Аналогичным образом они могут сыграть существенную роль во введении аспектов качества медицинского обслуживания и соблюдения прав человека в учебные планы базовой профессиональной подготовки врачей, медсестер и акушерского персонала.

Другие стороны

В некоторых странах процесс повышения качества могут также поддерживать международные организации, доноры, органы финансирования здравоохранения и аттестационные органы, способные определять стандарты медицинской помощи для услуг, которые они финансируют или поддерживают. Ценным может оказаться также вклад со стороны местных комитетов по вопросам качества государственных услуг и со стороны гражданского общества.

На субнациональном или районном уровне

В зависимости от степени децентрализации многие из перечисленных выше функций могут быть переданы на субнациональный или районный уровень.

На уровне амбулаторных медицинских учреждений и больниц: группа по повышению качества

Амбулаторные медицинские учреждения и больницы могут получать поддержку от государства и/или финансовую и техническую помощь из других источников, включая неправительственные организации, в соответствии с национальным законодательством. Поскольку процесс улучшения медицинского обслуживания происходит преимущественно на уровне медицинских учреждений, чрезвычайно важна мотивированная лидерская поддержка со стороны директора, заведующего и главных врачей медицинского учреждения.

Функции группы по повышению качества, работающей в медицинском учреждении (см. приложение 1), включают:

- инициирование действий по повышению качества;
- содействие процессу повышения качества;
- взаимодействие с другими группами по повышению качества посредством внедрения стратегии сотрудничества;
- координацию процесса повышения качества с более высокими уровнями медицинской помощи;
- регулярный мониторинг процесса повышения качества;
- поддержание диалога с местным сообществом;
- по желанию – проведение научных исследований процесса повышения качества.

Анализ национальной нормативно-правовой среды

Национальная нормативно-правовая среда включает:

- законодательство в сфере здравоохранения, затрагивающее любые области непрерывного оказания помощи;
- основанные на принципах доказательной медицины клинические руководства и протоколы на протяжении всего процесса непрерывного оказания помощи;
- директивные органы, ответственные за принятие решений, их осуществление и оценку предоставляемого медицинского обслуживания.

Национальная нормативно-правовая среда определяет контекст, в котором работают организации здравоохранения и осуществляется медицинское обслуживание населения. Законодательство и политика должны обеспечить выживаемость, развитие и процветание

всех групп населения, гарантируя справедливое, физически и экономически доступное, приемлемое и высококачественное медицинское обслуживание. Особенно важно, чтобы нормативно-правовая среда обеспечивала недопустимость дискриминации, руководствовалась положениями в области прав человека и полностью соответствовала стандартам.

Национальная нормативно-правовая среда должна включать руководства и протоколы, посредством которых претворяются в жизнь законодательные акты и меры политики. Эти документы нужно распространять и отслеживать их исполнение на уровне страны и медицинских учреждений.

На веб-сайте Европейского регионального бюро ВОЗ представлен инструментарий ВОЗ по оценке национальной нормативно-правовой среды в отношении охраны неонатального, детского и подросткового здоровья и по использованию правозащитной проблематики в процессе охраны сексуального и репродуктивного здоровья в целях повышения качества нормативно-правовой базы.

2. Определение стандартов медицинского обслуживания

Стандарты медицинского обслуживания разрабатываются на основе международных научно обоснованных руководств. Задача стандартов – согласовать ожидаемые и контрольные показатели, по которым будет оцениваться качество обслуживания. Во многих странах действует множество законов и руководств в поддержку здравоохранения; к сожалению, часто эти законодательные нормы являются устаревшими, а иногда противоречат друг другу. Первым шагом в процессе улучшения является анализ и обновление законодательства и руководств с целью приведения их в соответствие со стандартами по правам человека и новейшими научно обоснованными международными руководствами.

В ходе этого процесса потребуются согласовать стандарты медицинского обслуживания для разных уровней оказания помощи и привести их в соответствие с современными научными данными и рекомендациями, а также нуждами страны, то есть с учетом предпочтений и ожиданий местного населения.

Может потребоваться участие большого числа заинтересованных сторон (как описано выше); кроме того, если необходимо и уместно, могут понадобиться политические решения, например, о развитии людских ресурсов, должностных инструкциях и перераспределении обязанностей. Результатом этого процесса должно быть установление стандартов медицинского обслуживания в отношении РМНДиПЗ на всех уровнях оказания медицинской помощи (больницы, медицинские центры/акушерско-гинекологические клиники, а также обслуживание по месту жительства), а также руководств и должностных инструкций (например, в виде настольных справочников, карманных справочников, веб-сайтов и/или приложений для смартфона), которые нужны, чтобы довести стандарты медицинского обслуживания до медицинских работников.

Необходимо установить связи между такими аспектами здравоохранения, как аккредитация, планирование людских ресурсов, снабжение лекарственными средствами, расходными материалами и оборудованием, а также определить конкретные методы работы в этих областях.

В процесс разработки стандартов следует включить оценку текущего качества медицинского обслуживания (как описано ниже), чтобы получить представление о том, насколько сильно существующая практика отличается от принятых международных

стандартов. Кроме того, такая оценка поможет удостовериться в том, что цели процесса повышения качества не слишком амбициозны и соответствуют реальности.

В качестве основы для адаптации национального нормативно-правового контекста можно использовать доступные глобальные стандарты оценки и улучшения соблюдения прав человека, в том числе прав детей, и качества медицинского обслуживания для всех, включая подростков. Примеры применения глобальных стандартов оценки и повышения качества охраны здоровья детей и подростков на основе соблюдения прав детей приведены в таблицах 2 и 3.

Таблица 2. Стандарты оценки и улучшения соблюдения прав детей

Для больниц	Для амбулаторных медицинских учреждений
Стандарт 1 служит для оценки наивысшего возможного качества медицинской помощи, оказываемой всем детям	
Стандарт 2 – равенство и отсутствие дискриминации при обслуживании всех детей	
Стандарт 3 – игра и обучение	Стандарт 3 – поддержка реализации права матери на охрану здоровья, беременность и уважение роли родителей
Стандарт 4 – право на получение информации и участие в принятии решений	
Стандарт 5 – безопасные, гигиеничные и приемлемые условия	
Стандарт 6 – право на защиту от всех форм насилия	
Стандарт 7 – устранение боли и паллиативный уход	Стандарт 7 – право на ведение хронических заболеваний и других хронических медицинских состояний
Стандарт 8 – устранение боли и паллиативный уход	

Таблица 3. Глобальные стандарты качества медицинского обслуживания подростков

Глобальные стандарты качества медицинского обслуживания подростков	
Грамотность подростков в вопросах здравоохранения	Стандарт 1. Подростки должны знать о своем состоянии здоровья и о том, где и когда можно получить услуги здравоохранения
Поддержка на уровне сообщества	Стандарт 2. Родители, опекуны и другие члены сообщества, а также местные общественные организации осознают важность предоставления медицинских услуг подросткам. Они поддерживают оказание таких услуг и поощряют подростков пользоваться этим обслуживанием
Пакет услуг	Стандарт 3. Амбулаторное медицинское учреждение предоставляет пакет информации, услуги по консультированию, диагностике, лечению и уходу, которые удовлетворяют потребности всех подростков. Услуги предоставляются в учреждении, посредством выдачи направлений и информационно-просветительских мероприятий

Глобальные стандарты качества медицинского обслуживания подростков	
Квалификация медработников	Стандарт 4. Медицинские работники демонстрируют техническую компетентность, достаточную для эффективного предоставления услуг здравоохранения подросткам. Как медицинские работники, так и вспомогательный персонал уважают, защищают и соблюдают права подростков на получение информации, приватность, конфиденциальность, отсутствие дискриминации, толерантность и уважение
Физические условия и оборудование в медицинском учреждении	Стандарт 5. в амбулаторном медицинском учреждении соблюдаются удобные для пациентов часы работы, доброжелательная атмосфера, надлежащие гигиенические условия и уважение приватности и конфиденциальности. в учреждении имеются оборудование, лекарственные средства, расходные материалы и технологии, необходимые для оказания эффективной медицинской помощи подросткам
Равное и справедливое отношение	Стандарт 6. Амбулаторное медицинское учреждение предоставляет услуги надлежащего качества всем подросткам, вне зависимости от их платежеспособности, возраста, пола, семейного положения, уровня образования или этнического происхождения
Данные и повышение качества	Стандарт 7. Амбулаторное медицинское учреждение собирает, анализирует и использует с целью повышения качества обслуживания данные об использовании услуг и качестве медицинской помощи, с разбивкой по возрасту и полу. Персонал учреждения здравоохранения поощряется к участию в постоянном повышении качества обслуживания
Участие подростков в принятии решений	Стандарт 8. Подростков привлекают к планированию, мониторингу и оценке услуг здравоохранения, к принятию решений об их собственном лечении, а также по определенным вопросам, связанным с предоставлением услуг

3. Оценка

Для получения представления о текущей ситуации, выявления отклонений от существующих стандартов и, на более позднем этапе, измерения прогресса на пути к полному соблюдению стандартов выполняется оценка текущего уровня предоставления медицинских услуг и прогресса на пути к высококачественному медицинскому обслуживанию и соблюдению стандартов в области прав человека.

Оценку текущего состояния обслуживания можно интегрировать в процесс разработки стандарта, что позволит получить представление о реальном положении дел и выработать реалистичные стандарты качества обслуживания и соблюдения прав человека. Однако в случае небольшого расхождения между стандартами разработку/адаптацию инструмента оценки и оценку исходного состояния качества обслуживания можно проводить последовательно, после определения стандартов.

Нужно разработать национальный инструмент оценки на основании принятых стандартов и руководств или адаптировать для этих целей существующий инструментарий ВОЗ, в частности: документы "Инструментарий по оценке качества стационарного лечения детей", второе издание, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015 г.; "Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным", второе издание, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г.; "Инструмент оценки качества дородовой и послеродовой амбулаторной помощи женщинам и новорожденным", второе издание, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г., составленные на основе международных стандартов. После разработки инструмента оценки можно провести выборку учреждений здравоохранения. Процесс оценки требует

подготовки экспертов, включая инструктаж группы оценки по работе с инструментом оценки, по предстоящей процедуре и полезным навыкам, что важно для обеспечения эффективного участия всех заинтересованных сторон, включая беременных женщин, их мужей или партнеров, детей, подростков и родителей.

Результаты выборочной оценки исходного состояния широко обсуждаются со всеми заинтересованными сторонами на собраниях национального руководящего комитета и на других мероприятиях и в случае необходимости служат для уточнения стандартов и определения мер по улучшению посредством коллегиального процесса повышения качества (см. ниже). Можно привлечь внимание ответственных подразделений к выявленным недостаткам, касающимся системы здравоохранения в целом (поставка основных лекарств, укомплектование персоналом и т. д.), и разработать совместно с этими подразделениями планы по устранению этих недостатков. Неотъемлемой частью процесса оценки должна быть точка зрения клиента. Мнения клиентов изучаются в процессе оценки путем интервьюирования и – на регулярной основе – изучения предложений, а также материалов из ящика для жалоб и предложений.

Подбор групп оценки

Экспертов набирают среди персонала всех амбулаторных медицинских учреждений и больниц, участвующих в процессе; каждой группе оценки должны помогать внешние консультанты. в ходе оценки исходного состояния члены группы не участвуют в оценке собственных учреждений, а лишь учреждений своих коллег. в состав группы на национальном и субнациональном уровнях должны входить представители персонала медицинских учреждений, а также министерства здравоохранения. Важно включить в состав группы профессиональных медицинских работников, чтобы иметь возможность оценивать ведение пациентов, включая работу медсестер и акушерок. Кроме того, в состав следует включить внешних или внутренних экспертов или представителей медицинского персонала со знанием национальной нормативно-правовой среды и пониманием реализуемости прав человека в условиях системы здравоохранения.

Поскольку такая оценка является частью коллективного процесса и требует командной работы, не следует исключать из группы работников амбулаторного учреждения или больницы, проявивших интерес к участию. Численность группы может быть разной в зависимости от размеров оцениваемого медицинского учреждения, а также количества рассматриваемых областей клинической деятельности.

Основная часть работ по оценке обслуживания в больницах и амбулаторных медицинских учреждениях связана с вовлечением в процесс пациентов и членов их семей. Сюда должны входить беременные женщины, их мужья или партнеры, особенно во время родов; дети и подростки; а также родители госпитализированных детей или детей, посещающих учреждения здравоохранения. Как упоминалось выше, Европейское региональное бюро ВОЗ использовало оба инструмента оценки соблюдения прав ребенка в больницах и амбулаторных учреждениях здравоохранения для пяти групп заинтересованных сторон; пересмотренные инструменты оценки обслуживания матерей и новорожденных и педиатрической помощи включают интервью с беременными женщинами и матерями соответственно. Процесс оценки включает как интервью, так и обсуждения в фокус-группе. Информация, предоставляемая этими заинтересованными сторонами, наряду с данными, которые были собраны группами оценки, позволяет получить трехстороннюю обратную связь, что повышает надежность и достоверность собранных данных.

Подготовка экспертов

Эксперты по оценке должны пройти подготовку у опытного специалиста по процессу оценки. в идеальном случае обучающая группа должна включать внешних национальных и международных координаторов, что позволит повысить надежность процесса. Как правило, обучение занимает четыре дня.

4. Улучшения

Внедрение стандартов требует:

- коллективного подхода, призванного обеспечить соблюдение руководств, основанных на стандартах медицинского обслуживания;
- создания групп по повышению качества, в задачи которых будет входить выявление и решение проблем;
- обучения медицинского персонала работе по внедрению системы повышения качества.

После получения результатов оценки исходного состояния можно по итогам обсуждения с заинтересованными сторонами определить объем работ в рамках коллективного процесса повышения качества. Те учреждения здравоохранения, которые принимали участие в оценке исходного состояния, больше других подходят для начала работ, поскольку для них уже выявлены области, требующие улучшения. Однако, поскольку процесс улучшения носит циклический характер, допускается выбрать другую группу учреждений здравоохранения для первого раунда процесса повышения качества, например из соображений географического расположения. Однако учреждения здравоохранения, в том числе не включенные в выборку для первоначальной оценки, на определенном этапе должны пройти оценку текущего качества обслуживания, с тем чтобы выявить слабые места; в идеале рекомендуется прибегать к внешней оценке. Эксперты уже получили опыт во время оценки исходного состояния, как описано выше.

На основании результатов оценки можно выполнить анализ недочетов и разработать планы по повышению качества. Было продемонстрировано, что коллективный подход является мощным инструментом изменения и соблюдения стандартов^{39, 40, 41}, поскольку он не только развивает потенциал, но и стимулирует мотивацию, командный дух и конкуренцию. в идеальном случае нужно собрать персонал из 10–20 учреждений здравоохранения, расположенных в одной местности, чтобы позволить им обсудить общие проблемы и выявить круг вопросов, по которым они могут учиться друг у друга. в случае медицинских центров и клиник подобный процесс может организовывать соответствующая больница широкого профиля. в этот процесс необходимо включить частные медицинские учреждения, поскольку во многих случаях значительная часть медицинской помощи предоставляется частным сектором.

Коллективный процесс также позволит определить необходимые действия, которые выходят за рамки полномочий и обязанностей отдельного медицинского учреждения/больницы и должны передаваться на более высокий уровень через руководящий комитет (особенно в случае упомянутых выше проблем системы здравоохранения). в ходе этого процесса происходит повышение качества и развитие технического потенциала.

На следующем этапе в участвующих медицинских учреждениях внедряют разработанные планы улучшения и собирают согласованные показатели для измерения прогресса. Каждые 4–6 месяцев для обмена опытом и обсуждения достижений и трудностей

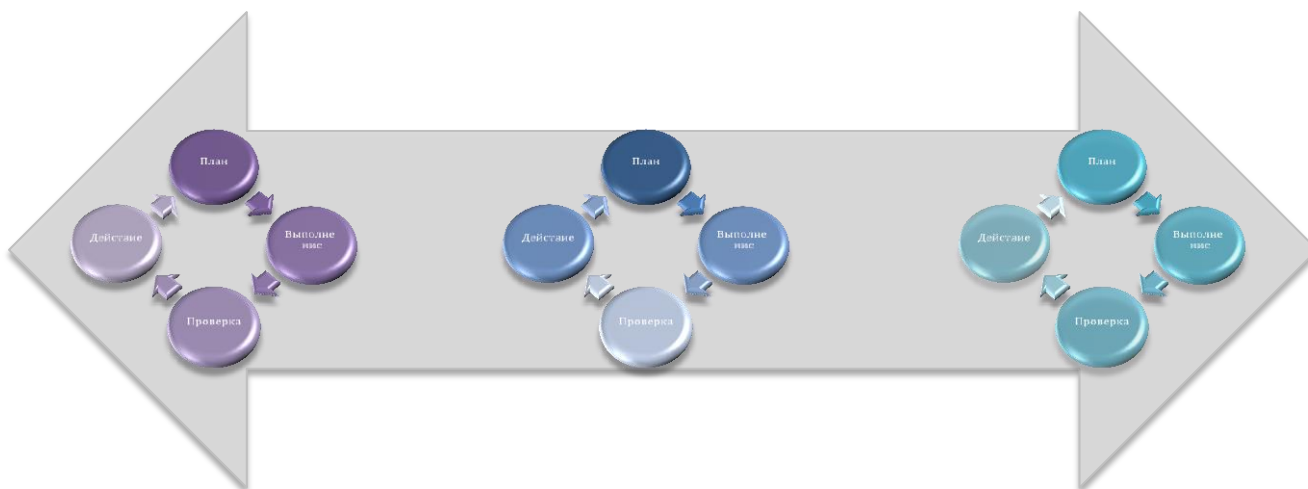
собирают персонал участвующих медицинских учреждений. Кроме того, работники получают возможность учиться на опыте своих коллег, совместно искать решения проблем, а также проходить по мере необходимости специальное обучение по юридическим вопросам здравоохранения, клиническим руководствам и практическим методам, а также методам ПК. Многократное выполнение цикла повышения качества, который включает планирование (план), реализацию (выполнение), мониторинг (проверку), принятие мер (действие), в течение 2–3 лет позволяет достичь полного соответствия принятым стандартам. На этом этапе коллективный процесс можно увязать с внешней аккредитацией или сертификацией. Как и в случае процесса оценки, созданный механизм аккредитации должен опираться на опыт медицинского обслуживания и исследования удовлетворенности пациентов.

После выявления областей, в которых для полного соблюдения стандартов требуется произвести улучшения, можно принять соответствующие меры. Для успешной реализации мер по повышению показателей и качества обслуживания нужно на всех уровнях повысить мотивацию персонала и наделить его соответствующими полномочиями. Согласно исследованиям мотивация во многом определяется пониманием целей и задач, уровнем мастерства и степенью самостоятельности. Можно повысить мотивацию, наделив персонал соответствующими полномочиями создавать группы по повышению качества, определять приоритеты при улучшении работы и делиться опытом в рамках коллективного подхода и/или в ходе международных/национальных конференций. в приложении 1 содержатся предлагаемые шаги по *реализации мер по повышению качества обслуживания на уровне амбулаторного медицинского учреждения и/или больницы.*

Рисунок 11. Внедрение систематического подхода



Объединенные совещания, мониторинг показателей и вспомогательный надзор



5. Мониторинг и повторная оценка

Ключом к успешному ходу процесса повышения качества является непрерывный контроль показателей и осуществление поддерживающего кураторства, а также (само)оценка качества обслуживания для измерения прогресса на пути к полному соблюдению стандартов. К сожалению, данные показывают, что, несмотря на то что критическая важность мониторинга и кураторства признается практически всеми, на эту деятельность практически никогда не выделяются ни людские, ни финансовые ресурсы в объеме, достаточном для эффективной работы. Внедрение этой региональной программы потребует предоставить персоналу на всех уровнях возможность применять стандарты, руководства и инструменты для самостоятельной оценки степени соблюдения международных стандартов. Если стандарты составлены четко и ясно и медицинские работники хорошо понимают, что от них требуется⁴², они могут использовать инструменты для самостоятельной оценки степени соблюдения стандартов, а также руководствоваться ими в своей работе и при повышении качества. в идеале каждый медицинский работник должен непрерывно производить самооценку и как минимум раз в шесть месяцев в больнице или амбулаторном медицинском учреждении должна проводиться проверка избранных аспектов на уровне организации. Как минимум раз в 1–2 года группой по оценке, состоящей из специалистов, не являющихся сотрудниками оцениваемого учреждения, которая также может включать международных экспертов по оценке, должна проводиться внешняя оценка, призванная подтвердить результаты внутренней/самостоятельной оценки. Мониторинг имеет значение только в том случае, если приводит к конкретным действиям по повышению качества. Таким образом, всегда следует незамедлительно передавать результаты оценки лицам, которые имеют полномочия для внедрения изменений.

К деятельности по регулярному мониторингу и оценке нужно привлекать другие заинтересованные стороны, например клиентов на протяжении всего процесса непрерывного оказания помощи, как описано выше. в этот процесс следует интегрировать результаты опроса пациентов^{III} и жалобы пациентов. Результаты нужно регулярно

^{III} Опросы пациентов могут состоять из коротких и простых вопросов (по сравнению с "полной" оценкой), которые задают каждому пациенту при выписке из больницы, после завершения посещения амбулаторного медицинского учреждения или после возвращения домой. Примеры вопросов: довольны ли вы

предоставлять в качестве обратной связи на совещаниях национального руководящего комитета, а также по другим каналам.

6. Документирование процесса и распространение результатов

Ход внедрения изменений в медицинское обслуживание и результаты процессов улучшения следует регистрировать, публиковать и распространять, отмечая при этом выполнение стандартов, например, на собраниях персонала соответствующего профиля медицинских учреждений первого уровня или больниц, а также, если возможно, среди широкой общественности и в научном сообществе. Совместные совещания представляют собой идеальную возможность поделиться накопленным опытом осуществления процесса улучшения. Результаты могут быть представлены как устно, так и в графической форме, например в виде плакатов, графиков, информационных бюллетеней и сообщений. Информация может быть опубликована в национальных медицинских журналах, местных или общенациональных газетах либо распространяться по радио или через другие существующие СМИ. Обобщенным опытом страны можно делиться в рецензируемых научных журналах. Кроме того, объединенные совещания – это хорошая возможность отметить успехи и укрепить связи с широким сообществом работников здравоохранения.

Если вводится официальный процесс аккредитации или сертификации, то медицинские учреждения и больницы, соблюдающие стандарты и, таким образом, предоставляющие высококачественное обслуживание, должны получать публичное признание, например звание больницы года, посредством выдачи сертификатов, присвоения логотипов или других процессов поощрения.

7. Расширение охвата

Повышение качества – это динамический процесс, который может начинаться во многих разных местах одновременно или в различное время. Он не должен быть строго контролируемым сверху донизу мероприятием, но может расти как вниз, так и вверх. Основная координация, которая требуется в этом процессе, заключается в установлении стандартов и разработке сопровождающих руководств, которые могут требовать обновления по мере получения новых данных. Процесс улучшения может реагировать на изменения эпидемиологической ситуации, демографии или юридических и социальных факторов.

Если страна приступает к реализации национального процесса, то процессы оценки, планирования и повышения качества могут первоначально проводиться в определенных географических местностях. Опыт, накопленный во время первого цикла улучшений, можно затем проанализировать, чтобы оценить общий прогресс. Если этот прогресс будет признан удовлетворительным, его можно распространить на обеспечение всеобщего качества здравоохранения. Если прогресс будет сочтен неровным, потребуются провести детальную оценку областей с недостаточным улучшением, которая позволит понять, какие существуют препятствия и какие ресурсы нужно направить на преодоление этих препятствий.

В ходе процесса расширения охвата нужно увязывать существующие механизмы профессионального регулирования, аккредитации и предварительной квалификации; если же какие-то из этих механизмов еще не существуют, можно воспользоваться этим процессом, чтобы создать их.

обслуживанием, что вы больше всего цените при посещении терапевта или врача-специалиста, будете ли вы рекомендовать эту больницу или амбулаторное медицинское учреждение своим родственникам и друзьям?

Интеграция в базовую профессиональную подготовку

Нужно включить в планы додипломной профессиональной подготовки аспекты повышения качества, в том числе изменения национальной нормативно-правовой базы, с тем чтобы гарантировать, что все медицинские работники обладают знаниями и навыками, необходимыми для оказания высококачественной помощи в области РМНДиПЗ. в базовую профессиональную подготовку будущих поколений медицинских работников нужно включить концепции качества, стандартов медицинского обслуживания и принципы доказательной медицины, чтобы обеспечить устойчивость курса на повышение качества. Для этого требуется обновить учебные планы университетов, медицинских институтов и учебных заведений, готовящих медсестер и акушерок.

Предлагаемый систематический подход (см. "Внедрение") основывается на атрибутах расширенных программ общественного здравоохранения, определенных Центром глобального развития⁴³ и ВОЗ⁴⁴, при этом ВОЗ рекомендует использовать девятиэтапный процесс расширения⁴⁵.

Функции на региональном уровне

В начале процесса

Международные агентства, осуществляющие деятельность на региональном или глобальном уровне, могут принять участие в поддержке процесса путем предоставления технической помощи проводимым в стране мероприятиям. Эти мероприятия включают разработку региональных инструментов оценки и руководств, а также поддержку страны посредством описанного выше процесса. Может предоставляться помощь в анализе и обновлении существующего законодательства и руководств в соответствии с обязательствами по правам человека, последними фактическими данными и международными руководствами, а также в согласовании минимальных стандартов медицинского обслуживания, гарантирующих надлежащее качество обслуживания и отсутствие вредных видов практики.

Чрезвычайно важно разрабатывать должностные инструкции, в сжатой форме обобщающие информацию из обновленных руководств и стандартов: протоколы, настольные справочники, карманные справочники, веб-сайты и/или приложения для смартфонов, основанные на международных стандартах, могут выполнять роль справочных средств с возможностью интеграции в инструменты обучения.

Страны могут использовать доступные инструменты оценки ВОЗ как шаблон для дальнейшей адаптации – как для внешней экспертной оценки, так и для самостоятельной оценки внутри медицинского учреждения в рамках процессов повышения качества. Предлагается инструментарий для поддержки реализации программы; в текстовой вставке ниже приводится перечень доступных инструментов.

Инструментарий для поддержки реализации программы

1. Tool for reviewing the national regulatory environment in relation to newborn, child and adolescent health, WHO 2015, Draft.
2. Reproductive, maternal, newborn and child health and human rights: A tool for examining laws, regulations and policies, ISBN 978 92 4 150742 4, WHO, 2014;
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126383/1/9789241507424_eng.pdf
3. Hospital care for children: quality assessment and improvement tool, WHO Regional Office for Europe, Second edition, 2015;
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/286185/Hospital-care-for-children-quality-assessment-and-improvement-tool.pdf
4. Manual and Tools for the Assessment and Improvement of children's rights in primary health care, International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services 2012, adopted and used by WHO Regional Office for Europe, 2015;
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2015/childrens-rights-in-primary-health-care-series>
5. Глобальные стандарты по улучшению качества медобслуживания подростков и соответствующие инструменты оценки, ВОЗ, 2015 г.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/
6. Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным, Европейское региональное бюро ВОЗ, вторая редакция, 2014 г.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/244831/Hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies-quality-assessment-and-improvement-tool.pdf
7. Инструмент для оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г.
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2013/assessment-tool-for-the-quality-of-outpatient-antepartum-and-postpartum-care-for-women-and-newborns>
8. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms, Division of Country Health Systems Country Policies, Systems and Services Unit Barcelona Office, WHO, 2006;
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99819/E88584.pdf
9. Tool for reporting to the Committee on the Rights of the Child in the context of Article 24 of the Convention on the Rights of the Child, WHO, 2015, Draft.

После начала реализации процесса

Механизм совместного анализа на региональном уровне

Как и платформа по обмену опытом, которая будет создана внутри страны в ходе данного процесса, будут организованы регулярные региональные обзорные совещания среди стран Европейского региона ВОЗ. Такие мероприятия собирают практиков, занимающихся внедрением усовершенствований, и позволяют им обмениваться опытом, обсуждать свои проблемы и учиться на опыте коллег.

Мониторинг прогресса

Для отслеживания прогресса в государствах – членах Европейского региона предлагаются следующие показатели:

- число стран, которые провели анализ нормативно-правовой среды в области РМНДиПЗ;
- число стран, разработавших национальную программу повышения качества РМНДиПЗ;
- число стран, разработавших стандарты и протоколы лечения и соблюдения прав человека в соответствии с международными стандартами в области РМНДиПЗ;
- число стран, создавших инструменты оценки качества обслуживания в области РМНДиПЗ на соответствие стандартам и клиническим протоколам;
- число стран, подготовивших экспертов по оценке качества медицинского обслуживания на соответствие стандартам в области РМНДиПЗ;
- число стран, создавших механизм отчетности о качестве медицинского обслуживания в области РМНДиПЗ;
- число стран, разработавших методику аккредитации/сертификации в соответствии со стандартами;
- число стран, внедривших компоненты национальной нормативно-правовой базы и системы повышения качества в программы высших учебных заведений и программы повышения квалификации по месту работы;
- число стран, включивших результаты работы по программе повышения качества в свой периодический отчет, предоставляемый в договорные органы ООН.

Региональный отчет о качестве медицинского обслуживания

Внедрение региональной программы в Европейском регионе означает подготовку отчета о качестве медицинского обслуживания в области РМНДиПЗ в Европейском регионе ВОЗ, с помощью которого можно будет привлечь к этой проблеме внимание политиков, ответственных за принятие решений, работников сферы здравоохранения, пациентов и лиц, обеспечивающих уход.

Обмен опытом и примерами наилучшей практики

Ожидается, что опыт, накопленный на региональном уровне, будет передаваться в глобальный механизм обзора. Такая схема позволит обмениваться информацией с другими регионами и даст странам Европейского региона возможность учиться на опыте стран других регионов со сходными процессами. Каждые 2–3 года Региональное бюро ВОЗ стремится проводить совещание, на котором будут осуществляться обмен накопленным опытом и оценка прогресса.

Заключение

Если не сделать качество медицинского обслуживания центром обсуждения по вопросам всеобщего охвата услугами здравоохранения и не уделять этой проблеме должного внимания, то цель снижения уровня неравенства в области здравоохранения политики "Здоровье-2020" и задачи ЦУР по улучшению охраны материнского, младенческого, детского и подросткового здоровья так и останутся всего лишь благими намерениями.

Основы региональной политики повышения качества медицинского обслуживания предлагают систему повышения качества, охватывающую все аспекты РМНДиПЗ и все уровни предоставления медицинской помощи. Ее цель – добиться "эффективного охвата", что означает широкий и справедливый охват населения высококачественными услугами здравоохранения⁴⁶. Внедрение этой системы означает фундаментальное изменение политики, позволяющее признать исключительную важность надлежащего качества медицинской помощи и дать медицинским работникам возможность брать на себя обязательства по усовершенствованию своей деятельности по спасению жизней и избежать предотвратимых смертей и заболеваемости.

Приложение 1. Реализация мер по повышению качества обслуживания на уровне амбулаторного медицинского учреждения и/или больницы

Если процесс повышения качества организован надлежащим образом, каждый медицинский работник и сотрудник считает перемены и улучшения неотъемлемой частью своей повседневной работы, в какой бы части системы он ни трудился. Переход к новым приоритетам включает существенное переосмысление представлений о работе здравоохранения, а также применение разнообразных инструментов и методов⁴⁷.

Реализация мер по повышению качества обслуживания на уровне медицинского учреждения/больницы*

Этап 1. Создание группы по повышению качества обслуживания (ПК)

Этап 2. Формулирование проблемы

Этап 3. Осуществление изменений

Этап 4. Измерение результатов

Этап 5. Обмен результатами и распространение изменений

*Адаптировано по Health Quality Ontario, Quality Improvement Guide⁴⁸; University Research Co., LLC, Quality Improvement Handbook for TB and MDR-TB Programs⁴⁹.

Этап 1. Создание группы по повышению качества обслуживания

Для эффективного повышения качества обслуживания все сотрудники учреждения должны считать повышение качества своей обязанностью и ощущать, что их усилия действительно могут изменить ситуацию. Поскольку система повышения качества наиболее эффективна, когда ее внедрение идет изнутри, обязанность по ее осуществлению должна взять на себя группа работников, которые в идеале войдут в состав группы по повышению качества обслуживания (вставка 1).

Группу по повышению качества обслуживания могут создать двое или более сотрудников медицинского учреждения/больницы, где требуется повысить качество услуг здравоохранения. Члены группы выполняют либо одинаковые функции, либо берут на себя взаимодополняющие задачи, призванные повлиять на качество услуг. в состав этих групп также могут входить коллеги с равноценными должностями (то есть кураторы) из того же района, либо может быть создана совместная группа из больниц и амбулаторных медицинских учреждений, обслуживающих один и тот же район. в идеальном случае (но необязательно) в состав группы по повышению качества обслуживания могут входить руководители среднего и/или высшего звена. Группа по повышению качества обслуживания может выбрать ротационную систему членства, давая возможность участвовать в работе группы и другим работникам.

Не входящие в группу по повышению качества обслуживания работники могут участвовать в мониторинге и анализе результатов, а также распространении результатов изменений. Вновь созданная группа по повышению качества обслуживания начинает деятельность с выяснения, какие улучшения требуются и какие ресурсы и действия нужны для достижения позитивных изменений.

Вставка А1.1. Состав группы по повышению качества обслуживания

Как правило, группа состоит из двух сотрудников или более, выполняющих различные функции. Выбираемые члены должны:

- быть заинтересованы в повышении качества;
- обладать хорошими коммуникационными навыками, способностью работать в команде и умением прислушиваться к другим;
- оказывать различные услуги, например по ведению пациента, сестринскому уходу, фармацевтическим услугам, санитарному просвещению.

Функции группы по повышению качества обслуживания:

- инициировать деятельность по повышению качества, используя инструменты (само)оценки и другие источники данных для непрерывного выявления проблем и разработки планов по их исправлению;
- способствовать процессу улучшения: проводить и документировать совещания, посвященные анализу прогресса и обсуждению проблем с качеством, а также информировать, обучать и вовлекать другой персонал в процесс повышения качества;
- взаимодействовать с другими группами по повышению качества посредством применения стратегии сотрудничества;
- координировать процесс повышения качества с более высокими уровнями медицинской помощи;
- периодически оценивать прогресс: отслеживать и документировать меры по исправлению недостатков и впоследствии оценивать их успешность в сравнении с ожидаемыми результатами;
- поддерживать связь с местным сообществом;
- доводить информацию об изменениях качества обслуживания до персонала и пациентов;
- собирать и регистрировать информацию по ключевым показателям.

Источник: адаптировано по University Research CO., LLC, Quality Improvement Handbook for TB and MDR-TB Programs.

Как этого добиться?

- Собрать группу.
- Важно с самого начала реализации какой-либо инициативы добиваться ее стабильности в перспективе и смещения фокуса внимания и приоритетов – это не те вопросы, которые можно будет успешно решить после завершения проекта.

Этап 2. Формулирование проблемы – оценка качества обслуживания

Стандарты и руководства представляют собой чрезвычайно важную часть процесса повышения качества. Они задают нужное качество обслуживания и являются основой для определения вводимых ресурсов и процессов, необходимых для обеспечения надлежащего качества обслуживания и повышения показателей здравоохранения. На основании этих стандартов могут создаваться руководства и инструменты оценки.

На этом этапе группы по повышению качества исследуют существующие системы и процессы и определяют глубинные проблемы, приводящие к не слишком желательному результату.

Как этого добиться?

- Выполнить (само)оценку для выявления существующего уровня качества обслуживания с помощью инструментов оценки, разработанных на основе стандартов;
 - для дальнейшего выявления проблем могут использоваться такие инструменты повышения качества, как причинно-следственный анализ и анализ "5 почему".
- Группа должна проанализировать результаты (само)оценки, выявить пробелы в качестве и определить общие цели, которых желательно достичь в указанные сроки.
- Для понимания текущей ситуации важно изучить фактический опыт пациентов/клиентов в получении услуг здравоохранения, а также их пожелания и потребности в случае изменения процессов медицинского обслуживания.
- Начать создание перечня возможностей для улучшения, способных решить выявленные проблемы.

Этап 3. Осуществление изменений

Когда будет получено ясное представление о существующих возможностях для улучшения, группы могут начать коллективный поиск и проверку идей в циклах ПВИД (планирование – выполнение – изучение – действие). На этом увлекательном этапе группы могут реализовать свои творческие способности и проверить на прочность статус-кво, пробуя реализовать разные идеи по улучшению. Подход ПВИД позволяет группам опробовать свои идеи в небольшом масштабе, имея возможность сгладить любые недостатки процесса, прежде чем распространить успешные или неудачные результаты своей попытки более широко. Такой подход дает уверенность в процессе изменений и позволяет вовлечь широкий круг лиц, которых затрагивают предлагаемые изменения.

После испытания идей по улучшению в небольших масштабах и демонстрации улучшений в различных сценариях (а следовательно, получения большей уверенности в том, что изменения действительно ведут к улучшениям) группы готовы перейти к

официальному внедрению изменений в повседневную работу соответствующего подразделения или отделения.

Как этого добиться?

- Начать испытания: документировать ход испытаний, чтобы позволить группе одновременно проверять несколько идей и иметь четкую картину того, какие испытания проходят успешно, а какие процессы требуют доработки.
- Формализовать и стандартизировать изменения и задокументировать новый процесс; включить информацию о необходимых этапах в различные аспекты деятельности: инструктаж нового персонала, обучение существующего персонала, создание должностных инструкций, разработку политики и процедур и т. д.
- Создать план непрерывного измерения. Чтобы удостовериться в том, что персонал принял изменения, требуется план измерений, позволяющий отслеживать степень внедрения и постоянное улучшение. Группам по повышению качества нужно выделить несколько ключевых показателей, с помощью которых можно будет определять, соблюдаются ли новые процедуры, выявлять проблемы и уведомлять персонал о том, что процедуры не работают должным образом.

Вставка A1.2. Общие проблемы в ходе реализации концепции повышения качества на уровне района и медицинского учреждения

- Концепция и задачи повышения качества (ПК) не находятся в тесной увязке с национальными и районными приоритетами
- Невыполнение задачи по созданию широкой коалиции заинтересованных сторон, включая местный частный сектор и местные научные учреждения
- Недостаточная заинтересованность руководства медучреждения
- Противодействие со стороны властных структур, видящих в процессе ПК угрозу для себя
- Процесс ПК не привязан к финансовой логике учреждения или противоречит ей
- Отсутствует механизм подотчетности в рамках повышения качества ухода
- Недостаточное внимание к приобретению клинических знаний и навыков
- Бюджет, людские и материальные ресурсы скудны или отсутствуют
- Отсутствие наставничества для групп по ПК
- Недостаточное участие персонала учреждения в определении стандартов, показателей и итогов базовой оценки результатов при дифференциации и непризнании результатов
- Результаты работы измеряются и сообщаются, но не анализируются и не обсуждаются
- Итоговые показатели не доводятся до общественности
- Затруднения с включением вопросов ПК в повестку районных совещаний по вопросам охвата населения
- Результаты работы не привязаны к мерам по стимулированию
- Отсутствие или слабая оснащенность компьютерными технологиями по управлению данными
- Активное или пассивное сопротивление профессионалов, опасющихся утраты автономии
- Процесс требует времени для внедрения и прекращается до появления результатов
- Реализация процесса зависит от внешней поддержки или стимулирования
- Излишне усложненный процесс ПК требует слишком продолжительного времени
- Группы по ПК слабо подготовлены в области документирования проверки результатов изменений и извлеченных уроков
- Недостаточные требования к повышению уровня знаний
- Механизмы распространения усовершенствованных знаний слабы или отсутствуют
- Расширение масштабов изначально не планируется
- Неразработанные стратегии вовлечения заинтересованных сторон в процесс расширения масштабов

Опубликовано с разрешения Jorge Hermida MD, The USAID ASSIST Project, University Research Co., LLC.

Этап 4. Измерение результатов

Для мониторинга прогресса требуются показатели. Показатели можно выбирать на основании национальных стандартов. При этом нужно использовать показатели нескольких типов, включая показатели исходных ресурсов, процессов и результатов. Группы по повышению качества могут выбирать собственные показатели для измерения прогресса на пути к достижению соблюдения стандарта, который был выбран в качестве цели в данный момент времени. в начале работы могут использоваться преимущественно показатели исходных ресурсов – например, нужно ли для соблюдения стандартов создавать запасы таких товаров, как антибиотики, продукты крови, кислород и т. д. После получения нужных ресурсов группы могут решить сосредоточиться на показателях процессов – процентной доле детей с кашлем и затрудненным дыханием, которые получали правильное лечение (или, на уровне больницы, 90% детей, поступивших с пневмонией, получали лечение в соответствии со стандартами (международными руководствами по лечению)).

Прогресс на пути к достижению соблюдения стандартов приводит к повышению качества обслуживания и в конечном итоге позволяет улучшить показатели долгосрочных результатов, то есть уменьшить смертность или число подростковых беременностей.

Важно понимать, что в первое время после повышения качества обслуживания показатель конечных результатов может ухудшиться, поскольку возрастает нагрузка и персонал берется за более трудные задачи. Поэтому чрезвычайно важно собирать данные, чтобы иметь возможность показать, что предпосылки изменились и что ситуация в целом улучшается, даже несмотря на то, что показатели, если не поместить их в правильный контекст, свидетельствуют об обратном.

Как этого добиться?

- Создать план измерений.
- Измерять, оказывает ли изменение желаемое воздействие и дает ли желаемый результат.

Рисунок А1.1/рисунок 8. Исходные ресурсы, процессы и результаты, которые требуются для соблюдения стандарта



Источник: адаптировано по Quality Improvement Handbook for TB and MDR-TB Programs, University Research Co., LLC, 2013.

Этап 5. Обмен результатами и распространение изменений

Для обеспечения устойчивости изменений группе по повышению качества обслуживания нужно продолжать делиться информацией об улучшениях и положительном воздействии изменений на опыт пациентов/клиентов и конечные результаты. Чтобы помочь сотрудникам понять, чем им полезно постоянное повышение качества, важно дать четкий ответ на вопрос: "Зачем мне это нужно?"

По мере необходимости начинайте обдумывать, как можно распространить изменения за пределы одного отделения или подразделения и на всю организацию в целом. Создайте группу из людей, готовых помочь на следующем этапе планирования.

Как этого добиться?

- Делиться информацией о неудачах, улучшениях и успехах по результатам циклов ПВИД; документировать воодушевляющие результаты изменений для лиц, вовлеченных в данный процесс.
- Разработать и выполнить план по распространению опыта. Чтобы определить, с чего лучше начать распространение улучшений, группе по повышению качества обслуживания нужно обратиться к энтузиастам и к тем, кто готов принять изменения ради улучшений. Иными словами, стоит выбрать путь наименьшего сопротивления. Сосредоточившись сначала на тех отделениях и подразделениях, которые готовы меняться, группы смогут использовать импульс, способный в конечном итоге вовлечь в процесс даже тех людей или подразделения, которые больше всего сопротивляются изменениям.
- Обсуждать изменения. Сюда включают такие вопросы, как причины изменений и каким образом изменения могут положительно сказаться и на пациентах, и на персонале. При обсуждении следует обращаться как к эмоциональной сфере, так и к логике собеседников.
- Создать план измерений и распространить его. в план измерений необходимо включить основные показатели непрерывной оценки качества и надежности усовершенствованных процессов. Эти измерения позволят группам по повышению качества обслуживания быстро определять, когда процессы начинают разлаживаться, и принимать немедленные меры.
- Помнить о том, что повышение качества – это процесс, требующий многократного выполнения цикла улучшения, а также крепкой выдержки и настойчивости. Но это того стоит!

Приложение 2. Права человека пациентов

Право	Положения международных договоров	Примеры нарушения
Право на приватность и конфиденциальность	ICCPR 17(1), CRC 16(1), ECHR 8(1)	<ul style="list-style-type: none"> • Медицинская информация пациента доступна всему персоналу • Пациентам приходится сообщать свой медицинский диагноз работодателю, чтобы получить больничный • Медицинские обследования проводятся публично
Право на информацию	ICCPR 19(2), АСНПР 9(1), Рамочная конвенция Совета Европы о защите национальных меньшинств (FCNM) 9(1), Европейская конвенция о правах человека и биомедицине (ECHRВ) 10(2)	<ul style="list-style-type: none"> • Государство не предоставляет информацию об услугах здравоохранения • Врачи не сообщают пациентам информацию о вариантах лечения, потенциальных рисках и преимуществах каждой процедуры • Пациенты лишены доступа к своим медицинским записям • Информационные услуги недоступны для людей, говорящих на определенных языках
Право на физическую неприкосновенность	ICERD 5(b), АСНПР 4, FCNM 6(1), CRC 19(1), ECHRВ 5 (ICCPR, ICESCR, ECHR или ESC не выделяют отдельно право на физическую неприкосновенность, но разъясняют, что это право является частью права на безопасность, права не подвергаться пыткам и жестокому, бесчеловечному и унижающему достоинство обращению, а также права на наивысший достижимый уровень здоровья.) ¹³	<ul style="list-style-type: none"> • Врачи перед проведением медицинских процедур не берут у пациентов "добровольное и информированное" согласие • Пациентам не разрешается менять врачей или медицинских работников
Право на жизнь	ICCPR 6(1), АСНПР 4, ECHR 2(1)	<ul style="list-style-type: none"> • Из-за ненадлежащей охраны репродуктивного здоровья и ведения беременности осложнения в ходе беременности являются основной причиной смерти молодых женщин в мире • Машины скорой помощи не приезжают в определенные населенные пункты или к конкретным людям вовремя, что приводит к смерти пациентов

<p>Право на наивысший достижимый уровень здоровья</p>	<p>ICESCR 12, ICERD 5, CRC 24, CEDAW 12(1), ACHPR 16, ESC 11, ESC 13</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточность услуг по охране материнского и репродуктивного здоровья • В определенных населенных пунктах нет поблизости врачей или медицинских учреждений • Социальная политика диспропорционально лишает пациентов из определенных сообществ доступа к медицинскому страхованию • Пациенты получают обслуживание низкого качества
<p>Право на отсутствие дискриминации и равное отношение</p>	<p>ICCPR 21(1), ICCPR 26, ICESCR 2(2), ICERD, ACHPR 2–3, ACHPR 19, FCNM 4(1), ECHR 14, ECHR 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Во время родов матери определенного этнического происхождения должны находиться в отдельном отделении • Врачи отказываются оказывать медицинскую помощь людям, живущим с ВИЧ, работникам секс-бизнеса или лицам, употребляющим наркотики • Национальная политика не рассматривает вопросы охраны репродуктивного здоровья женщин
<p>Право на правовую защиту</p>	<p>ICCPR 2(3), ICERD 6, CEDAW 2, ACHPR 26, ECHR 13</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Государство не принимает никаких мер по устранению описанных выше нарушений

Адаптировано по Cohen J and Ezer T Human rights in patient care: a theoretical and practical framework. Health and human rights, volume 15, no. 2, December 2013.

Ссылки

- ¹ Всемирная организация здравоохранения, *Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века*, ISBN 978 92 890 0279 0, ВОЗ, 2013 г.
- ² Всемирная организация здравоохранения, *Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг.* Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015 г.
- ³ Van Esso D, del Torso S, Hadjipanayis A, Biver A, Jaeger-Roman E, Wettergren B, Nicholson A; and the members of the Primary– Secondary Working Group (PSWG) of the European Academy of Paediatrics (EAP), Paediatric primary care in Europe: variation between countries, *Arch Dis Child* 2010;**95**:791–795. doi:10.1136/adc.2009.178459.
- ⁴ Wolfe I, Thompson M, Gill P, Tamburlini G, Blair M, van den Bruel A et al, Health in Europe 4, Health services for children in western Europe, *Lancet* 2013; 381: 1224–34.
- ⁵ Duke T, Keshishyan E, Kuttumuratova, et al. Quality of hospital care for children in Kazakhstan, Republic of Moldova, and Russia: systematic observational assessment. *Lancet* 2006 March 18;367(9514):919–25.
- ⁶ Tamburlini G, Siupsinskas G, Bacci A; Maternal and Neonatal Care Quality Assessment Working Group. Quality of maternal and neonatal care in Albania, Turkmenistan and Kazakhstan: a systematic, standard-based, participatory assessment. *PLoS One*. 2011;6:e28763.
- ⁷ Mersini E, Novi S, Tushe E, Gjoni M, Burazeri G. Adoption of the WHO assessment tool on the quality of hospital care for mothers and newborns in Albania. *Acta Inform Med*. 2012;20(4):226-34.
- ⁸ Kim JY, Farmer P, Porter ME. Redefining global health-care delivery. *Lancet* 2013 May 20;382(9897):1060–9 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61047-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61047-8), по состоянию на 28 июля 2014 г.).
- ⁹ *Women’s and Children’s Health: Evidence of Impact of Human Rights*. World Health Organization 2013.
- ¹⁰ *Legislative Frameworks for Child Survival*, Freshfields, 2009.
- ¹¹ Доклад Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека "Техническое руководство по применению правозащитного подхода к осуществлению политики и программ сокращения и исключения предотвратимой смертности и заболеваемости среди детей в возрасте до пяти лет", 2014 г.: Совет по правам человека, 27-я сессия.
- ¹² Доклад Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека "Техническое руководство по применению правозащитного подхода к осуществлению политики и программ сокращения и исключения предотвратимой смертности и заболеваемости среди детей в возрасте до пяти лет", 2012 г.: Совет по правам человека, 20-я сессия.
- ¹³ Оценка соблюдения прав детей в больницах Кыргызстана и Таджикистана. Проект ВОЗ по совершенствованию и повышению качества педиатрической помощи в Кыргызстане и Таджикистане. Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.
- ¹⁴ *Assessing the respect of children’s rights in hospital in the Republic of Moldova*. World Health Organization 2014.
- ¹⁵ WHO, *Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide I*. World Health Organization. ISBN 978 92 4 154910 3, UNFPA and World Health Organization 2015.
- ¹⁶ Cottingham J, Kismodi E, Martin Hilber A, Lincetto O, Stahlhofer M, Gruskin S. 2010. Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks, *Bull World Health Organ* 2010; 88:551–555 | doi:10.2471/BLT.09.063412

¹⁷ Graham WJ, McCaw-Binns A, Munjanja S. Translating Coverage Gains into Health Gains for All Women and Children: The Quality Care Opportunity. *PLoS Med* 2013 Jan 15;10(1):e1001368. doi:10.1371/journal.pmed.1001368.

¹⁸ Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>, по состоянию на 28 июля 2014 г.).

¹⁹ Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКП). Замечание общего порядка № 14. Вопросы существа, возникающие в ходе осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, документ ООН E/C.12/2000/4, 2000 г.

²⁰ Под ред. Wolfe I и McKee M. *Европейские системы и службы охраны здоровья детей. Опыт без границ*. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

²¹ Elgar FJ et al *Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study*. *Lancet* 2015; 385: 2088-95.

²² Под ред. Currie C. и др. *Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков. Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC): международный отчет по результатам обследования 2009/2010 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, № 6).

²³ UNICEF Office of Research (2014) „Children of the Recession: The impact of the economic crisis on child well-being in rich countries“, *Innocenti Report Card 12*, UNICEF Office of Research, Florence.

²⁴ Natali et al. „Trends in Child Well-being in EU Countries during the Great Recession“ in UNICEF Office of Research (2014). „Children of the Recession: The impact of the economic crisis on child well-being in rich countries“, *Innocenti Report Card 12*, UNICEF Office of Research, Florence.

²⁵ Hospital care for children: quality assessment and improvement tool. WHO Regional Office for Europe. Second Edition 2015. Доступно по ссылке <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2015/hospital-care-for-children-quality-assessment-and-improvement-tool> (по состоянию на 28 октября 2015 г.).

²⁶ Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным. Европейское региональное бюро ВОЗ. Вторая редакция, 2014 г. Доступно по ссылке <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2014/hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies-quality-assessment-and-improvement-tool> (по состоянию на 28 октября 2015 г.).

²⁷ Инструмент для оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г. Доступно по ссылке <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2013/assessment-tool-for-the-quality-of-outpatient-antepartum-and-postpartum-care-for-women-and-newborns> (по состоянию на 28 октября 2015 г.).

²⁸ Manual and Tools for the Assessment and Improvement of Children’s Rights in Hospital. Task Force on Health Promotion for Children and Adolescents in and by Hospitals and Health Services (International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services). 2012. Доступно по ссылке http://www.hphnet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1551:hp-for-children-a-adolescents-in-a-by-hospitals-&catid=20 (по состоянию на 30 октября 2015 г.).

-
- ²⁹ Руководство и инструменты для оценки и совершенствования соблюдения прав детей при оказании первичной медико-санитарной помощи. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015 г. Доступно по ссылке http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2015/childrens-rights-in-primary-health-care-series/_recache (по состоянию на 12 ноября 2015 г.).
- ³⁰ Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015 г.
- ³¹ Отчет по оценке качества стационарной помощи детям в Кыргызстане, 24 июля – 4 августа 2012 г. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/180706/e96733.pdf?ua=1
- ³² Оценка качества педиатрической помощи в Таджикистане. Технический отчет, 2–18 июля 2012 г. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/181796/e96753-Eng.pdf?ua=1
- ³³ Carai, Susanne, Stela Bivol, and Venkatraman Chandra-Mouli. “Assessing Youth-Friendly-Health-Services and Supporting Planning in the Republic of Moldova.” *Reproductive Health* 12 (2015): 98. PMC. Web. 14 Dec. 2015.
- ³⁴ Оценка соблюдения прав детей в больницах Кыргызстана и Таджикистана.
Проект ВОЗ по совершенствованию и повышению качества педиатрической помощи в Кыргызстане и Таджикистане. Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.
- ³⁵ Assessing the respect of children’s rights in hospital in the Republic of Moldova. World Health Organization 2014.
- ³⁶ Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health. Geneva: World Health Organization; 2010 (WHO/FCH/10.06;
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/70428>, по состоянию на 28 июля 2014 г.).
- ³⁷ Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, et al. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet* 2007;370:1358–69.
- ³⁸ Improving measurement of the quality of maternal, newborn and child care in health facilities Report of a consultation, Ferney Voltaire, France, 9–11 December 2013. Geneva, World Health Organization 2014.
- ³⁹ Catsambas TT, Franco LM, Gutmann M, et al. Evaluating Health Care Collaboratives: The Experience of the Quality Assurance Project. Bethesda, MD: USAID Health Care Improvement Project; 2008.
- ⁴⁰ Necochea E, Bossemeyer D. Standards-Based Management and Recognition, A Field Guide. A Practical Approach for Improving the Performance and Quality of Health Services. Bethesda, MD: JHPIEGO; 2005.
- ⁴¹ English M, Wamae A, Irimu G. Implementing locally appropriate guidelines and training to improve care of serious illness in Kenyan hospitals: a story of scaling-up (and down and left and right). *Arch Dis Child*, 2011 March;96(3):285–90.
- ⁴² English M, Nzinga J, Mbindyo P, et al. Explaining the effects of a multifaceted intervention to improve inpatient care in rural Kenyan hospitals – interpretation based on retrospective examination of data from participant observation, quantitative and qualitative studies. *Implement Sci*. 2011;6:124.
- ⁴³ Millions Saved: Proven Successes in Global Health. Washington DC: Centre for Global Development; 2007.
- ⁴⁴ Simmons R, Fajans P, Ghiron L. Scaling up health service delivery: from pilot innovations to policies and programmes. Geneva: World Health Organization; 2007.
- ⁴⁵ Nine steps for developing a scaling-up strategy. Geneva: World Health Organization; 2010.

⁴⁶ Graham WJ, McCaw-Binns A, Munjanja S. Translating Coverage Gains into Health Gains for All Women and Children: The Quality Care Opportunity. *PLoS Med* 2013 Jan 15;10(1): e1001368. doi:10.1371/journal.pmed.1001368.

⁴⁷ Batalden P, Davidoff, F. What is “quality improvement” and how can it transform health care? *BMJ Qual Saf.* 2007;16:2–3.

⁴⁸ Quality Improvement Guide, Toronto, ON: Health Quality Ontario; 2012.

⁴⁹ University Research Co., LLC. Quality Improvement Handbook for TB and MDR-TB Programs. Bethesda MD: USAID TB Care II Project; 2013.

Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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

Оригинал: английский

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

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

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int