



**Отчет о совещании ВОЗ «Улучшение качества
дородовой и послеродовой помощи и системы
направления»**



24-25 октября, 2013 г.

Ереван, Армения

Ключевые слова

MATERNAL MORTALITY
MORBIDITY
NEONATAL MORTALITY
POSTPARTUM CARE
PRIMARY HEALTH CARE
REFERRAL

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, 2014 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

Введение	5
Цели совещания	6
Прогресс в реализации проекта.....	6
Инструмент для оценки дородовой и послеродовой помощи и ухода (ДПП).....	7
Рекомендации по улучшению дородовой и послеродовой помощи.....	9
Результаты и последующие этапы проекта ДПП в целевых странах.....	10
Кыргызстан.....	10
Армения	12
Результаты обсуждения и рекомендации	14
Панельное обсуждение возможностей по улучшению первичной медико-санитарной помощи для женщин и новорожденных	15
Рекомендации в результате панельного обсуждения.....	17
Система направления в рамках медицинской помощи матерям и новорожденным	18
Пример Южно-Казахстанской области	19
Пример Иркутской области (Российская Федерация).....	20
Пример Литвы	21
Результаты обсуждения по системам направления.....	23
Существующая система направления в первичном звене медико-санитарной помощи в странах Восточной и Центральной Европы	24
Групповая работа по системе направления для беременных женщин, матерей и новорожденных	26
Результаты групповой работы.....	27
Приложение 1. Программа.....	35
Приложение 2. Список участников.....	38

Сокращения

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДП	Дородовая помощь
ДПП	Дородовая и послеродовая помощь и уход
КРСМС	Конфиденциальное расследование случаев материнской смертности
КС	Кесарево сечение
Минздрав	Министерство здравоохранения
МКНР	Международная конференция по народонаселению и развитию
МС	Материнская смертность
НАП	Неотложная акушерская помощь
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НМРТ	Низкая масса тела при рождении
НПО	Неправительственная организация
ПИТ	Палата интенсивной терапии
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
РФ	Российская Федерация
ЭПУ	Эффективный перинатальный уход и помощь
ЮКО	Южно-Казахстанская область
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения

Введение

Региональное совещание ВОЗ по теме «Улучшение качества дородовой и послеродовой помощи и системы направления» состоялось в Ереване, Армения, 24-25 октября 2013 г. в рамках проекта «Сокращение материнской и неонатальной заболеваемости и смертности в странах Восточной Европы посредством совершенствования первичной медико-санитарной помощи и системы направления», который осуществляется при финансовой поддержке Российской Федерацией (РФ).

Совещание открыли д-р Хачатрян, заместитель министра здравоохранения; д-р Баблоян, председатель Постоянного комитета по медико-санитарной помощи, здоровью матери и ребенка Национальной ассамблеи Армении; г-н Иванов, советник посла Российской Федерации в Армении; д-р Аксельрод, заместитель директора департамента международного сотрудничества и связей с общественностью Министерства здравоохранения Российской Федерации и д-р Акопян, руководитель странового офиса ВОЗ в Армении.

В работе совещания принимали участие ключевые специалисты в области охраны здоровья матерей и новорожденных из 11 стран Европейского региона ВОЗ (см. Приложение 2. Список участников), наряду с представителями ЮНФПА и ЮНИСЕФ, а также НПО Армении «Мировое видение».

В ходе открытия совещания заместитель министра здравоохранения Армении подчеркнул важность данного совещания, поскольку оно дает возможность участникам обменяться информацией в целях улучшения здоровья матерей и детей и качества первичной медико-санитарной помощи в Регионе. Д-р Баблоян выразил обеспокоенность относительно того факта, что по-прежнему сохраняется много проблем, ведущих к высокой неонатальной смертности во всем мире и в Европейском регионе в частности, которые требуют решения. Он предложил меры по улучшению медико-санитарного просвещения и системы общественного здравоохранения в целом с тем, чтобы иметь возможность более успешно готовить подростков к взрослой жизни и родительским заботам.

Представители РФ отметили плодотворное сотрудничество и совместную работу с Арменией. Кроме того, вопросы материнского здоровья и здоровья новорожденных активно обсуждались на Глобальной перинатальной конференции в Москве (июнь, 2013 г.). Во всех 53 странах Европейского региона ВОЗ отмечены хорошие результаты в направлении достижения целей 4 и 5 в области развития в рамках ЦРТ, но при этом необходимо основное внимание обратить на цели и задачи в период после 2015 г. В России сокращение материнской смертности (МС) достигается с использованием трех подходов: посредством создания перинатальных центров (дополнительно 34 центра в 32 регионах), посредством модернизации и улучшения оснащенности медицинских учреждений, а также за счет использования мобильных бригад. Это привело к сокращению смертности новорожденных на 30%.

РФ в международном сообществе приобрела значимый статус страны-донора, она также стала ценным партнером для ВОЗ. В настоящее время правительство работает над расширением меморандума о взаимопонимании с ВОЗ на последующий пятилетний период с целью дальнейших инвестиций в здоровье и реализации совместного проекта как со штаб-квартирой ВОЗ, так и с Европейским региональным бюро. Еще одним полезным результатом явилось открытие в Москве в конце 2014 г. офиса ВОЗ по неинфекционным заболеваниям (НИЗ).

Цели совещания

Изначально совещание планировалось для двух стран, но интерес со стороны государств-членов оказался настолько велик, что в результате в работе совещания приняли участие представители 11 стран. Проблематика совещания касалась двух основных областей, которые приводятся ниже.

1. Улучшение качества медицинской помощи в целях сокращения материнской смертности и заболеваемости.
2. Совершенствование системы направления на последующий уровень оказания медицинской помощи для матерей и новорожденных.

Перед совещанием были поставлены следующие задачи:

- Обсуждение региональных результатов осуществления проекта «Сокращение материнской и неонатальной заболеваемости и смертности в странах Восточной Европы посредством улучшения первичной медико-санитарной помощи» и достижений в этой сфере в Армении и Кыргызстане.
- Демонстрация опыта стран региона в использовании «Инструмента для оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным». Ознакомление участников с опытом развития системы направления в странах Европейского региона ВОЗ.
- Разработка рекомендаций для дальнейшего улучшения доступа к качественной дородовой и послеродовой помощи женщинам и новорожденным, а также работы системы направления в странах Европейского региона ВОЗ.

Прогресс в реализации проекта

Был представлен доклад о состоянии дел в области здоровья матерей и новорожденных в Европейском регионе ВОЗ на основе последнего проведенного ситуационного анализа по материалам МКНР в Каире и последних достигнутых результатов по соответствующим ЦРТ. Несмотря на неуклонное сокращение коэффициентов материнской смертности и смертности новорожденных, ряду стран Региона требуется наращивать масштабы действий, направленных на достижение задач, поставленных в ЦРТ 4 и 5. Существуют

свидетельства того, что даже скромные усилия и небольшие инвестиции могут привести к весьма ощутимым результатам.

Наиболее популярным инструментом подготовки и оценки, разработанным ВОЗ в данной области, является учебное пособие «Эффективная перинатальная помощь и уход» (ЭПУ) – инструмент, который оказался весьма эффективным в повышении уровня знаний и навыков медицинских специалистов и в улучшении качества здоровья матерей и новорожденных в Регионе. В нем подчеркивалась необходимость использования целостного подхода с учетом всех этапов жизни. Внимание новой европейской региональной стратегической политики ВОЗ Здоровье-2020, одобренной всеми 53 государствами-членами в 2012 г., сосредоточено на улучшении здоровья и благополучия, а также сокращении неравенств в вопросах здоровья.

Обзор разработки и использования инструментов ВОЗ для оценки качества оказания помощи матерям и новорожденным в стационарах и в амбулаторных условиях был представлен д-р А. Васси, бывшим сотрудником ВОЗ, а ныне консультантом ВОЗ.

Данный инструмент направлен на предоставление помощи персоналу и руководителям лечебно-профилактических учреждений, местным органам власти, Министерству здравоохранения и партнерам в осуществлении оценки оказания перинатальной помощи последовательным и надлежащим образом, а также на выявление основных областей, требующих дальнейшего усовершенствования. Результаты проведенных оценок позволили разработать план действий по улучшению доступа к услугам и улучшению качества помощи на национальном уровне и в лечебно-профилактических учреждениях.

Инструмент для оценки дородовой и послеродовой помощи и ухода (ДПП)

Много лет назад обычно во время посещения в плановом порядке экспертами ВОЗ стран проводились небольшие оценочные мероприятия, но была очевидна потребность в инструменте, который позволил бы экспертам применять более систематический подход. За основу нового инструмента был принят ЭПУ, а также другие инструменты и руководящие принципы, разработанные ВОЗ и ее партнерами в Регионе.

Инструмент для оценки качества стационарной помощи матерям и новорожденным был разработан в 2009 г. и с тех пор использовался во многих странах Региона, равно как и в других частях мира (Африка, Средний Восток и др.). Он используется совместно целым рядом других учреждений ООН, партнерами в области развития и НПО. Инструмент для оценки ДПП женщинам и новорожденным был разработан в 2011 г. Для выполнения оценки настоятельно рекомендуется использовать национальную и международную команду экспертов (состоящую из акушерки, неонатолога, акушера/гинеколога и интервьюеров). Сведения, получаемые от международных экспертов, помогают местным командам проводить анализ результатов и разрабатывать рекомендации. Важно также заручиться поддержкой представителей министерства здравоохранения и руководителей лечебно-профилактических учреждений при проведении оценки, в противном случае это

мероприятие может оказаться непродуктивным. Роль тех, кто проводит оценку, состоит в наблюдении за лечением пациентов и всем происходящим, без какого бы то ни было вмешательства в процесс, без каких-либо вопросов во время приема пациентов; лишь по окончании приема или посещения пациента лица, проводящие оценку, просматривают медицинскую карту и высказывают свое мнение. Характер предоставления услуг также является очень важным компонентом качества медицинской помощи, поэтому беседа с пользователями, т. е. матерями, может привести к мысли о возможных путях улучшения практики лечения и, таким образом, качества медицинской помощи. Неплохо также рассмотреть вопрос с точки зрения средств обеспечения чистоты, побеседовав на эту тему с санитарками и уборщицами; следует также проверить системы отопления, обработки инструментов, возможность доступа к лечебно-профилактическому учреждению, систему водоснабжения и т.д.

После проведения оценки результаты обсуждаются со всей командой с выставлением баллов и затем направляются в медицинское учреждение. Важнейшим условием является общий характер рекомендаций, которые направлены на улучшение качества, а не на поиски виновных.

Затем команда проводит совещание с представителями министерства здравоохранения с предоставлением дополнительных, более общих результатов и рекомендаций, которые могут быть реализованы на национальном уровне.

Опыт применения ДПП в странах

Представители Армении, Кыргызстана, Республики Молдова, Таджикистана и Туркменистана поделились опытом адаптации и применения «Инструмента для оценки качества дородовой и послеродовой помощи» и подчеркнули значимость как самого процесса оценки, так и его результатов.

Д-р Олег Швабский, эксперт ВОЗ, рассказал о достижениях и проблемах, возникших при реализации проекта по сокращению материнской и неонатальной заболеваемости и смертности, при этом основное внимание было обращено на две целевые страны – Армению и Кыргызстан. Обе страны применяли инструмент для оценки ДПП при поддержке Минздрава, ВОЗ и других партнеров в области развития. Эти две страны были выбраны, когда их министерства поставили на повестку дня в качестве приоритетных вопросы, связанные с улучшением качества оказания медицинской помощи матерям и детям, и обратились к ВОЗ за поддержкой непосредственно в этих областях.

Одним из результатов явился обзор и улучшение протоколов, что привело также, например, к обновлению перинатальной карты в Кыргызстане. Существенный вклад в этой области был внесен также со стороны сотрудничающего центра ВОЗ в Уппсале. Внедрение и распространение перинатальной карты в настоящий момент является непростой задачей. Мы обнаружили, что несмотря на интенсивное обучение, все-таки наблюдается потеря знаний. В связи с этим международным организациям необходимо будет объединить свои усилия с тем, чтобы избежать дублирования их деятельности в отношении медицинских учреждений.

Осуществление мониторинга также представляет собой непростую задачу: сложно выбрать правильные индикаторы и критерии. Было обнаружено, что часто наилучшим источником информации является пациент, поэтому были разработаны вопросники для матерей и их родственников. Одной из задач является обеспечение доступа к информации в целом и к методическим указаниям в частности. Не все методические указания существуют на русском языке. В недостаточной степени используется Библиотека репродуктивного здоровья (БРЗ), содержащая как учебные видеоролики, так и руководства.

Рекомендации по улучшению дородовой и послеродовой помощи

Ниже приводятся рекомендации, разработанные на основе пленарных обсуждений, последовавших за представлением докладов.

- Необходимо адаптировать инструмент для оценки ДПП к местным условиям не в плане ключевых методов и способов, используемых в практике оказания помощи, а в отношении имеющихся/обновленных протоколов и руководств, а также в отношении условий в медицинских учреждениях. Это также является одной из причин, по которой столь важно использовать как национальных, так и международных экспертов при проведении оценки. В разных странах более развернутое содержание критериев может немного различаться.
- Существует потребность в обучении, что можно осуществить лишь при поддержке партнеров, поскольку ВОЗ не является донорской организацией. ВОЗ может предоставлять информацию и знания и проводить пилотные проекты, но в плане наращивания усилий лидирующая роль должна принадлежать другим организациям. В Кыргызстане ЮНФПА предоставляла поддержку при проведении оценки ДПП в отдаленных территориях страны, а в Армении поддержка была предоставлена совместно ЮНФПА, ЮНИСЕФ и НПО Армении «Мировое видение».
- Если это уместно, то можно расширить область оценки, включив в нее вопросы здоровья ребенка. В Армении благодаря адаптации и гибкости вопросника, его распространение было облегчено, при этом вопросник включал такие аспекты, как признаки и симптомы, которые должны насторожить, грудное вскармливание, респираторные заболевания, диарея, лихорадка и другие проблемы, возникающие в раннем возрасте.
- Было подчеркнуто, что проведенная в Таджикистане оценка первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) помогла заручиться донорской поддержкой, поскольку результаты оценки позволили Минздраву и партнерам выявить вопросы, требующие решения, что также привело к консолидации ресурсов и целенаправленному направлению усилий.
- Проведенная оценка ПМСП в Молдове четко обозначила тот факт, что индикаторы существенно отличаются от индикаторов в сфере стационарной помощи, при этом результаты оценки помогут осуществить разработку плана по улучшению качества

ПМСП.

- Во многих странах опыт, полученный в результате использования инструмента ЭПУ и проведения обзоров материнской смертности и заболеваемости (VTN), привел к тому, что значительно более успешно стали проводиться оценки и улучшилось понимание необходимости использования благожелательного, поддерживающего подхода, не имеющего цели применения административных санкций.
- Будет весьма полезно осуществлять сбор материалов и опубликовывать примеры успешной практики в рецензируемых медицинских журналах. Фактически всем странам следует к этому стремиться. Участников призвали к опубликованию как на местном, так и на международном уровнях материалов о полученных результатах, поскольку это является наилучшим способом обмена опытом.

Результаты и последующие этапы проекта ДПП в целевых странах

Обе целевые страны в рамках проекта, Армения и Казахстан, обменялись опытом и результатами первого года реализации проекта.

Кыргызстан

Были представлены результаты оценки, проведенной в 2012 г., а также последующих мероприятий, которые представлены ниже.

- Кыргызстан пересмотрел клинические протоколы и перинатальные формы.
- Разработана новая медицинская документация для ДПП.
- Был разработан подход, который заключался в создании групп благожелательного, поддерживающего наблюдения, что отличалось от предыдущих форм наблюдения: переход от «контроля» к «поддержке». На амбулаторном уровне поддерживающее наблюдение ранее отсутствовало.
- Были разработаны вопросники для измерения степени удовлетворенности женщины и членов семьи с целью мониторинга воздействия проводимых мероприятий.

Рекомендации отразили аспекты, требующие изменений. Некоторые из них представлены ниже.

1. Более глубокое обучение и просвещение:

- a) необходима каскадная подготовка в сочетании с поддерживающим наблюдением;
- b) рекомендован обмен учебными курсами с другими странами.

2. Организационные аспекты:

- a) предоставление возможности женщинам записываться на визиты к врачам;
- b) внедрение форм для оценки степени удовлетворенности пациенток в рамках мониторинга воздействия мероприятий;
- c) привлечение семей к процессу совершенствования ДПП;
- d) перевод материалов на киргизский язык для медицинских специалистов;
- e) разработка информационных материалов для женщин и широких слоев населения, в которых также будут отражены опасные признаки, которые должны насторожить и побудить женщину обратиться за медицинской помощью;
- f) оценка возможностей предоставления субсидий или бесплатного транспорта для пациенток, которые направляются для лечения в другие медицинские учреждения;
- g) профилактика:
 - покрытие расходов, связанных с приемом фолиевой кислоты, лечением анемии, из средств национального бюджета;
 - рассмотрение возможностей покрытия из средств национального бюджета расходов на антирезусный иммуноглобулин;
 - разработка унифицированной медицинской карты для всех.

Были представлены нерешенные проблемы и препятствующие факторы, которые приводятся ниже.

- 1) Низкая оплата труда.
- 2) Высокая текучесть младшего медицинского персонала.
- 3) Низкая мотивация персонала.
- 4) Проблемы наблюдения на регулярной основе.
- 5) Отсутствие обучения в сфере дородовой помощи.

В заключение эксперты пришли к согласованному мнению о недостаточной подготовке, и кроме того, негативным является тот факт, что обучение в сфере ДПП не интегрировано в национальную систему образования. Помимо этого, система поддерживающего наблюдения не является элементом существующей амбулаторной помощи. Потребуется большое количество времени и финансирования для обеспечения качества регулярного поддерживающего наблюдения. Поэтому специалистам, осуществляющим наблюдение, рекомендуется получать обучение в этой сфере по принципу «поддерживающего» наблюдения, а не наблюдения в целях «наказания», при этом необходимо снабдить специалистов соответствующим инструментом. Хорошо было бы включить эти вопросы в программу обучения в сфере оказания дородовой помощи и воспроизводить наиболее оптимальную в этом отношении практику. Минздрав Кыргызстана продолжает проработку вопроса о том, каким образом внедрить «поддерживающее наблюдение» в «существующую национальную систему». Кроме того, одной из основных задач является создание системы мониторинга и направления пациентов на последующий уровень медицинской помощи, а также внедрение современных путей мониторинга, особенно в отношении пациентов высокого риска.

Армения

Результаты, полученные в ходе оценки, представлены ниже.

- Система ПМСМ функционирует.
- Все женщины и дети имеют доступ к бесплатному медицинскому обслуживанию.
- Амбулаторную помощь детям оказывают педиатры, а в сельской местности – семейные врачи и медицинские сестры.
- Пациентки имеют свободный выбор лечебно-профилактического учреждения, поэтому медицинский персонал заинтересован в предоставлении более качественных услуг для привлечения женщин.
- Медицинский персонал обладает высоким уровнем квалификации в отношении профессиональных основ знаний и вмешательств.

Было подчеркнуто, что сильную сторону в Армении представляют следующие аспекты:

- 1) хорошая инфраструктура и наличие персонала;
- 2) высокая квалификация персонала;
- 3) наличие технической оснащенности;
- 4) патронажные посещения матери и новорожденного сразу после выписки;
- 5) взаимосвязи между родильными домами различных уровней;
- 6) иммунизация в соответствии с национальным планом прививок;
- 7) укрепление грудного вскармливания;
- 8) своевременная госпитализация;
- 9) высокий процент беременных женщин, встающих на учет по дородовому наблюдению на сроке до 12 недель беременности;
- 10) большие масштабы обеспечения доступа к услугам ПМСП, большая степень осведомленности населения на основе использования сертификационных карт.

Вместе с тем, было установлено, что требуются следующие улучшения:

- 1) полностью использовать потенциал семейных врачей и акушерок;
- 2) обновление амбулаторной документации в соответствии со стандартами ВОЗ;
- 3) сокращение чрезмерного использования лекарственных средств и гипердиагностики;
- 4) пересмотр протоколов по направлению пациентов на последующий уровень медицинской помощи;
- 5) обновление и пересмотр перинатальной карты;
- 6) совершенствование проведения своевременного скрининга, использование гравидограммы с осознанием ее эффективности при ранней диагностике отклонений от нормы;
- 7) производить расчет индекса массы тела; в настоящее время это не происходит, несмотря на то, что новорожденный взвешивается при каждом посещении медработника;
- 8) не всегда соблюдается принцип конфиденциальности и соблюдения права на личное пространство;
- 9) необходимо улучшение в проведении оценки здорового новорожденного;
- 10) необходимо повышение знаний и навыков консультирования матерей относительно новорожденных;
- 11) необходимо улучшение знаний относительно наиболее распространенных болезней новорожденных.

Армянская делегация внесла предложения, которые приводятся ниже.

- Рассмотреть рекомендации ВОЗ относительно «школ материнства».
- Адаптировать национальный инструмент оценки амбулаторной помощи.
- Способствовать изменению поведения медицинского персонала, наделяя сотрудников большими правами.
- Привлекать управленческое звено медицинского обслуживания к осуществлению поддерживающего наблюдения.
- Рассмотреть возможность использования финансовых стимулов в отношении высокого качества предоставляемой помощи.
- Рассмотреть возможность введения 4-го (высокоспециализированного) уровня медицинской помощи для женщин и новорожденных.

Для решения поставленных задач и выполнения рекомендаций предложены следующие меры:

- разработать медицинскую карту для беременных женщин,
- оценить эффективность последних приказов в Армении,
- предоставить обучение инструкторам по консультированию,
- проанализировать существующие информационные материалы для женщин и их семей,
- разработать новые протоколы по ведению осложнений беременности,

- разработать протокол по направлению пациентов на последующий уровень медицинской помощи,
- обновить клинический протокол по преэклампсии/эклампсии.

Более общая рекомендация для Европейского региона в целом состоит в том, чтобы направить больше усилий на обеспечение возможности женщинам осуществлять грудное вскармливание, а также настоятельно рекомендовать беременным женщинам посетить врача не менее четырех раз за период беременности.

Результаты обсуждения и рекомендации

После представления докладов от двух стран участники обсудили приоритетные области, требующие дальнейшего развития, а также общие рекомендации по усовершенствованию ДПП в Европейском регионе ВОЗ.

Было рекомендовано использовать инструмент для оценки ДПП в целях мониторинга качества помощи 2-го и 3-го уровней в увязке с индикаторами перинатального здоровья.

Важнейшим условием является обеспечение наличия информационных систем здравоохранения для мониторинга не только стационарной помощи, но также и ПМСП. Для получения более подробной информации здравоохранения и дезагрегированных данных, в том числе информации по социальным детерминантам здоровья, очень важно использовать различные обследования (демографические и медико-санитарные обследования (DHS), мультииндикаторные кластерные исследования (MICS) и др.).

Что касается аспекта устойчивости, было предложено разработать качественные и количественные индикаторы для инструментов оценки ПМСП/ДПП, а страховым компаниям, связанных с проблемами контроля качества, рекомендовано работать в ключе доказательной медицины. Кроме того, проведение «Конфиденциальных расследований случаев материнской смертности» (КРСМС) могут предоставить более точную дополнительную информацию о путях улучшения качества ДПП. Был также сделан вывод о том, что выслушивая мнение женщин в ходе интервьюирования и регулярно анализируя результаты можно дополнительно изыскивать пути улучшения амбулаторного медицинского обслуживания.

Общие рекомендации по улучшению качества касались следующих аспектов:

- 1) обучение медицинского персонала;
- 2) обеспечение стабильности и устойчивости при осуществлении стратегий, программ и инициатив;
- 3) обеспечение высокого качества стандартов и протоколов;
- 4) обеспечение условий для систематического подхода и мотивации;
- 5) обеспечение соответствия последующих мер в странах рекомендациям ВОЗ;
- 6) обеспечение адекватной финансовой поддержки со стороны правительства.

Панельное обсуждение возможностей по улучшению первичной медико-санитарной помощи для женщин и новорожденных

На следующем заседании совещания представители ряда стран обсудили пути улучшения ПМСП для женщин в восточной и центральной частях Европейского региона. Участникам было предложено особое внимание при обсуждении обратить на следующие вопросы:

- каким образом осуществляется мониторинг ДПП в амбулаторных медицинских учреждениях в странах, которые они представляют;
- каким образом они добиваются улучшения качества ДПП;
- с какими трудностями они встречаются, и как они планируют их преодолеть.

Все участники считают, что в их странах произошли позитивные изменения. Вместе с тем, ряд участников отметили по-прежнему сохраняющуюся труднодоступность сельского населения.

В отношении мониторинга качества амбулаторной ДПП были приведены следующие примеры.

В Латвии не проводится мониторинг данного процесса; поскольку это небольшая страна, где отмечается менее 20 000 рождений в год, проводится анализ материнской смертности и качества помощи с использованием подхода, описание которого приводится в руководстве «Что кроется за цифрами» (VTN).

Представители находящейся под управлением ООН провинции Косово считают мониторинг ДПП наиболее сложной частью работы, при этом они понимают, что без сильной и слаженно функционирующей системы здравоохранения невозможно проводить мониторинг вмешательств. ВОЗ работает вместе с ЮНИСЕФ и ЮНФПА в области мониторинга и отчетности по перинатальным индикаторам. Используются специальные обследования для мониторинга хода работы по улучшению материнского и перинатального здоровья, а также результатов использования ЭПУ. Что касается сферы ПМСП, то следует отметить, что предоставляется поддержка патронажным визитам.

Было отмечено, что проведение обследования является достаточно дорогостоящей методологией, которую не все страны могут себе позволить. В масштабе всех 53 государств-членов было проведено немного обследований, при этом лишь некоторые страны включили в них данные ДПП.

В Таджикистане проведение мониторинга на первичном уровне узаконено приказом министра здравоохранения. Таджикистан провел реформу в области семейной медицины, а также были распространены стандарты.

Команда, состоящая из врача и акушерки, посещает медицинские учреждения и проверяет работу на соответствие стандартам, при этом проверяющие не задают никаких вопросов, а просто осуществляют мониторинг. Отмечаются хорошие/плохие стороны, при этом используется пятибалльная шкала оценки. В состав координационной группы входит

заместитель министра, при этом достаточно часто проводятся совещания с целью обсуждения результатов мониторинга с предложением рекомендаций и способов их выполнения без указания конкретных учреждений. Работа такой команды не оплачивается, но она получает поддержку от Минздрава и международных партнеров в области развития. Было отмечено, что в странах с низким уровнем дохода легче привлекается финансирование со стороны доноров, однако дело обстоит иначе в других частях Европейского региона.

В Узбекистане существует отдел Минздрава, который занимается вопросами амбулаторных медицинских услуг первичного звена медицинской помощи, который ежедневно получает сведения, в число которых входит ряд индикаторов, таких как охват контрацепцией, иммунизацией и т.д. Эти индикаторы подвергаются мониторингу на регулярной основе. Мониторинг проводит группа экспертов, которая посещает медицинские учреждения, не получая никакого дополнительного вознаграждения, но при этом компенсируются их дорожные расходы. Такая группа инспектирует медицинские учреждения с использованием вопросников, разработанных Минздравом, которые охватывают, в частности, такие аспекты, как основная информация, способы взвешивания/измерения роста и других параметров детей, способы проведения интервью. Данный подход не применяется в настоящее время в масштабах всей страны, а лишь в отдельных пилотных регионах. Узбекистан приступил к модернизации медицинских учреждений, при этом финансирование закупок надлежащего оборудования поступает как от правительства, так и от донорских организаций.

В Туркменистане сбор данных проводится ежемесячно на местном, региональном и национальном уровнях. По ряду параметров информация поступает на ежеквартальной основе. Оценке подвергаются такие аспекты, как охват дородовым наблюдением, скрининг на ранних стадиях беременности, использование протоколов, грудное вскармливание и т.д. Дважды в год исследовательский институт направляет команды в регионы, при этом в каждый регион направляется несколько врачей, акушеров, лаборантов и специалистов других профилей для обучения и информирования медицинских специалистов в Регионе. В Таджикистане проводится анализ и оценка ПМСП, в результате которых отмечаются очень хорошие результаты в отношении охвата женщин на ранней стадии беременности.

В Российской Федерации были проведены обсуждения вопроса о том, какие именно методы и способы оценки и мониторинга ДП являются эффективными. В России существовала национальная программа модернизации ПМСП, которая оказалась эффективной. В стране существует иерархическая система с тремя наборами статистических данных, в рамках которой многие параметры отслеживаются надлежащим образом. Медицинским специалистам предлагается следовать распоряжениям, и за последние годы было проведено очень много проверок разного рода, однако следует отметить, что не все данные надежны. Был задан вопрос о том, «кто осуществляет мониторинг мониторинга». Кто будет оценивать качество мониторинга?

Кроме того, в такой стране, как РФ, значительно труднее осуществлять наблюдение и проверку в связи с внушительной площадью ее территории по сравнению с небольшими

странами. Если говорить в более общих чертах, то в России не хватает стандартного инструмента (для универсального использования в масштабах всей страны). Одно из предложений заключалось в том, чтобы в масштабах всей страны использовать интегрированную систему для мониторинга ДП с применением стандартов ВОЗ.

В Республике Молдова работа по акушерскому делу и исследования в этой сфере были приостановлены, но в 2008 г. учреждено финансирование центров семейных врачей, амбулаторных служб и поликлиник ПМСП, включая перинатальную помощь, что означает, что акушерки снова вернулись в медицинские учреждения при оптимизации ресурсов для оказания медицинской помощи. Минздрав не осуществляет мониторинга качества медицинских услуг, включая ПМСП. Начиная с 2004 г. существует система медицинского страхования, которая охватывает стационарную, амбулаторную и первичную медико-санитарную помощь. Беременные женщины и дети в возрасте до 5 лет обеспечиваются бесплатными лекарственными средствами, а начиная с 2010 г. вошли в силу стандарты ведения беременности, которые, в частности, включают проведение ультразвуковых исследований на первичном уровне медицинского обслуживания, стандарты в отношении здоровья детей и управления качеством. Еще один индикатор качества связан с ведением детей в возрасте от 0 до 1 года.

В Украине в год отмечается 500 000 рождений. 89% всех беременных женщин охвачены услугами ДП. В настоящее время в Украине проводится реформирование системы оказания перинатальной помощи, при этом семейные врачи будут использоваться в системе направления. В Минздраве существует отдел по вопросам обеспечения качества.

В Литве, которая является небольшой страной, проводится стратегический анализ в сфере материнского и перинатального здоровья с 1995 г. Все женщины охвачены медицинским страхованием. Вместе с тем, отчеты семейных врачей, акушер-гинекологов и акушерок не всегда просматриваются. Цель состоит в том, чтобы обеспечить доступ ко всем данным в онлайн-режиме.

В Армении внедрены специальные карты, обеспечивающие доступ женщин к бесплатным родам. Женщины имеют доступ к горячей линии. Анализ звонков предоставляет очень полезную информацию, которая позволяет выявить недостатки системы. Горячая линия работает круглосуточно семь дней в неделю, а звонки записываются и направляются на все уровни. Четыре сотрудника, связанные с горячей линией, могут обеспечивать подачу машин неотложной помощи, направлять женщин в стационары и т.д. Кроме того, существует и вторая система: финансирование национального агентства здравоохранения зависит от числа случаев, и кроме того, при раннем обращении за дородовой помощью выдаются дополнительные бонусы.

Рекомендации в результате панельного обсуждения

- Увязать мониторинг качества медицинской помощи с системой медицинского страхования.
- Проводить анализ эффективности введения бонусных стимулов.
- Ориентироваться на целевые группы населения.

- Обращать внимание не только на сбор и получение данных, но обеспечить их анализ и использование для дальнейшего улучшения доступа и качества помощи.
- Поощрять медицинских специалистов и учреждения, проводить количественную оценку эффективности своей деятельности, не дожидаясь проведения внешней оценки.
- Соблюдать стандарты качества на всех уровнях.
- Осуществлять более системный подход, улучшать мотивацию и обучение медицинских специалистов.
- Включить использование инструмента оценки, разработанного ВОЗ, в регулярное проведение мониторинга качества амбулаторной помощи.

Система направления в рамках медицинской помощи матерям и новорожденным

Д-р А. Васси предварила свое сообщение о важности надлежащей системы направления в рамках оказания медицинской помощи матерям и новорожденным, приведя пример из Соединенных Штатов. Там была выявлена связь между уровнем стационара и низкой массой тела при рождении (НМТР) (менее 1000 г).

40 % младенцев с НМТР рождаются в стационарах 1-го уровня. В докладе говорится о повышении показателя младенческой смертности с понижением уровня медицинского учреждения. Крайне необходимо обеспечить такое положение, при котором каждый младенец будет рождаться в медицинском учреждении, соответствующем его потребностям. В 1976 г. были выпущены стандарты ведения новорожденных с НМТР, а в 1993 г. эти стандарты были обновлены. В 2002 г. стандарты одобрены специалистами.

В 1971 г. в штате Вайоминг, США, отмечался самый высокий показатель смертности, однако в 1980 г. этот штат стал вторым в США в рейтинге низкой смертности среди младенцев.

В 1990 г. во Франции начали вводить регионализацию, но этот процесс занял восемь лет. Многие вопросы прояснились во время проведения исследования MOSAIC¹ (модель организации доступа к палате интенсивной терапии для глубоко недоношенных детей), поскольку были объединены результаты большого количества стран в отношении исходов для глубоко недоношенных детей в зависимости от уровня оказания медицинской помощи. Недоношенные дети должны появляться на свет в роддомах, где имеются неонатальные отделения, которые могут предоставить услуги интенсивной терапии. В докладе также

1

Проект MOSAIC: «Модели организации доступа к палате интенсивной терапии для глубоко недоношенных детей» проводил когортное исследование родов на сроке между 22 and 31 неделями беременности в 10 европейских регионах (7222 глубоко недоношенных новорожденных) и описательное обследование организации акушерских и неонатологических отделений в этих регионах (428 родовспомогательных отделений и 290 палат интенсивной терапии новорожденных (ПИТН) при финансовой поддержке DG-RESEARCH <http://www.epiceproject.eu/en/our-project/mosaic.html>

был отмечен тот факт, что младенцы с НМТР имеют больше шансов на выживание, если в стационаре имеется ПИТ.

Тем не менее, лишь очень небольшое количество недоношенных детей нуждается в интенсивной терапии. У младенцев, родившихся на сроке 30-32 недель беременности, потребность во вмешательствах очень мала, тогда как большинство детей с весом выше 1500 г либо родившихся на сроке свыше 32 недель беременности, нуждаются в помощи для организации их вскармливания и в поддерживающем уходе. Другие результаты показывают, что лицом, представляющим наилучший уход новорожденному, является его мать, поэтому доступ матери в ПИТ ведет к очень позитивным результатам. Вместе с тем, содержание в ПИТе младенцев, на самом деле не нуждающихся в интенсивном уходе, является весьма дорогостоящим предприятием.

Пример Южно-Казахстанской области

В 2006 г. Европейскому региональному бюро ВОЗ было предложено помочь Южно-Казахстанской области (ЮКО) в преодолении трудностей, связанных со становлением регионализации. ВОЗ провела несколько рабочих совещаний по перинатальной регионализации и разработала документы для создания руководств по неотложной перинатальной помощи. В этой связи был издан соответствующий приказ. Изначально все роддома хотели стать центрами 3-го уровня, в связи с этим, прежде чем продолжать работу по регионализации, важно было разработать определение медицинских учреждений третьего уровня и обсудить критерии направления в эти специализированные учреждения. Был учрежден перинатальный комитет для обсуждения финансирования, выполнения протоколов на базе учреждений, современных тенденций, имеющихся данных и определений 3-го уровня оказания помощи.

В результате успешного проведения изменений и определения трех уровней стационаров в ЮКО было отмечено сокращение материнской смертности, при этом наблюдалось небольшое увеличение перинатальной смертности, что на самом деле является отражением лишь более совершенного сбора данных и регистрации всех рождающихся детей. В 2007-2009 гг. было зарегистрировано большее количество детей, родившихся с НМТР. Перинатальные центры были несколько обеспокоены тем фактом, что большее количество младенцев умирают в стационарах 3-го уровня, однако в ходе оказания технической помощи со стороны ВОЗ было отмечено, что этот факт следует рассматривать позитивно, поскольку общая тенденция состоит в сокращении как младенческой, так и материнской смертности. Женщины с осложнениями в процессе родов детей с НМТР будут надлежащим образом направляться в высокоспециализированные родовспомогательные учреждения. Позитивные изменения в системе направления также привели к сокращению направления нормальных родов на третий уровень. Очень важно направлять в специализированные центры 3-го уровня лишь крайне сложные случаи. Еще одним изменением является улучшение в системе направления женщин до достижения 32 недель беременности. Такой подход повысил выживаемость, но в данном случае требуется надлежащее ведение беременности и наличие соответствующего медицинского персонала.

Пример Иркутской области (Российская Федерация)

Проф. Протопопова привела общую информацию, характеризующую область. Население Иркутска составляет 2 428 000 человек и охватывает территорию 774 900 км², при этом 80% населения проживают в городской местности. Российское правительство инвестировало 16 млрд. руб. в модернизацию перинатальной помощи, 25% от этой суммы было направлено на систему направления. Поскольку работа проходит теперь в русле доказательной медицины, были созданы центр моделирования и центры для проведения учебных курсов. В северных районах существует ряд населенных мест с плохо разработанной инфраструктурой, дорогами низкого качества, практически с отсутствием общественного транспорта и т.д. В зимний период существует потребность в специальных мерах, дополнительном оборудовании. Весьма трудно в этих условиях организовать медицинскую помощь хорошего качества. Было принято решение ввести местные регламенты. Таким образом, существует возможность централизации системы медицинского обслуживания и консолидации системы медицинских услуг.

Регионализация началась в 2000 г., когда отмечался высокий показатель материнской и младенческой смертности, что настойчиво вызывало необходимость улучшения системы. В Иркутской области не стоял вопрос о закрытии небольших родовспомогательных учреждений, поскольку без них было бы невозможно предоставлять медицинскую помощь. Там была введена система трех уровней медицинской помощи, в которой учитывались также и небольшие медицинские учреждения; потребовалось шесть лет работы с практикующими врачами, населением и местными органами власти для введения в действие этой системы. Наибольшим препятствующим фактором являлись сами практикующие медицинские работники. Они не хотели направлять случаи с осложнениями и роды детей с НМТР из местных родовспомогательных учреждений в специализированные центры. Поэтому потребовалась большая информационно-разъяснительная работа. К 2006 г. стало возможным создать учреждения второго и третьего уровня и разработать протоколы и стандарты. Информационно-разъяснительная работа оказалась очень полезной: всем стали понятны причины и задачи проводимых изменений. Протоколы были введены в силу местными руководящими органами здравоохранения в 2006 г.

В России сохранение кадровых ресурсов представляет собой общую проблему, однако в Иркутской области руководящим органам здравоохранения удалось избежать текучести младшего медицинского персонала. Вместе с тем, по-прежнему сохраняется нехватка неонатологов и акушер-гинекологов. Родовспомогательные учреждения третьего уровня обеспечены кадрами, в медицинских учреждениях второго уровня кадровая проблема решена более или менее удовлетворительно, тогда как в медицинских учреждениях первого уровня существует нехватка медицинских специалистов. Поэтому доктора из медицинских учреждений 2-го и 3-го уровней работают посменно/распределяются в учреждения 1-го уровня на ротационной основе. В Иркутске существует соответствующее учебное заведение, и система ротации бригад работает довольно эффективно.

В Иркутской области большое внимание уделяется степени удовлетворенности населения. Хотя ряд акушерских отделений в местных родовспомогательных учреждениях был закрыт, руководство справилось с задачами профилирования. Существуют отделения

неотложной помощи в медицинских учреждениях 1-го уровня (в Иркутской области 24 медицинских учреждения 1-го уровня, семь – 2-го уровня и два – 3-го уровня). В родовспомогательных учреждениях 1-го уровня регистрируется 50 000 рождений. Поскольку у некоторых женщин существуют проблемы с оплатой, в 2009 г. введена система субсидий. Иногда женщины отказываются от транспортных услуг из-за дороговизны, поэтому теперь в случае осложнений или патологии, которые требуют многопрофильных консультаций, при направлении женщин в специализированное родовспомогательное учреждение транспорт оплачивается из средств регионального бюджета.

За период с момента введения регионализации и улучшений в транспортировке женщин в учреждениях ни 1-го, ни 2-го уровней не регистрировались случаи материнской смерти, они происходили только в учреждениях 3-го уровня. Что касается критических случаев, едва не приведших к летальному исходу, то следует отметить, что ежегодно 18-20 женщин направляются из родовспомогательных учреждений 1-го и 2-го уровней в специализированные учреждения 3-го уровня, где ими занимаются многопрофильные бригады. Все случаи подвергаются анализу. Женщины на сроке беременности менее 22 недель обычно транспортируются в специализированные центры. В 2012 г. основными причинами материнской смертности являлись косвенные причины (хронические болезни), акушерское кровотечение и сепсис.

В 2012 г. более 90% всех преждевременных родов на сроке до 32 недель беременности зарегистрированы в медицинских учреждениях 3-го уровня, но почти 50% спонтанных преждевременных родов на сроке после 33 недель беременности произошли в родовспомогательных учреждениях 2-го уровня, тем самым снижая бремя, возложенное на высокоспециализированные учреждения медицинской помощи. 80% родов высокого риска регистрируются в родовспомогательных учреждениях 3-го уровня. С 2003 г. стало применяться новое определение живорождения (начиная с 22 недель беременности), в результате чего повысился показатель младенческой смертности.

Пример Литвы

Проф. Nadisauskiene подтвердил, что в Литве в самом начале работы столкнулись с теми же проблемами, что и в других странах. В 1991 г. в Литве создан национальный перинатальный комитет, и было принято определение живорождения, разработанное ВОЗ. В 1992 г. начался процесс перинатальной регионализации, а в 2001 г. были сформулированы принципы обеспечения безопасной беременности, охватывающие и аспект регионализации.

В 1993 г. в Литве начали регистрировать каждые роды, фиксируя всю информацию, которая в настоящее время анализируется ежегодно. Были закрыты роддома, где в год регистрировалось менее 300 родов. С принятием нового определения живорождения стало регистрироваться большее количество случаев смерти, но с улучшением качества помощи положение дел в этом аспекте выправилось.

В плане информирования и консультирования решающее значение имело определение системы направления и транспортировки, когда были созданы центр и медицинские

учреждения различного уровня. В Литве был разработан перечень характеристик оснащённости родовспомогательных учреждений различных уровней:

- 1-й уровень – поликлиника и семейные врачи;
- 2-й уровень – районные стационары и родовспомогательные отделения, включая преждевременные роды на сроке после 28 недель беременности;
- 3-й уровень – имеется два перинатальных центра (в Каунасе и Вильнюсе), где проводятся роды на сроке беременности более 22 недель. Между этими двумя центрами существует некоторая разница в специализации – в случае сердечной патологии плода беременная женщина направляется в Вильнюс; при нейрохирургических проблемах плода – в Каунас. При поддержке финансирования со стороны Швейцарии в этих центрах созданы две ПИТ.

Уровень регионализации отмечается в перинатальной карте, в которой также содержится информация об уровне риска/факторах риска, о которых женщина должна быть осведомлена. На третьем уровне существует сотрудничество между практикующими врачами и университетским преподавательским составом. Для неонатологов чрезвычайно важно наличие реанимобилей. Руководители отделений интенсивной терапии подтверждают факт резкого сокращения смертности новорожденных, что весьма приветствуется лицами, политическими деятелями.

Показатель материнской смертности то повышается, то понижается в связи с небольшим количеством родов, поскольку в такой ситуации каждый случай материнской смерти имеет значение и изменяет величину показателя. Основная причина – акушерские/прямые осложнения, но в то же время за последние 15 лет ни одна женщина не умерла от кровотечения. Подавляющая часть перинатальных проблем возникает из-за плохой коммуникации между различными бригадами и медицинскими специалистами. В результате использования моделирования и постоянно проводимых краткосрочных (одно- и двухдневных) курсов отмечается систематическое улучшение качества медицинской помощи.

Профессиональная ассоциация, ответственная за разработку национальных стандартов, осведомлена о том, что в Литве существует небольшое количество литературы по доказательной медицине, и ассоциация работает над поиском и получением протоколов из других источников. В настоящее время в процессе разработки находятся 70 алгоритмов (включая графические изображения и методы и средства мониторинга и аудита). План заключается во внедрении их во все стационары для обеспечения унифицированного подхода. В заключение следует отметить, что недостаточно лишь сбора данных и мониторинга – необходимо также выполнять рекомендации и улучшать качество медицинской помощи. Необходимо также применять систематический подход, при этом важнейшим фактором является надлежащее руководство.

Результаты обсуждения по системам направления

После докладов о системах направления на последующий уровень медицинской помощи в различных частях Европейского региона участникам была предоставлена возможность задать вопросы и обсудить интересующие всех конкретные аспекты.

Были подчеркнуты следующие моменты.

1. Поскольку женщины могут свободно выбирать стационары, их следует обеспечивать правильной информацией. Важно информировать женщин о том, что беременность является физиологическим процессом, а не болезнью, и предоставлять им информацию относительно различных вариантов и процедур, связанных с каждым уровнем оказания медицинской помощи. Во избежание такой ситуации, когда все женщины будут выбирать специализированный центр 3-го уровня в связи с тем, что там лучше обслуживание, важно обратить их внимание на то, что на каждом уровне медицинской помощи обеспечивается адекватное ее качество.
2. Чрезвычайно важно информировать о роли акушерок, а также о необходимости обучения и использования акушерок для ведения нормальных родов, как это делается в ряде европейских стран, таких как Соединенное Королевство, Норвегия, Дания и т.д. Для оказания помощи в нормальных родах надлежащим медицинским специалистом является акушерка. Существует много научных публикаций, приводящих свидетельства того, что такой подход приносит хорошие результаты, среди которых можно отметить отсутствие чрезмерного использования лекарственных средств по сравнению с высокоспециализированной помощью.
3. Слишком высокий показатель Кесарева сечения (КС), особенно в родовспомогательных учреждениях третьего уровня. Было подчеркнуто, что показатель КС в очень большой степени зависит от политики руководства стационара, поэтому медицинским специалистам необходимо начать с изменения своих установок. Во многих европейских странах высокий показатель КС является проблемой. Недавно в Литве было проведено небольшое исследование, в ходе которого медицинские специалисты из центра опрашивались на добровольной основе. Результаты показали, что 30% КС проводится в случае первых родов и при нормальном течении беременности. Но для того, чтобы выработать рекомендации и сравнить результаты с аналогичными родовспомогательными учреждениями в других странах, требуется более детальный анализ. Были подняты вопросы финансирования. Проблема возникает тогда, когда родовспомогательное учреждение получает большее финансирование при проведении КС, чем при ведении нормальных родов. В каких случаях следует проводить КС; нормальные и осложненные роды? Выступающие предложили отменить добавочное финансирование за проведение КС на различных уровнях. В оптимальном варианте такое решение должно быть принято на национальном уровне, а цены должны быть одинаковыми по всей стране.

4. В некоторых странах процесс регионализации все еще проходит не вполне результативно, при этом проблема по-прежнему заключается в распределении медицинских учреждений по уровням. Опыт показывает, что успех более вероятен в том случае, если процесс проходит снизу вверх, а не сверху вниз.
5. Было отмечено, что весьма полезным окажется обеспечение доступа к методологии обучения с использованием моделирования и к рекомендуемым методам мониторинга. Кроме того, полезно увязать стандарты неотложной акушерской помощи (НАП) с реорганизацией.
6. Важно повышать осведомленность лиц, формирующих политику, относительно того факта, что безопасность материнства и здоровья следующего поколения зависит от соблюдения принципов обеспечения прав женщин, а также от уровня образования и финансирования. Нельзя возлагать ответственность за все на медицинских специалистов.

Существующая система направления в первичном звене медико-санитарной помощи в странах Восточной и Центральной Европы

На втором панельном заседании представителям стран было предложено обсудить вопрос о том, какие механизмы регулируют направление беременной женщины, матери или младенца из амбулаторного учреждения, учреждения первичной медико-санитарной помощи на последующий уровень обслуживания в их странах. Каждый представитель вкратце рассказал о существующей системе направления:

- В находящейся под управлением ООН провинции Косово эта система требует совершенствования. В этом плане не существует регламентов в поддержку системы, не существует также и медицинского страхования, которое обозначало бы правила и ограничения. У женщин есть право выбора стационара для родов и использования при этом своих собственных критериев.
- В Узбекистане внедрен ряд элементов регионализации перинатальной помощи. Медицинские учреждения были реконструированы и по-новому оснащены; разработаны, обсуждены и согласованы критерии для системы направления (отдельно для женщин и новорожденных). Учреждения 3-го уровня – это те центры, где необходимо проводить сбор информации и ее анализ. По-прежнему сохраняются проблемы с отдаленными территориями, где значительные улучшения требуются по таким параметрам, как укомплектование кадрами, знания и потенциал. Пока не существует юридических основ для регионализации.

- В Туркменистане существует ежедневная связь между службами, при этом наиболее трудные случаи направляются в перинатальные центры с использованием санитарной авиации. Функционируют элементы системы мониторинга; регламентационная база для регионализации пока не разработана, но существует программа укрепления материнского здоровья.
- В Таджикистане не существует регламентационной базы для регионализации, имеются только некоторые ее элементы – перечень возможных ситуаций.
- В Молдове регионализация услуг хорошо регламентирована и функционирует не менее 12 лет. В настоящее время она находится в процессе пересмотра и обновления; процесс регулируется национальными протоколами, которые пересматриваются раз в два года.
- В Кыргызстане существует национальная программа, протоколы и руководства, но система направления не разработана.
- В Украине в 2010 г. был одобрен концептуальный документ по реформированию системы перинатальной помощи. Были разработаны регламентационные основы для специализированных учреждений, которые находятся все еще в процессе реализации, включая вопросы пересмотра кадровых ресурсов и оборудования. Дважды в год подготавливается доклад по мониторингу.

Участникам было предложено обсудить основные трудности на пути своевременного направления пациентов на надлежащий уровень медицинской помощи.

- В Армении основным препятствующим фактором является число перинатальных центров по сравнению с потребностями страны, а также различия в стоимости медицинских вмешательств на разных уровнях помощи. Последняя оценка качества медицинской помощи показала, что необходимо разработать четкие критерии направления пациентов.
- В Украине самая большая трудность состоит в том, что регионализация не работает оптимальным образом. Лишь 50% проводимых в стационарах третьего уровня родов имеют показания именно для этого уровня. Необходимо и далее проводить обучение персонала. Требуется улучшить связь и сотрудничество с учреждениями ПМСП. Иногда плохое качество дорог и инфраструктуры могут являться фактором, препятствующим транспортировке женщин в учреждения более высокого уровня.

- В Кыргызстане трудности связаны с инфраструктурой медицинских учреждений, которую можно улучшить. Различные учреждения специализированного уровня медицинской помощи обладают сходным видом оборудования и могут предоставлять одинаковый уровень помощи: еще одной проблемой является кадровый вопрос, включая миграцию и готовность специалистов усовершенствовать свои знания и навыки.
- В Молдове основной задачей является пересмотр структуры медицинских учреждений, особенно 1-го уровня, с небольшим числом родов. Но вместе с тем, проблемой являются система направления/транспортировки, также причины задержек.
- В Таджикистане трудности отмечаются в транспортировке и отсутствии плановой госпитализации. Задержки различного рода, неотложные случаи приводят к наихудшим результатам для матерей и новорожденных, и кроме того к более высоким затратам для системы здравоохранения в целом.
- В Туркменистане наблюдаются трудности с транспортировкой из отдаленных областей. Дальнейших улучшений требуют связи между стационаром и амбулаторной помощью.
- В находящейся под управлением ООН провинции Косово наибольшее затруднение представляет недостаточно развитая инфраструктура, отсутствие регламентов и системы медицинского страхования. Лишь в последнее время начали разрабатываться протоколы.

И наконец, представители стран обсудили вопросы мониторинга эффективности систем регионализации/направления. Ряд стран, таких как Украина, готовят отчеты по мониторингу дважды в год, в плановом порядке охватывая разработанный перечень индикаторов. В ряде стран мониторинг проводят раз в год, а в других мониторинг эффективности регионализации не осуществляется вовсе.

Групповая работа по системе направления для беременных женщин, матерей и новорожденных

После панельного заседания по данной теме все участники работали в группах и разрабатывали рекомендации по улучшению системы направления для беременных женщин, матерей и новорожденных.

Группы подходили к работе по-разному. Первая группа составила перечень конкретных рекомендаций. Подход второй группы заключался в определении конкретных проблем и рекомендаций по их решению. Третья группа обозначила конкретные области, требующие совершенствования.

Результаты групповой работы

Первая группа предложила следующие рекомендации.

- Провести ситуативный анализ нерешенных проблем в системе направления, включая пересмотр соответствующих протоколов и стандартов по всем уровням с целью улучшения качества медицинской помощи для женщин и новорожденных.
- 1. Проанализировать функционирование существующей системы направления, включая пересмотр регламентационных документов.
- 2. Усилить роль ПМСП с особым акцентом на роли акушерок на всех уровнях, включая содействие патронажным визитам.
- 3. Привлекать семью и местное сообщество на всех стадиях функционирования системы направления посредством повышения осведомленности населения.
- 4. Обеспечить устойчивую систему медицинского страхования в увязке со стандартами помощи, а также содействовать мотивации персонала, в том числе посредством сертификации и аккредитации предоставляемых услуг.
- 5. Способствовать изменению отношения и установок у тех, кто предоставляет медицинскую помощь, посредством ознакомления их с концепцией системы направления в ходе обучения всех имеющих к этому отношение медицинских специалистов.
- 6. Пересмотреть и подготовить четкие должностные обязанности для каждого медицинского специалиста с обозначением функций, предполагающих также ответственность за своевременное направление пациентов на более специализированный уровень обслуживания.
- 7. Пересмотреть руководство по неотложной акушерской помощи и продолжать работу по оптимизации медицинской помощи.
- 8. Закрыть родовспомогательные учреждения с небольшим количеством родов.

Вторая группа определила восемь областей, требующих улучшения, и предложила соответствующие рекомендации.

Проблема 1: Не везде разработаны регламентационные рамки. Целесообразно принять меры, представленные ниже.

- Составить инвентарный перечень оборудования для каждого из уровней оказания медицинской помощи.
- Обеспечить целенаправленное обучение и подготовку персонала для каждого уровня.
- Установить процедуры и показания для перенаправления пациентов на различные уровни.
- Разработать протокол по транспортировке.
- В сотрудничестве с Минздравом создать многопрофильные рабочие группы (состоящие из акушер-гинекологов, неонатологов, акушерок, представителей местного сообщества, ученых, преподавателей).
- Выявлять «чемпионов», которые хотели бы участвовать в подготовке первой версии документов.
- Изыскать средства для поддержки рабочих групп (бюджет Минздрава или финансирование со стороны партнеров в области развития).
- Отредактировать и упорядочить документы – при содействии международных организаций (ВОЗ).

Проблема 2: Низкое качество системы мониторинга и оценки, отсутствие данных по результативности затрат. Предлагается следующая рекомендация.

- Разработать системы оценки и мониторинга с четкими критериями и индикаторами результативности на различных уровнях оказания медицинской помощи, принимая во внимание опыт мониторинга и оценки в стране.

Проблема 3: В ряде стран существующая система наказания приводит к тому, что предоставляется недостоверная информация. Важно предпринять следующие меры.

- Обеспечить переход от системы наказания к системе, основанной на содействии и мотивации.
- Провести обучение персонала и продемонстрировать, что существуют альтернативные методы исследования перинатальной и материнской смертности (при поддержке ВОЗ и других партнеров в области развития).

Проблема 4: Нехватка врачей, особенно на первичном уровне. Предлагаются следующие меры.

- Делегирование полномочий для ведения беременных женщин семейным врачам, акушеркам и парамедикам. Для этого требуются изменения в регламентах и нормативной базе.
- Совершенствование знаний и навыков акушерок и семейных врачей.
- Совершенствование/пересмотр учебных программ для акушерок и семейных врачей, согласование образовательных программ для акушерок и врачей.
- Непрерывное обучение профессорско-преподавательского состава.
- Использование новых обучающих методов, использование технологий моделирования, телемедицины и т.д.
- Разработка национального и регионального плана обучения и курсов усовершенствования.

Проблема 5: Запоздалое/несвоевременное лечение женщин. Предлагаются следующие меры.

- Повышение осведомленности женщин, например, путем включения соответствующей информации в перинатальные карты/карты дородового наблюдения, разработки брошюр, проведения бесед и, возможно, путем привлечения религиозных организаций и местного сообщества.
- Улучшение у акушерок навыков консультирования и передача им соответствующих полномочий.

Проблема 6: Женщины из социально уязвимых групп населения встают на учет по беременности на довольно поздних сроках либо вообще не прибегают/не могут прибегнуть к услугам дородового наблюдения.

- Важно обеспечить сотрудничество с другими службами (социальные службы, услуги психологов, юридические службы, неправительственные организации, местные сообщества).

Проблема 7: Врачи не хотят перенаправлять пациенток на последующий уровень оказания медицинской помощи. Для решения этой проблемы предлагаются следующие меры.

- Разработать правовые документы.
- Медицинскому персоналу необходимо получать четкую информацию и разъяснения относительно каждого уровня.

- Для обеспечения результативности перенаправления необходимо проводить анализ, и, если это необходимо, пересмотр финансовой системы.
- Необходимо устранить препятствующие факторы (оплата транспортировки, лекарственных средств и т.д. за счет самих женщин).

Проблема 8: Отсутствие транспорта. Для решения этой проблемы предлагаются следующие меры.

- Использование машин скорой помощи.
- Предоставление финансовой поддержки женщинам в случае, когда есть необходимость перевода ее на более высокий уровень медицинской помощи.
- Консультирование на дому.

Третья группа выявила проблемные области, в которые необходимо внести изменения для улучшения работы системы направления, и предложила ряд рекомендаций, классифицированных в соответствии с функциями системы здравоохранения.

Стратегическое руководство

- Должны существовать юридические документы.
- Необходимо разработать и распространить клинические руководства.
- Необходимо установить стандартные процедуры функционирования.

Ресурсы

- Важнейшим условием является наличие квалифицированного персонала.
- Оснащенность, транспорт, лекарственные средства, инфраструктура должны соответствовать уровню медицинской помощи.

Предоставление услуг

- Неотложная акушерская помощь
- Стандартизация
- Комитет по обеспечению качества на уровне медицинского учреждения
- Информирование населения, работа с местным сообществом
- Обратная связь (опросные обследования среди пациентов)

Финансирование

- Рациональное использование ресурсов

- Адекватное финансирование работы с местным сообществом
- Пересмотр возможных финансовых стимулов

Несмотря на различные подходы, использованные в группах при рассмотрении вопросов, связанных с системой направления, в результате были выявлены сходные проблемы и возможные решения, которые могут принести пользу странам Европейского региона. Министерству здравоохранения необходимо будет привлечь и другие сектора (транспортную, финансовую, юридическую системы, сектор образования и т.д.). Необходимо также сократить социальную несправедливость в системе оказания медицинской помощи и сконцентрировать внимание на группах населения, в наибольшей степени нуждающихся в ней (сельское население, население в отдаленных горных районах, группы народности рома, мигранты и т.д.).

Ниже приводятся итоговые рекомендации пленарных обсуждений.

- Использовать стратегические основы европейской политики Здоровье-2020 в целях улучшения дородовой помощи и системы направления посредством совершенствования межсекторального сотрудничества (образование, социальная защита, транспорт, средства массовой информации).
- Улучшить положение дел с наличием информации по деятельности в различных лечебно-профилактических учреждениях (сравнительный анализ медицинских учреждений).
- Установить приоритеты и повысить престиж первичного звена медицинской помощи на национальном уровне.
- Укреплять роль акушерок/медицинских сестер, возлагая на них ряд функций, осуществляемых в настоящее время врачами (ведение нормальной беременности, консультирование и т.д.).
- Упорядочить коммуникации между стационарами и амбулаторными медицинскими учреждениями.
- Совершенствовать знания и навыки семейных врачей и медицинских сестер в области дородового и послеродового ухода посредством обучения и поддерживающего наблюдения.
- Разработать механизмы мониторинга выполнения национальных стандартов /протоколов.

- Осуществлять регулярный (дважды в год) мониторинг выполнения (в процентном выражении) стандартов.
- Разработать четкие критерии для учреждений на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также разработать «дорожные карты» (маршрутизацию).
- Повышать грамотность населения в вопросах репродуктивного здоровья (в соответствии с возрастом).
- Разработать оптимальные механизмы оказания помощи женщине на ранних сроках беременности в соответствии с характеристиками и возможностями каждой страны.

Участники обсудили вопрос о том, какие действия необходимо предпринять для осуществления рекомендаций совещания.

Делегаты Армении выразили готовность к концу 2013 г. рассмотреть критерии направления и уровней медицинской помощи. Они также проинформировали о том, что проведут семинар о внедрении пересмотренных перинатальных карт.

Делегаты Узбекистана подчеркнули важность участия в работе данного совещания и большую пользу, полученную в результате его работы. Они обсудят рекомендации с рабочей группой Минздрава и наметят пути их приоритизации в зависимости от имеющихся средств, при этом в Узбекистане, как представляется, наиболее приоритетными задачами являются регионализация и рассмотрение системы направления. Рабочая группа по разработке руководств хотела бы получить техническую помощь со стороны ВОЗ. Делегаты предложили разработку платформы на основе веб-сети в целях обмена опытом и получения замечаний и комментариев.

Делегаты от Украины подтвердили свою готовность продолжать совершенствовать систему и использовать проведение конфиденциальных расследований случаев материнской смерти для выявления системных дисфункций и предотвращения ошибок. Они будут проводить информационно-разъяснительную работу о необходимости улучшения обучения для акушерок и акушеров.

Участники от Кыргызстана предложили организовать совещание с партнерами и Минздравом для установления приоритетности рекомендаций по регионализации.

Делегаты от Таджикистана будут использовать рекомендации по результатам предстоящей оценки дородовой помощи, а также представят их на рассмотрение ассоциации акушер-гинекологов, которые предложат свои замечания и меры во исполнение рекомендаций.

Поскольку Туркменистан в настоящее время находится на начальных этапах регионализации, делегаты предложили сотрудничество с проф. Nadisauskiene. Они выразили признательность за обмен опытом на совещании. Все рекомендации будут представлены Минздраву и обсуждены. Кроме того, они обратились к ВОЗ и другим организациям с предложением о предоставлении Кыргызстану технической поддержки.

Лица, формирующие политику в Косово, а также партнеры будут проинформированы относительно основных рекомендаций, предложенных на совещании, а также будут обсуждены возможные последующие шаги. В настоящее время находящаяся под управлением ООН провинция Косово проходит ранние этапы проведения реформы.

Делегаты от Молдовы подтвердили, что в конце месяца они предоставят результаты и рекомендации групп экспертов, после чего исполком наметит план действий.

В регионе Приднестровья будет организовано совещание для информирования всех соответствующих сторон и начата разработка регламентов. Эта работа будет в дальнейшем продолжена на основе результатов оценки качества помощи. Кроме того, планируется провести семинар по перинатальным вопросам и создать школу по акушерскому делу.

Делегаты от РФ намерены проинформировать Минздрав о результатах и рекомендациях данного совещания, после обсуждения которых будут приняты соответствующие меры.

Заключение

Участники весьма позитивно оценили результаты работы совещания и отметили важность обсуждаемых вопросов и обмена опытом. Кроме того, всеми участниками было высказано единодушное пожелание, при наличии финансирования, о координации со стороны ВОЗ последующего совещания спустя два года для того, чтобы рассмотреть ход осуществления регионализации, а также для того, чтобы предоставить платформу для дальнейшего обмена опытом и знаниями.

Приложение 1. Программа

ЧЕТВЕРГ, 24 ОКТЯБРЯ

08:30-09.00	Регистрация	
09:00 - 10:30	Открытие и введение в тему	
	Приветственные выступления	-д-р Хачатрян, заместитель министра здравоохранения, Армения -Светлана Аксельрод, Министерство здравоохранения, Российская Федерация -г-н Иванов, советник посла Российской Федерации в Армении -д-р Накобуян, руководитель странового офиса ВОЗ в Армении
	Задачи совещания	Олег Швабский, эксперт ВОЗ
	Здоровье матери и новорожденного в Европейском регионе ВОЗ: текущая ситуация и меры по ее улучшению. Пленарные обсуждения	Gunta Lazdane, ЕРБ ВОЗ
10:30 - 11:00	<i>Перерыв на кофе/чай Встреча со средствами массовой информации</i>	
11:00 - 12:30	Ход работы по осуществлению проекта «Сокращение материнской и неонатальной заболеваемости и смертности в странах Восточной Европы путем улучшения первичной медико-санитарной помощи и системы направления», осуществляемого при финансовой поддержке Российской Федерации	
11:00-11.20	Инструмент для оценки качества дородовой и послеродовой медицинской помощи женщинам и новорожденным	Alberta Vaccì, эксперт ВОЗ
11:20-11:40	Достижения и трудности при осуществлении проекта	Олег Швабский
11:40-12:30	Пленарное обсуждение и разработка рекомендаций по дальнейшему улучшению дородовой и послеродовой помощи женщинам и новорожденным	<i>Ведущий:</i> Henrik Khachatryan, страновой офис ВОЗ в Армении
12:30 - 13:30	<i>Перерыв на обед</i>	
13:30 – 15:30	Результаты и последующие действия в рамках проекта ДПП в целевых странах	
13:30-14.00	Кыргызстан – Представители группы по осуществлению проекта ДПП в Кыргызстане	Айгюль Бубекова, Министерство здравоохранения, Кыргызстан
14:00-14:15	Вопросы и ответы	
14:15- 14:45	Армения – Представители группы по осуществлению проекта ДПП в Армении	Карине Сарибекян, Министерство здравоохранения, Армения
14:45 – 15:00	Вопросы и ответы	
15:00-15:30	Пленарное обсуждение вопросов, связанных с	<i>Ведущий:</i>

	извлеченными уроками, мониторингом результатов и обменом опытом	Kubanuchbek Monolbaev, страновой офис ВОЗ в Кыргызстане
15:30 - 16:00	<i>Перерыв на кофе/чай</i>	
16:00 - 17:30	Панельное обсуждение – Пути улучшения первичной медико-санитарной помощи для беременных женщин, матерей и новорожденных в странах Восточной и Центральной Европы	
	<p>Вопросы для обсуждения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Как в вашей стране проводится мониторинг качества дородовой и послеродовой помощи в амбулаторных медицинских учреждениях? • Каких успехов удалось достичь в улучшении ДПП, и каковы были основные стимулы для их достижения? • Какие трудности по-прежнему сохраняются, и каким образом планируется их преодолеть? 	Участники панельного обсуждения: представители от Российской Федерации, Таджикистана, Туркменистана, Республики Молдова, Украины, Узбекистана, Миссии Организации Объединенных Наций по делам временной администрации в Косово <i>Ведущий:</i> Gunta Lazdane
17:30-17:45	Заккрытие пленарных заседаний	

ПЯТНИЦА, 25 ОКТЯБРЯ

9:00 - 10:30	Система направления на последующий уровень при оказания медицинской помощи матерям и новорожденным	
9:00-9:20 9:20-9.35	Общие принципы системы направления и регионализации в целях улучшения показателей материнского перинатального здоровья Вопросы и ответы	Alberta Vaccì
9:35- 9:50 9:50- 10:05	Извлеченные уроки в Российской Федерации и Литве	Наталья Протопопова, Российская Федерация Ruta Nadisauskiene , Литва
10:05 – 10:30	Обсуждения	<i>Ведущий:</i> Zulfiya Pirova, страновой офис ВОЗ в Таджикистане
10:30 - 11:00	<i>Перерывна кофе/чай</i>	
11:00 - 12:30	Панельное обсуждение — существующая система направления в первичном звене медико-санитарной помощи в странах Восточной и Центральной Европы	
	<p>Вопросы для обсуждения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Какие механизмы регулируют направление беременной женщины, матери или новорожденного с уровня амбулаторной, первичной медико-санитарной помощи на последующий уровень? • Каковы наибольшие трудности при своевременном направлении пациентов на надлежащий уровень медицинской помощи? 	Участники панельного обсуждения: Представители от Российской Федерации, Таджикистана, Туркменистана, Республики Молдова, Украины, Узбекистана, Миссии Организации Объединенных Наций по делам временной

	Пленарное обсуждение	администрации в Косово <i>Ведущий:</i> Олег Швабский
12:30 - 13:30	<i>Перерыв на обед</i>	
13:30 – 15:30	Групповая работа с целью разработки рекомендаций по улучшению системы направления беременных женщин, матерей и новорожденных	Ведущие: Alberta Vacci, Олег Швабский, Ruta Nadisauskiene
15:30 - 16:00	<i>Перерыв на кофе/чай</i>	
16:00 - 17:15	Рекомендации, предложенные группами и поступившие в результате пленарных обсуждений относительно последующей работы	Ведущий: Gunta Lazdane
17:15 – 17:30	Закрытие совещания	

Приложение 2. Список участников

Армения

Размик Абрамян
Главный акушер-гинеколог
Министерство здравоохранения,
Директор,
Институт репродуктивного здоровья,
перинатологии, акушерства и гинекологии
Ереван

Соня Арушанян
Директор,
Поликлиника № 4 Ванадзор,
Национальный координатор ИВБДВ

Нун Асриян
Акушер-гинеколог,
Поликлиника «Нор Арабкир»,
Ереван

Гаяне Авагян
Руководитель отдела репродуктивного здоровья
Управление охраны здоровья матери и ребенка,
Министерство здравоохранения Армении,
Ереван

Ара Баблоян,
Председатель Постоянного комитета по медико-санитарной помощи, здоровью матери и ребенка
Национальной ассамблеи Армении,
Ереван

Дереник Думанян
Министр здравоохранения,
Министерство здравоохранения Армении,
Ереван

Армин Харутюнян
Старший специалист,
Управление охраны здоровья матери и ребенка,
Министерство здравоохранения Армении,
Ереван

Эфросия Наапетян
Акушер-гинеколог
Руководитель отделения дородовой помощи,
Ереванская поликлиника №8

Ирина Нерсисян
Старший специалист,
Управление охраны здоровья матери и ребенка,
Министерство здравоохранения Армении,
Ереван

Карине Сарибекян

Руководитель Управления охраны здоровья матери и ребенка,
Министерство здравоохранения Армении,
Ереван

Анна Тадевосян
Главная акушерка,
Институт репродуктивного здоровья,
перинатологии, акушерства и гинекологии,
Еревани

Кыргызстан

Бегаим Ахматова,
Кыргызский государственный медицинский институт
переподготовки и повышения квалификации

Айгюль Бобекова,
Министерство здравоохранения Кыргызстана
Бишкек

Жупара Килибаева
Национальный координатор по антенатальной помощи,
Центр семейной медицины № 6,
Бишкек

Эльмира МаксUTOва
Национальный центр охраны материнства и детства,
Бишкек

Российская Федерация

Светлана Аксельрод
Заместитель руководителя
Департамент международного сотрудничества и связей с общественностью,
Министерство здравоохранения Российской Федерации
Москва

Виктор Анатольевич Линде
Директор
Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии,
Министерство здравоохранения Российской Федерации
Улица Мечникова, 43,
344 013, Ростов на Дону

Наталья Протопопова
д.м.н., профессор, почетный врач
Региональный перинатальный центр ГБУЗ ИОКБ
Иркутск, Юбилейный пр., дом 100

Екатерина Яроцкая
Руководитель отдела международного сотрудничества
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
Улица Опарина, 4,
117497 Москва

Виктор Зубков
Научный сотрудник
Отдел неонатальной патологии,
Научно-исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии,
Улица Опарина, 4,
117497 Москва

Республика Молдова

Galina Moragi,
Заместитель руководителя
Департамент стационарной и неотложной медицинской помощи
Министерство здравоохранения
Республика Молдова

Таджикистан

Шаходат Табаровна Муминова
Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Таджикистана
Улица Карабаева, 102, кв. 185

Мохинав Шарипова
Главный врач роддома номер 2
Улица Хусейнзода , 8
Душанбе

Туркменистан

Марал Токаевна Аннамаммедова
Акушер-гинеколог
Департамент по лечению и профилактике
Министерство здравоохранения Туркменистана
Улица Арчабил Шайолы 20,
744036 Ашхабад

Гуль Кандымовна Гириева,
Главный педиатр,
Департамент по лечению и профилактике
Министерство здравоохранения Туркменистана
Улица Арчабил Шайолы 20,
744036 Ашхабад

Украина

Валентина Коломейчук
Заместитель руководителя
Отдел охраны здоровья матери и ребенка
Департамент реформы и развития здравоохранения
Министерство Здравоохранения Украины
Улица Грушевского, 7
Киев

Мария Заколюдажная
Специалист
Отдел охраны здоровья матери и ребенка
Департамент реформы и развития здравоохранения
Министерство Здравоохранения Украины

Улица Грушевского, 7
Киев

Наталья Рябцева
Управление в сфере медицинской помощи
Руководитель РЮ
Программа охраны здоровья матери и ребенка
Улица Заньковецкой 3/1, ком.27
01001 Киев

Андрей Ткаченко
Ассистент профессора, акушер-гинеколог
Национальная медицинская академия последипломного образования
Департамент акушерства и гинекологии, номер 1
Улица Дорогожицкая, 9
04112 Киев

Узбекистан

Саида Сабировна Хасанова
Республиканский перинатальный центр
Ю-Абадский р-н
Улица Дж. Абидовой, 223
Ташкент

Лола Карабаева
Руководитель
Ташкентский областной перинатальный центр,
Ташкентская область,
Чирчик, пр-т А. Навои, 121

Временные советники

Alberta Vacci
Акушер-гинеколог
Консультант ВОЗ
Via Ariosto 2
34135 Триест
Италия

Ruta Nadisauskiene
Руководитель
Департамент акушерства и гинекологии
Литовский университет медицинских наук
Eiveniu 2, kab.201
LT-50009 Каунас
Литва

Олег Р. Швабский
консультант ВОЗ
117049 Москва
Российская Федерация

Наблюдатели

Ina Volchkova,
Руководящие органы здравоохранения,
Приднестровье

Natalia Slepaha,
Главный акушер-гинеколог,
Руководящие органы здравоохранения,
Приднестровье

Партнеры

Нургюль С. Сманкулова,
Аналитик Национальной программы по репродуктивному здоровью,
Пр-т Чуй, 160, Дом ООН
Кыргызстан

Наира Гараханян,
Эксперт по вопросам здравоохранения в области политики и обеспечения качества,
Менеджер Кампании по вопросам охраны здоровья ребенка
«Мировое видение» Армения

Garik Haugapetyan
Помощник представителя
ЮНФПА Армения

Liana Novakimyan
Сотрудник по вопросам здоровья и питания,
ЮНИСЕФ Армения

Европейское региональное бюро ВОЗ

Zulfia Atadjanova
Национальный сотрудник категории специалистов
Страновой офис ВОЗ, Узбекистан
Улица М. Таробий, 16
100100 Ташкент, Узбекистан

Larisa Boderscova
Национальный сотрудник категории специалистов
Страновой офис ВОЗ в Республике Молдова,
29, Sfatul Tarii Street
MD-2012 Кишинев, Республика Молдова

Anastasiya Dumcheva
Национальный сотрудник категории специалистов
Страновой офис ВОЗ в Украине
Улица Боричев Ток, 30
04070 Киев, Украина

Tatul Hakobyan
Руководитель Странового офиса ВОЗ в Армении
Улица Алека Манукяна, 9, ком. 201,
0070 Ереван, Армения

Henrik Khachatryan
Национальный сотрудник категории специалистов
Страновой офис ВОЗ в Армении
Улица Алека Манукяна, 9, ком. 201,
0070 Ереван, Армения

Gunta Lazdane
Руководитель программы,
Сексуальное и репродуктивное здоровье,
Программа здоровья населения и укрепления здоровья на всех этапах жизни
Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни
Европейское региональное бюро ВОЗ
UN-city Marmorvej 51
DK 2100 Копенгаген Ø, Дания

Kubanychbek Monolbaev
Национальный сотрудник категории специалистов
Страновой офис ВОЗ в Кыргызстане
Пр-т Чуй, 160
720040 Бишкек, Кыргызстан

Zulfiya Pirova
Национальный сотрудник категории специалистов
Страновой офис ВОЗ в Таджикистане
Дом ООН 2, 'Vefa Center' 37/1 Bokhtar Street
734019 Душанбе, Таджикистан

Ida Strömgren
Помощник
Программа здоровья населения и укрепления здоровья на всех этапах жизни
Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни
WHO Regional Office for Europe
UN-city Marmorvej 51
DK 2100 Копенгаген Ø, Дания

Sami Uka
Национальный сотрудник категории специалистов
Страновой офис ВОЗ в Косово, Приштина
Ул. St. Нена Tereze, Резолюция Совета Безопасности ООН 1244
Приштина,
Находящаяся под управлением ООН провинция Косово