

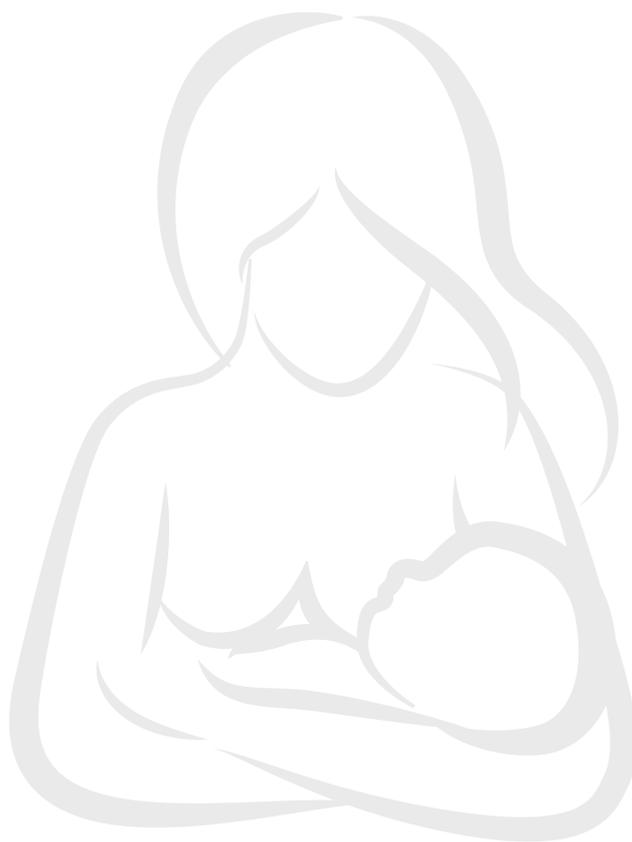
**СТАНДАРТЫ ПОВЫШЕНИЯ  
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,  
ОКАЗЫВАЕМОЙ МАТЕРЯМ  
И НОВОРОЖДЕННЫМ В ЛЕЧЕБНЫХ  
УЧРЕЖДЕНИЯХ**



**Всемирная организация  
здравоохранения**



**СТАНДАРТЫ ПОВЫШЕНИЯ  
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,  
ОКАЗЫВАЕМОЙ МАТЕРЯМ  
И НОВОРОЖДЕННЫМ В ЛЕЧЕБНЫХ  
УЧРЕЖДЕНИЯХ**



Всемирная организация  
здравоохранения

Стандарты повышения качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным в лечебных учреждениях [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities]

ISBN 978-92-4-451121-3

© Всемирная организация здравоохранения, 2018

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

**Пример оформления библиографической ссылки для цитирования:** Стандарты повышения качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным в лечебных учреждениях [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Данные каталогизации перед публикацией (CIP).** Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

**Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование.** Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: <http://apps.who.int/bookorders>. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: <http://www.who.int/about/licensing/>.

**Материалы третьих лиц.** Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

**Общие оговорки об ограничении ответственности.** Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ 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.

ВОЗ 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. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Printed in Russia.

# Содержание

<b>Сокращения</b> .....	<b>iv</b>
<b>Выражение признательности</b> .....	<b>v</b>
<b>Краткая справка</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Справочная информация</b> .....	<b>6</b>
1.1 Введение.....	6
1.2 Приоритетные задачи по снижению уровня материнской и перинатальной смертности.....	7
1.3 Обоснование.....	8
1.4 Целевая аудитория.....	9
<b>2. Методы и процессы</b> .....	<b>10</b>
2.1 Обзор.....	10
2.2 Предмет.....	10
2.3 Разработка рамочной программы и стандартов медицинской помощи.....	11
2.3.1 Поиск и синтез фактических данных.....	11
2.3.2 Экспертный анализ и формирование консенсуса.....	12
2.4 Разработка показателей качества.....	13
2.4.1 Сведение и подготовка показателей качества.....	13
2.4.2 Формирование консенсуса по поводу показателей качества.....	14
<b>3. Определение и рамочная программа по повышению качества медицинской помощи</b> .....	<b>17</b>
3.1 Фактические данные и краткие выводы.....	17
3.2 Определение качества медицинской помощи.....	18
3.3 Рамочная программа по обеспечению качества медицинской помощи.....	18
3.4 Стратегические направления работы.....	20
<b>4. Стандарты медицинской помощи</b> .....	<b>21</b>
4.1 Фактические данные и краткие выводы.....	21
4.2 Определение и структура стандартов.....	21
4.3 Область действия и применение стандартов и положений о гарантии качества.....	23
4.4 Список стандартов и положения о гарантии качества.....	24
<b>5. Показатели качества</b> .....	<b>30</b>
5.1 Положения о гарантии качества и показатели качества.....	30
5.2 Использование показателей качества.....	31
5.3 Показатели качества по положениям о гарантии качества.....	31
<b>6. Практическое применение</b> .....	<b>79</b>
6.1 Распространение.....	79
6.2 Подход к внедрению.....	79
<b>7. Мониторинг и оценка</b> .....	<b>81</b>
<b>8. Актуализация стандартов</b> .....	<b>82</b>
<b>Библиография</b> .....	<b>83</b>
<b>Приложение 1. Участники заседания группы по составлению рекомендаций, Женева, 3–4 июня 2015 г.</b> .....	<b>85</b>
<b>Приложение 2. Список участников опроса экспертов по дельфийскому методу</b> .....	<b>86</b>

---

# Сокращения

**МКБ**      Международная классификация болезней

**ЮНИСЕФ**    Детский фонд ООН

**NICE**      Национальный институт здоровья и совершенствования медицинской помощи

# Выражение признательности

Департамент здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков и Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований Всемирной организации здравоохранения выражают глубокую признательность множеству людей за вклад в подготовку данного документа.

Мы выражаем особую благодарность экспертам, которые приняли участие в разработке рамочной программы по повышению качества медицинской помощи для матерей и новорожденных и внесли свой вклад в эту работу в ходе заседания, состоявшегося в июне 2015 г.: Pierre Barker (Институт повышения качества услуг здравоохранения, США); Nynke van den Broek (Ливерпульская школа тропической медицины, Соединенное Королевство); Sheena Currie (Комплексная программа защиты здоровья матерей и детей, США); Kim Dickson (ЮНИСЕФ, США); Claudia Hanson (Каролинский институт, Швеция); Kathleen Hill, (Международная программа образования в области акушерства и гинекологии Университета Джона Хопкинса, США); Asia Kassim Hussein (ЮНИСЕФ, Объединенная Республика Танзания); Lily Kak (Агентство Соединенных Штатов по международному развитию, США); Joy Lawn (Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство); Tess Lawrie (Evidence-based Medicine Consultancy Ltd, Соединенное Королевство); Norman Lufesi (Министерство здравоохранения, Малави); Silke Mader (Европейский фонд по оказанию медицинской помощи новорожденным, Германия); Ziaul Matin (ЮНИСЕФ, Бангладеш); Goldy Mazia (Программа сохранения жизни матерей и детей, США); Georgina Msemu (Министерство здравоохранения и социальной защиты, Объединенная Республика Танзания); Jim Neilson (Ливерпульский университет, Соединенное Королевство); Lee Pyne-Mercier (Фонд Билла и Мелинды Гейтс, США); Isabella Sagoe-Moses (Министерство здравоохранения, Гана); Memuna Tanko (Национальное агентство по страхованию здоровья, Гана); Donna Vivio, (Агентство Соединенных Штатов по международному развитию, США); Nabila Zaka (ЮНИСЕФ, США).

Мы особо отмечаем вклад 116 экспертов из 46 стран, принявших участие в опросе по дельфийскому методу в целях обеспечения консенсуса по показателям качества (перечислены в приложении 2).

В качестве внешних консультантов, поддержавших работу на разных этапах, выступили Carolyn MacLennan, Rashmi Mathur, Senait Kebede и Tess Lowrie.

Сотрудники ВОЗ, вошедшие в состав Объединенной руководящей группы по составлению рекомендаций: Rajiv Bahl, Bernadette Daelmans, Matthews Mathai, Fran McConville, Annie Portela, Severin von Xylander и Wilson Were, Департамент здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков; Metin Gülmezoglu, Olufemi Oladapo, Özge Tunçalp и Joshua Vogel, Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований; Neelam Dhingra, Shamsuzzoha Syed, Департамент по оказанию и обеспечению безопасности услуг; Margaret Montgomery и Michaela Pfeiffer, Департамент по общественному здравоохранению и окружающей среде; Mwansa Nkowane, Департамент по трудовым ресурсам здравоохранения; Gerardo Zamora и Lisa Rogers, Департамент по вопросам здорового питания и развития.

За координацию процесса разработки отвечали сотрудники ВОЗ, представлявшие основную рабочую группу по повышению качества медицинской помощи для матерей и новорожденных: Bernadette Daelmans, Olufemi Oladapo, Özge Tunçalp, Wilson Were и Severin von Xylander.

Мы также хотели бы поблагодарить всех сотрудников ВОЗ из разных стран и регионов, которые приняли участие в заседаниях и анализе текста документов и внесли свой вклад в общую работу.

Благодарим Фонд Билла и Мелинды Гейтс за предоставленную финансовую поддержку.



# Краткая справка

За последние два десятилетия число детей, появившихся на свет в медицинских учреждениях, значительно возросло, однако темпы снижения материнской и неонатальной смертности по-прежнему остаются низкими. По мере увеличения доли численности детей, рожденных в медицинских учреждениях, всё более пристальное внимание сегодня уделяется вопросам качества медицинской помощи: низкое качество медицинской помощи становится фактором роста заболеваемости и смертности. Перинатальный период является решающим в вопросе спасения как можно большего числа жизней матерей и новорожденных и предотвращения мертворождений. Всемирная организация здравоохранения стремится к построению будущего, в котором *каждая беременная женщина и каждый новорожденный в мире будут получать качественную помощь на всем протяжении беременности, родов и послеродового периода*. В целях реализации этой стратегической концепции ВОЗ определила такое понятие, как «качество медицинской помощи», и подготовила рамочную программу по повышению качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным в период до и после родов.

Эта рамочная программа включает в себя восемь категорий обеспечения качества медицинской помощи, подлежащих оценке, совершенствованию и контролю в рамках системы здравоохранения. Система здравоохранения представляет собой структуру, которая позволяет получить доступ к качественной медицинской помощи в рамках двух ключевых и взаимосвязанных компонентов оказания и получения услуг медицинской помощи. В соответствии с этой рамочной программой и своим мандатом ВОЗ будет прилагать все усилия к реализации своей концепции по шести стратегическим направлениям, которые лягут в основу системного и основанного на фактических данных подхода к выработке рекомендаций по повышению качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным. К этим шести направлениям относятся клинические рекомендации, стандарты медицинской помощи, эффективные способы лечения, показатели качества, научные исследования и наращивание потенциала медицинских учреждений.

Выработка стандартов медицинской помощи и показателей качества была включена в число приоритетных задач, поскольку сегодня не существует полноценных рекомендаций, которые являются ключевым условием для обеспечения надлежащего качества медицинской помощи. В стандартах содержатся четкие требования, выполнение которых необходимо для обеспечения высококачественной медицинской помощи в период до, после и во время родов. Первый этап заключался в применении чрезвычайно жестких принципов для выявления имеющихся ресурсов, проведения масштабного поиска соответствующей литературы и составления схемы стандартов медицинской помощи, действующих в различных организациях, в целях определения и установления их структуры. Было предложено установить общие стандарты широкого действия, обусловленные конкретными положениями о гарантии качества и рядом вводных, промежуточных (процессуальных) и итоговых показателей. Были сформулированы восемь стандартов – по одному для каждой

из восьми категорий рамочной программы по повышению качества медицинской помощи. В целях обеспечения адресного и целенаправленного характера этих стандартов для каждого из них было сформулировано от 2 до 13 положений о гарантии качества, которые должны способствовать существенному улучшению качества медицинской помощи в связи с рождением ребенка.

Были учреждены объединенная руководящая группа и основная рабочая группа ВОЗ, задача которых заключалась в анализе и синтезе фактических данных. В период с января 2015 г. по февраль 2016 г. рабочая группа проанализировала ряд опубликованных исследований в целях определения понятия «качество медицинской помощи» и составления рамочной программы по повышению качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным. Рамочная программа была представлена вниманию группы по составлению рекомендаций в ходе консультаций, которые состоялись 3–4 июня 2015 г. в Женеве. На этом заседании группа проанализировала и обсудила определение понятия «качества медицинской помощи», предлагаемую рамочную программу, стандарты медицинской помощи, положения о гарантии качества и критерии показателей качества. Участники заседания путем консенсуса утвердили определение и категории рамочной программы, стандарты медицинской помощи и положения о гарантии качества. Группа по составлению рекомендаций также обсудила параметры, которые будут использоваться для оценки, изменения и контроля качества медицинской помощи.

На втором этапе объединенная руководящая группа по составлению рекомендаций сопоставила, проанализировала и сформулировала вводные, промежуточные и итоговые показатели для каждого положения о гарантии качества. В основу этих показателей легли индикаторы, используемые ВОЗ и другими признанными на международном уровне организациями и имеющиеся в общем доступе. После этого предварительные показатели были подготовлены соответствующим техническим департаментом и доработаны в рамках консультаций с руководящей группой по составлению рекомендаций. Итоговый перечень показателей был пересмотрен в рамках двух этапов обработки данных по дельфийскому методу, с тем чтобы достигнуть максимального консенсуса – как с географической (46 стран) точки зрения, так и с точки зрения заинтересованных лиц (116 экспертов). Сотрудники медицинских учреждений могут использовать эти показатели для выявления ненадлежащего качества медицинской помощи и повышения уровня и эффективности медицинской помощи в соответствии со стандартами и положениями о гарантии качества. Руководители медицинских учреждений, лица, ответственные за вопросы планирования, администраторы и поставщики услуг должны использовать эти показатели для оценки и контроля наличия ресурсов, параметров эффективности, сфер, требующих улучшения, и результативности вмешательств в целях обеспечения максимального качества медицинской помощи.

Восемь стандартов медицинской помощи и 31 положение о гарантии качества приводятся ниже.

## **Стандарты медицинской помощи и положения о гарантии качества**

**Стандарт 1. Всем женщинам и новорожденным предоставляются стандартные и научно обоснованные уход и медицинская помощь в случае осложнений во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода.**

### ***Положения о гарантии качества***

**1.1a:** При поступлении женщины в медицинское учреждение проводится стандартная оценка состояния ее здоровья, а в процессе родовой деятельности и родоразрешения ей предоставляются своевременные и надлежащие услуги медицинской помощи.

- 1.1b:** Стандартная медицинская помощь оказывается новорожденным незамедлительно после их появления на свет.
- 1.1c:** Матерям и новорожденным оказывается стандартная послеродовая медицинская помощь.
- 1.2:** Женщинам, страдающим от преэклампсии или эклампсии, незамедлительно оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.
- 1.3:** Женщинам с послеродовым кровотечением незамедлительно оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.
- 1.4:** При запоздалых родах или наличии факторов, препятствующих родовой деятельности, женщинам незамедлительно оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.
- 1.5:** При отсутствии самостоятельного дыхания у новорожденного ему оказывается необходимая стимуляционная и реанимационная помощь с применением маски с дыхательным мешком не позднее чем через 1 минуту после рождения.
- 1.6a:** При преждевременных родах как женщинам, так и новорожденным оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.
- 1.6b:** Недоношенным детям и детям с малым весом к сроку гестации оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.
- 1.7a:** Женщинам, имеющим инфекционные заболевания или подвергающимся риску инфицирования во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода, оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.
- 1.7b:** В случае подозрения на наличие инфекции у новорожденного или наличия факторов риска инфицирования он незамедлительно получает лечение антибиотиками в соответствии с рекомендациями ВОЗ.
- 1.8:** Всем женщинам и новорожденным оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии со стандартными мерами предосторожности, направленными на предотвращение нозокомиальных инфекций.
- 1.9:** Ни женщины, ни новорожденные не должны подвергаться необоснованным или опасным манипуляциям во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода.

**Стандарт 2. Система информации по вопросам здравоохранения позволяет использовать данные в целях принятия заблаговременных и надлежащих мер по повышению качества медицинской помощи, оказываемой всем женщинам и новорожденным.**

***Положения о гарантии качества***

- 2.1:** Ведется полный, точный и стандартизованный учет данных о состоянии здоровья всех женщин и новорожденных во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода.
- 2.2:** В каждом медицинском учреждении предусмотрен механизм для сбора данных, их анализа и предоставления обратной связи в рамках деятельности учреждения по контролю и повышению эффективности медицинской помощи до, во время и после родов.

**Стандарт 3. В случае обнаружения заболевания, которое не поддается лечению с помощью имеющихся ресурсов, женщины и новорожденные переводятся в медицинское учреждение соответствующего профиля.**

***Положения о гарантии качества***

- 3.1:** При поступлении в медицинское учреждение, во время родовой деятельности и в ранний послеродовый период все женщины и новорожденные подвергаются осмотру в целях определения необходимости их перевода в специализированное медучреждение, и решение о переводе принимается незамедлительно.

- 3.2:** В случае если женщина и новорожденный нуждаются в переводе в специализированное медучреждение, перевод осуществляется в соответствии с заранее установленным планом, который может быть выполнен незамедлительно и в любой момент.
- 3.3:** В случае перевода женщины и новорожденного из одной части медицинского учреждения в другую или между медучреждениями производится обмен соответствующей информацией и предоставление обратной связи профильному медицинскому персоналу.

**Стандарт 4. Взаимодействие с женщинами и их семьями носит эффективный характер и учитывает их потребности и предпочтения.**

*Положения о гарантии качества*

- 4.1:** Всем женщинам и членам их семей предоставляется информация о медицинской помощи и обеспечивается возможность полноценного взаимодействия с персоналом.
- 4.2:** Всем женщинам и членам их семей оказывается скоординированная медицинская помощь, в рамках которой осуществляется четкий обмен точной информацией между профильными медицинскими и социальными работниками.

**Стандарт 5. Оказание медицинской помощи женщинам и новорожденным носит уважительный характер и предусматривает защиту их достоинства.**

*Положения о гарантии качества*

- 5.1:** В период родовой деятельности и родов всем женщинам и новорожденным предоставляется отдельное, закрытое от посторонних глаз пространство с соблюдением всех требований конфиденциальности.
- 5.2:** Ни одна женщина или новорожденный не могут быть подвергнуты ненадлежащему обращению, включая физическое, сексуальное или вербальное насилие, дискриминацию, небрежное отношение, задержание, вымогательство или отказ в оказании услуг.
- 5.3:** У всех женщин есть возможность сделать осознанный выбор в отношении тех или иных услуг, и им четко разъясняются причины использования определенных мер и их последствий для здоровья.

**Стандарт 6. Всем женщинам и членам их семей оказывается необходимая эмоциональная поддержка, учитывающая их потребности и направленная на расширение прав и возможностей женщин.**

*Положения о гарантии качества*

- 6.1:** Всем женщинам предоставляется возможность пригласить того или иного сопровождающего по их выбору для присутствия во время родовой деятельности и родоразрешения.
- 6.2:** Всем женщинам оказывается эмоциональная поддержка для придания им дополнительных сил во время родов.

**Стандарт 7. Всем женщинам и новорожденным на постоянной основе предоставляются услуги компетентных и заинтересованных специалистов, обеспечивающих медицинскую помощь и лечение осложнений.**

*Положения о гарантии качества*

- 7.1:** Все женщины и дети могут в любой момент получить помощь со стороны как минимум одного квалифицированного акушера и представителя вспомогательного персонала, которые обеспечивают как медицинскую помощь, так и лечение осложнений.
- 7.2:** Квалифицированные акушеры и вспомогательный персонал обладают достаточными знаниями и навыками для оказания помощи при родовой деятельности, родоразрешении и в ранний послеродовой период.

- 7.3:** Во всех медицинских учреждениях имеются руководители административного и врачебного звена, которые несут коллективную ответственность за составление и внедрение соответствующих программ и способствуют формированию благоприятных условий для постоянного повышения качества работы сотрудников учреждения.

**Стандарт 8. В медицинском учреждении имеется надлежащая физическая инфраструктура, в том числе полноценные системы водо-, энергоснабжения и санитарии, а также лекарственные средства, расходные материалы и оборудование, необходимые для проведения стандартных процедур медицинской помощи для матерей и новорожденных и лечения осложнений.**

***Положения о гарантии качества***

- 8.1:** Системы водо- и энергоснабжения, санитарии, обеспечения гигиены рук и утилизации отходов функционируют, отличаются надежностью и безопасностью и являются достаточными для удовлетворения всех потребностей персонала, женщин и их семей.
- 8.2:** Помещения, предназначенные для родовой деятельности, родоразрешения и послеродовой медицинской помощи, спроектированы, организованы и обслуживаются таким образом, чтобы все женщины и новорожденные могли получить необходимую медицинскую помощь.
- 8.3:** Имеется достаточный запас лекарственных средств, расходных материалов и оборудования, необходимых для проведения стандартных процедур медицинской помощи и лечения осложнений.
-

# 1. Справочная информация

## 1.1 Введение

В последние два десятилетия была проделана значительная работа по обеспечению квалифицированной медицинской помощи при родах в целях снижения уровня заболеваемости и смертности среди матерей и новорожденных. Благодаря этой работе удалось существенно повысить число детей, появившихся на свет в медицинских учреждениях, а доля родов, которые проходили при участии квалифицированного медицинского персонала, в развивающихся странах выросла за период с 1990 по 2012 гг. с 56% до 68%. Несмотря на улучшение этих показателей, 800 женщин и 7700 новорожденных по-прежнему ежедневно погибают вследствие осложнений, возникших во время беременности и родов или в послеродовой период, а у 7300 женщин роды заканчиваются мертворождением. Увеличение числа детей, которые появляются на свет в медицинских учреждениях, приводит к росту случаев предотвратимой материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в стенах таких учреждений. Эффективная помощь женщинам и новорожденным в перинатальном периоде обеспечивается за счет использования научно-обоснованных методов и высокого качества оказываемых услуг. Качество медицинской помощи зависит от состояния физической инфраструктуры, кадровых ресурсов и знаний, квалификации и возможностей персонала, необходимых как для ведения нормально развивающейся беременности, так и для оказания помощи при осложнениях, требующих незамедлительных и жизненно необходимых мер. Таким образом, повышение качества медицинской помощи в медицинских учреждениях получает всё более широкое признание как важный фактор в борьбе с предотвратимой заболеваемостью и смертностью матерей и новорожденных.

Согласно результатам исследований, обеспечение максимального охвата основными медицинскими вмешательствами не является достаточным условием для снижения уровня материнской смертности и тяжелой заболеваемости. Помимо этого, существует сложная взаимосвязь между наличием медицинской помощи и итогами беременности. Для того чтобы положить конец предотвратимой заболеваемости и смертности среди матерей и новорожденных, необходимо обеспечить всем женщинам и новорожденным квалифицированную медицинскую помощь в период родов, причем оказание такой помощи должно происходить в соответствии с научно обоснованными практиками и носить гуманный, уважительный и поддерживающий характер. Обязательным условием высококачественной медицинской помощи являются надлежащее проведение эффективных клинических и параклинических вмешательств, укрепление инфраструктуры здравоохранения, оптимальная квалификация и доброжелательное отношение медицинских работников. Это будет способствовать улучшению показателей здоровья и станет источником положительного опыта для женщин, членов их семей и медицинских работников. Высококачественная медицинская помощь является неотъемлемым элементом

права на здоровье и залогом социальной справедливости и защиты достоинства женщин и детей.

Обеспечение доступа к квалифицированной медицинской помощи при родах и к основной акушерской помощи, которая отвечает критериям эффективности и высокого качества, позволяет снизить заболеваемость и смертность среди матерей и новорожденных (1). В основе стандартов ВОЗ по обеспечению качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным, лежат приоритетные и научно обоснованные меры вмешательства, применяемые в особо значимые периоды медицинской помощи. Всемирная организация здравоохранения стремится к построению будущего, в котором каждая беременная женщина и каждый новорожденный в мире будут получать качественную помощь на всем протяжении беременности, родов и послеродового периода (2). Это заявление перекликается с двумя дополнительными глобальными программами действий: «Стратегии по ликвидации предотвратимой детской смертности» (3) и «План действий по полной ликвидации предотвратимой смертности среди новорожденных» (4).

## 1.2 Приоритетные задачи по снижению уровня материнской и перинатальной смертности

Более 70% от всех случаев материнской смертности во всем мире связаны с осложнениями, возникшими во время беременности и родов, как то: кровотечения, гипертония, сепсис и аборт (5). Такие осложнения, как преждевременные роды, асфиксия, случаи интранатальной гибели плода и неонатальные инфекции, становятся причиной более 85% всех случаев смерти новорожденных (6). Исследования показывают, что предоставление в этот критически значимый период эффективной и высококачественной медицинской помощи, направленной на предотвращение и лечение осложнений, может значительно снизить число случаев материнской смерти, мертворождений и ранней неонатальной смерти (7). Таким образом, время родоразрешения и последующий период имеют особое значение для сохранения жизни матери, плода и новорожденного и дают возможность повысить эффективность инвестиций в обеспечение оптимального качества медицинской помощи.

Эффективная профилактика и лечение заболеваний на последних сроках беременности, во время родов и в ранний неонатальный период способны значительно снизить число случаев материнской смертности, внутриутробной гибели плода, мертворождений, обусловленных родами, и ранней неонатальной смертности. Таким образом, повышение качества профилактической и лечебной медицинской помощи, оказываемой в этот критически важный период, может в значительной мере способствовать сохранению жизни матери, плода и новорожденного. В соответствии с имеющимися фактическими данными о бремени заболеваний и их воздействии, в качестве приоритетных направлений для научно обоснованных практик стандартной и неотложной медицинской помощи были определены следующие темы (2):

- стандартная медицинская помощь во время родоразрешения, включая роды и уход за новорожденным при рождении и в течение первой недели жизни;
- медицинская помощь при преэклампсии, эклампсии и связанных с ними осложнениях;
- медицинская помощь при трудных родах с использованием безопасных и надлежащих врачебных методов;
- медицинская помощь при послеродовом кровотечении;

- реанимация новорожденных
- медицинская помощь при преждевременных родах и родоразрешении и обеспечение надлежащего ухода за недоношенными младенцами и младенцами с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении;
- лечение инфекций у матерей и новорожденных.

### 1.3 Обоснование

Всё больше представителей международной общественности признают, что качество медицинской помощи является чрезвычайно важным аспектом в рамках находящейся в стадии осуществления повестки дня в области защиты здоровья матерей и новорожденных. В первую очередь это касается медицинской помощи, связанной с родовой деятельностью и родоразрешением, и медицинской помощи непосредственно в послеродовой период (8). Было признано, что одного лишь широкого охвата услугами здравоохранения недостаточно для снижения смертности. Значительно снизить материнскую и неонатальную смертность и перейти к полной ликвидации предотвратимых причин материнской и неонатальной смертности можно лишь в том случае, если расширение охвата услугами здравоохранения будет сопровождаться повышением качества медицинской помощи на всех ее этапах (9, 10)

Согласно Межстрановому обзору ВОЗ по вопросам здоровья матерей и новорожденных (11), в котором содержатся данные о более чем 300 тыс. женщин, посетивших 359 медицинских учреждений в 29 странах, корреляция между охватом «основными медицинскими вмешательствами» (например, потоком показателю, как доля населения, воспользовавшегося такими вмешательствами, в т. ч. женщины с эклампсией, получавшие сульфат магния) и уровнем материнской смертности в медицинских учреждениях является незначительной. Исследования также показывают, что для оказания высококачественной медицинской помощи требуется надлежащее использование имеющихся объектов инфраструктуры, персонала и предметов первой необходимости как залог эффективной индивидуальной работы с пациентами (12). Для обеспечения высококачественной медицинской помощи необходимы надлежащее использование научно обоснованных практик и неклинических вмешательств, совершенствование инфраструктуры здравоохранения, оптимальная квалификация и доброжелательное отношение медицинских работников.

Предоставление высококачественной медицинской помощи в дородовой, родовой и послеродовой период должно быть неотъемлемой частью любой стратегии по повышению качества услуг здравоохранения. Нормы в области прав человека, медицинская этика и технические стандарты способствуют интеграции этих услуг, которые могут носить как прямой, так и опосредованный характер (успешный перевод в соответствующее медицинское учреждение), поскольку соблюдение таких норм представляет собой базовую составляющую качества медицинской помощи<sup>1</sup>. Право на здоровье является основным правом человека, которое играет ключевую роль в снижении уровня смертности и заболеваемости матерей и детей, в т. ч. новорожденных; и ведет к обеспечению социальной справедливости и защиты достоинства женщин и детей (13).

---

1 Germain A. Meeting human rights norms for the quality of sexual and reproductive health information and services. Commissioned discussion paper presented at the international conference on population and development beyond 2014. International conference on human rights, Noordwijk, 7–10 July 2013.

## 1.4 Целевая аудитория

Рамочная программа по обеспечению качества медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и показатели качества могут использоваться как ориентир при разработке национальных стандартов медицинской помощи и мер, направленных на повышение, оценку и контроль качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным в медицинских учреждениях. Рамочная программа может также служить основой для стратегий и мероприятий по повышению качества и для включения критериев качества в действующие национальные программы. Рамочная программа, стандарты медицинской помощи и показатели качества предназначены в первую очередь для лиц, ответственных за принятие решений: руководителей программ, специалистов по планированию развития здравоохранения на национальном, субнациональном, окружном и учрежденческом уровнях, медицинских работников, специализирующихся на вопросах здоровья матерей и новорожденных, а также для профессиональных объединений и технических партнеров, принимающих участие в обеспечении качества медицинской помощи или консультирующих министерства здравоохранения. Учреждения по подготовке медицинских работников могут также использовать эти материалы в качестве учебного ресурса.

В свете различий между медицинскими учреждениями разных стран, касающихся как организационной структуры, так и специфики труда медицинских работников, ответственных за помощь матерям и новорожденным, основной темой документа стали стандарты медицинской помощи, компетентность, услуги и физические ресурсы, необходимые для надлежащей оценки, контроля и категоризации заболеваний матерей и новорожденных в рамках действующей системы здравоохранения в целях обеспечения оптимальной медицинской помощи. Стандарты медицинской помощи и показатели качества должны быть адаптированы к местным условиям в целях обеспечения их применимости и получения желаемых итоговых результатов по показателям здоровья матерей и новорожденных.

## 2. Методы и процессы

### 2.1 Обзор

Определение концепции качества медицинской помощи, рамочной программы, стандартов медицинской помощи и показателей качества происходило в три этапа. На первом этапе был достигнут консенсус относительно концепции ВОЗ и дано определение такому понятию, как качество медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным. На втором этапе было достигнуто соглашение относительно концепции рамочной программы по повышению качества медицинской помощи, стратегического подхода к реализации программы и стратегических направлений по повышению качества медицинской помощи. На третьем этапе группа обсудила недочеты, выявленные в стратегических направлениях работы, и определила стандарты медицинской помощи и меры по контролю повышения качества медицинской помощи в медицинских учреждениях. Эти этапы включали в себя анализ литературы, консультации экспертов и выработку консенсуса в рамках дельфийского метода.

### 2.2 Предмет

Предметом работы стало составление всеобъемлющих рекомендаций для международных и национальных заинтересованных сторон, поскольку такие рекомендации необходимы для выполнения задач, изложенных в глобальной концепции ВОЗ по повышению качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным. Для этого требуется создание рамочной программы, в которой будут определены категории, подлежащие количественной оценке, средства, которые позволят добиться желаемых показателей здоровья в ходе соответствующих вмешательств, и показатели, необходимые для оценки.

В 2015 г. были начаты консультации, которые проводились под руководством помощника Генерального директора кластера «Здоровье семьи, женщин и детей». Была создана объединенная руководящая группа по составлению рекомендаций, в которую первоначально вошли члены двух департаментов, несущих прямую ответственность за здоровье матерей и новорожденных – Департамента по охране здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков и Департамента репродуктивного здоровья и научных исследований. После определения концепции состав руководящей группы был расширен: в нее были включены представители Департамента по общественному здравоохранению, окружающей среде и социальным детерминантам здоровья, Департамента оказания и обеспечения безопасности услуг, Департамента по трудовым ресурсам здравоохранения и Департамента по питанию для здоровья и развития. Основная рабочая группа, в которую вошли представители Департамента по охране здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков и Департамента репродуктивного здоровья и научных исследований, занималась сбором и синтезом фактических данных и обеспечивала координацию общей работы.

Заседания руководящей группы по составлению рекомендаций проводились раз в две недели в целях достижения консенсуса относительно концепции ВОЗ по повышению качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным, и определения масштаба работы. Были выбраны три группы вопросов, подлежащих анализу:

- определение качества медицинской помощи в контексте защиты здоровья матерей и новорожденных;
- существующие модели по обеспечению качества медицинской помощи и создание системных рамок, очерчивающих ключевые категории качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным;
- литература и определение эффективной стратегии по проведению клинических вмешательств и вмешательств служб здравоохранения в целях повышения качества медицинской помощи на уровне отдельных стран.

На первом и втором этапах эти темы рассматривались в качестве основы для определения качества медицинской помощи и рамочной программы по повышению качества медицинской помощи, а также для выявления стратегических направлений работы. Главным пробелом в работе было признано отсутствие установленных стандартов медицинской помощи.

## **2.3 Разработка рамочной программы стандартов медицинской помощи**

Основная рабочая группа изучила опубликованные и неопубликованные материалы, в которых описывались определения качества медицинской помощи, модели медицинской помощи, рамочные программы по повышению качества медицинской помощи и стратегические подходы к повышению качества медицинской помощи в целом и медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным в частности. Полученные выводы были представлены вниманию объединенной руководящей группы для последующего анализа и обсуждения, и в итоге был достигнут консенсус относительно определения качества медицинской помощи, концептуальной рамочной программы и стратегического подхода к ее осуществлению (2).

Стандарты представляют собой эталонные параметры, которые могут быть использованы для сопоставления с показателями улучшения и потому должны носить измеримый характер. Определение стандартов медицинской помощи было признано приоритетной задачей, так как в настоящее время существует крайне мало рекомендаций по этой теме, если не считать научно обоснованные рекомендации по клинической практике. На начальном этапе участники разработали определения, классификацию, систематизацию и структуру, а затем перешли к выработке стандартов медицинской помощи.

Участники группы согласовали определение, проект рамочной программы и стандарты медицинской помощи, которые затем были представлены вниманию группы по составлению рекомендаций на заседании, прошедшем в июне 2015 г. (приложение 1).

### **2.3.1 Поиск и синтез фактических данных**

В системе анализа медицинской литературы и поиска информации в пределах комплекса MEDLINE, публикациях ВОЗ и других базах данных был проведен поиск в целях выявления профильных материалов, содержащих определения и модели обеспечения качества медицинской помощи. При этом использовались такие поисковые запросы, как «стандарт

[определение] [критерии], [оказание услуг], [клиническая практика или рекомендации], [стандартные процедуры работы]». Кроме того, был проведен дополнительный поиск, в ходе которого к поисковым запросам были добавлены такие слова, как «матери и новорожденные». Для обнаружения публикаций на сайтах организаций использовались окна ввода поисковых запросов или конкретные разделы соответствующих сайтов, посвященные публикациям. Был очерчен круг организаций, которые с большой долей вероятности имели общие стандарты или стандарты медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным, включая международные организации по обеспечению качества и безопасности, правительственные ведомства, неправительственные и профессиональные организации. На вставке 1 перечислены организации, публикации которых были использованы в качестве основных источников для определения, классификации и структурирования стандартов медицинской помощи. Был также проведен общий поиск в интернете при помощи поисковой системы Google, в которой вводились те же основные поисковые запросы. Обнаруженные документы были изучены и проанализированы в целях выявления определений, описаний, форматов, параметров и классификации стандартов. Группа также изучила опыт повышения качества медицинской помощи в рамках различных проектов, проводившихся департаментами ВОЗ.

### **Вставка 1. Ресурсы, использованные при составлении стандартов**

- Международная организация по стандартизации
- Международное общество по обеспечению качества услуг здравоохранения
- Объединенная комиссия (США)
- Национальный институт передового опыта в области здравоохранения и медицинской помощи Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии
- Совет по аккредитации служб здравоохранения на юге Африки
- Министерство здравоохранения: основные национальные стандарты для медико-санитарных учреждений ЮАР (2011)
- Основные стандарты безопасного здравоохранения (Нидерландский фонд «Фармэксесс», Объединенная комиссия США и Совет по аккредитации служб здравоохранения на юге Африки)
- Австралийская комиссия по обеспечению безопасности и качеству услуг здравоохранения: стандарты национальной безопасности и качественных услуг здравоохранения (2012)
- Стандарты ВОЗ по охране здоровья матерей и новорожденных. Группа 1: общие стандарты медицинской помощи для обеспечения здоровой беременности и родов (2007)
- Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии: стандарты акушерской медицинской помощи (1999)

### **2.3.2 Экспертный анализ и формирование консенсуса**

В целях надлежащего отражения многообразия экспертных мнений и технических подходов определение рамочной программы по повышению качества медицинской помощи и стандартов медицинской помощи происходило в формате коллективного участия. Профильные департаменты ВОЗ изучили проекты материалов в целях обеспечения

технической точности и последовательности, а региональные бюро и представители стран оценили их применимость в различных условиях. После консультаций, которые проводились как в электронной форме, так и в формате личных встреч, состоялось однодневное заседание членов объединенной группы по составлению рекомендаций, задача которых заключалась в анализе, доработке и составлении проекта рамочной программы и стандартов медицинской помощи для их представления и обсуждения в группе по составлению рекомендаций.

В июне 2015 г. состоялось заседание экспертов (приложение 1), цель которого заключалась в анализе концепции и рамочной программы ВОЗ и выработке консенсуса относительно подхода ВОЗ и предварительных стандартов медицинской помощи. Эксперты изучили справочную информацию и проекты материалов, чтобы удостовериться в комплексном характере анализа, а также определить, насколько предлагаемые определение качества медицинской помощи, рамочная программа и стандарты медицинской помощи отражают существующий в настоящее время объем знаний и понимание качества медицинской помощи, возможно ли их применение в условиях ограниченности ресурсов и являются ли они реализуемыми на практике. По большинству пунктов повестки был достигнут консенсус, и лишь в нескольких исключительных случаях было проведено голосование методом поднятия рук. По итогам заседания были подготовлены окончательные проекты документов.

## 2.4 Разработка показателей качества

Показатели качества представляют собой основной компонент стандартов медицинской помощи. Они необходимы для измерения вкладываемых ресурсов, эффективности процесса медицинской помощи или оказания услуг, а также, в случае необходимости, итоговых результатов медицинской помощи, и, таким образом, позволяют следить за тем, насколько успешно выполняется тот или иной стандарт медицинской помощи. В то же время определение показателей качества представляет собой непростую задачу по причине множественности определений, сложной взаимосвязи между факторами, определяющими итоговые результаты, а также ввиду контекста их применения.

Задача группы состояла в определении осуществимых параметров и сбалансированного подхода к количественной оценке вмешательств, проводимых в медицинских учреждениях. Ее участники стремились выявить как соответствующие непосредственные показатели качества, так и показатели, отражающие комплексную эффективность вмешательств.

Первый шаг заключался в том, чтобы на базе рекомендаций ВОЗ и других тематических источников выявить те элементы вмешательств, которые являются определяющими с точки зрения стандартов медицинской помощи. Затем был составлен перечень показателей качества, и соответствующее техническое подразделение ВОЗ выработало положение о гарантии качества. Объединенная руководящая группа по составлению рекомендаций проанализировала данный список перед тем, как перейти к использованию дельфийского метода для формирования консенсуса.

### 2.4.1 Объединение и подготовка показателей качества

Технические департаменты ВОЗ совместно с основной рабочей группой подготовили показатели качества для каждого положения о гарантии качества. Группа систематизировала и объединила существующие показатели, фигурировавшие в рекомендациях ВОЗ и ряде инструментов ВОЗ по оценке медицинских учреждений и сбору данных или полученные

от страновых и международных партнеров. В тех случаях, когда показатели качества в этих источниках отсутствовали, группа использовала существующие рекомендации для формулирования новых показателей, которые затем обсуждались с соответствующими подразделениями ВОЗ. После объединения этих показателей объединенная руководящая группа по составлению рекомендаций подготовила перечень из 318 показателей по 31 положению о гарантии качества, подлежащий дальнейшему пересмотру в ходе более широких консультаций.

## **2.4.2 Формирование консенсуса относительно показателей качества**

В целях формирования консенсуса относительно показателей качества состоялись более широкие консультации, которые первоначально проводились в рамках технических подразделений и региональных бюро и страновых офисов ВОЗ, а затем были реализованы на глобальном уровне в рамках дельфийского метода экспертных оценок. В качестве потенциальных участников международных консультаций были выбраны лица, обладавшие широким кругом знаний в данной области – от предоставления услуг здравоохранения до опыта получения медицинской помощи. В их число вошли эксперты по вопросам качественной медицинской помощи, квалифицированные специалисты (например, гинекологи, неонатологи, педиатры, акушеры, медсестры, специалисты по связям с общественностью, юристы), исследователи, ученые и педагоги, пользователи и специалисты по внедрению на разных уровнях, а также представители потребительских организаций, профессиональных объединений и международных и двусторонних ведомств. Приглашения были направлены 215 потенциальным участникам из 60 стран, с тем чтобы оценить уровень их заинтересованности и заручиться согласием на участие. Цель заключалась в том, чтобы привлечь примерно равное число участников по каждому из различных секторов здравоохранения и социальной помощи и добиться международного представительства.

130 (60%) из 215 приглашенных лиц из 48 стран с низким, средним и высоким уровнем дохода дали свое согласие на участие. Показатели качества были направлены тем, кто согласился принять участие в консультациях, проводившихся в два этапа в течение более чем 14 недель. С помощью специальной онлайн-программы (SurveyMonkey®) участники могли вносить свои замечания и ранжировать показатели качества в рамках двух туров. В первом туре им было предложено проанализировать перечень из 318 показателей качества на предмет обоснованности и полноты, внести замечания и добавить любые дополнительные показатели. Во втором туре участникам предлагалось ранжировать показатели по степени приоритетности исходя из критериев, утвержденных на экспертном заседании группы по составлению рекомендаций.

### ***Первый тур опроса экспертов по дельфийскому методу***

В первом туре 130 участникам был направлен перечень показателей качества, состоявший из трех разделов. Первый раздел был посвящен оказанию услуг (стандарты 1–3), второй – опыту получения медицинской помощи (стандарты 4–6), а третий – вопросам, которые носят общий характер (стандарты 7 и 8). В зависимости от уровня своих технических знаний и опыта участники могли выбрать для изучения только раздел об оказании услуг или раздел об опыте получения медицинской помощи в сочетании с общими вопросами или же рассматривать все три раздела в совокупности. Им предлагалось внести общие замечания относительно обоснованности и полноты показателей по каждому положению о гарантии качества и, в случае необходимости, предложить дополнительные показатели. Опрос экспертов проводился на протяжении двух недель, в течение которых участникам были

направлены три электронных письма с напоминаниями. Участникам было рекомендовано заполнять опросные листы в удобном для них темпе и еще раз проверить свои ответы перед отправкой.

Основная рабочая группа проанализировала письменные замечания и показатели качества, предложенные респондентами, и подразделила их на группы в соответствии с положениями о гарантии качества. Письменные замечания были проанализированы и разбиты на категории, которые, в свою очередь, были доработаны и сгруппированы в соответствии с аспектами медицинской помощи, отраженными в положениях. Эти категории включали в себя замечания, касавшиеся вопросов, которые не были отражены в перечне, но признаны значимыми, а также предложения об изменении формулировки показателей или о том или ином дополнении текста положений о гарантии качества. Предлагаемые дополнительные показатели качества также были сгруппированы по темам. Затем профильные технические подразделения проанализировали группы замечаний и дополнительные показатели и составили перечень для второго тура опроса экспертов по дельфийскому методу.

### ***Второй тур опроса экспертов по дельфийскому методу***

Второй тур проводился через шесть недель после завершения первого: перечень был направлен 116 респондентам, обозначившим свои предпочтения во время первого тура. Были составлены три опроса, посвященные аспектам оказания услуг здравоохранения и общим вопросам (стандарты 1–3, 7 и 8), опыту получения медицинской помощи и общим вопросам (стандарты 4–6, 7 и 8) и всем положениям о гарантии качества соответственно. Онлайн-опрос проводился на протяжении четырех недель, и в течение этого периода участникам были направлены четыре электронных письма с напоминаниями.

В этом туре респондентам было предложено присвоить показателям качества баллы исходя из следующих пяти критериев, утвержденных группой по составлению рекомендаций.

- *Значимость*: тематика показателя является важной и стратегически значимой с точки зрения заинтересованных сторон (к которым, например, могут быть отнесены пациенты, медицинские работники, специалисты по снабжению, официальные представители системы общественного здравоохранения, лица, ответственные за разработку политики). *Важность для охраны здоровья*: аспект охраны здоровья, оцениваемый с помощью данного показателя, является значимым, и об этом свидетельствуют высокая распространенность или частота и/или существенное влияние на бремя заболеваний (то есть влияние на уровень смертности и заболеваемости в группе населения).
- *Измеримость*: требования, предъявляемые к сбору данных по показателю, носят понятный и осуществимый характер. Источник данных, необходимых для применения показателя, является доступным и имеется в наличии в момент проведения измерения.
- *Достоверность*: результаты измерения могут быть воспроизведены в определенных условиях, независимо от сроков проведения измерения или лиц, которые проводят измерение.
- *Обоснованность*: этот показатель действительно отражает именно то, для чего он предназначен.
- *Полезность*: этот показатель позволяет эффективно оценить изменения, которые происходят на протяжении определенного периода времени, и может использоваться в целях принятия решений.

По каждому из вышеупомянутых критериев участникам было предложено шесть дифференцированных вариантов ответа, из которых следовало выбрать только один.

- Нет: этот показатель качества не отвечает данному критерию.
- Скорее, нет: этот показатель качества с большей вероятностью не отвечает данному критерию.
- Не уверен/а: я не уверен/а, что этот показатель качества отвечает данному критерию.
- Скорее, да: этот показатель качества с большей вероятностью отвечает данному критерию.
- Да: этот показатель качества отвечает данному критерию.
- Отсутствие квалификации: я не обладаю необходимой квалификацией в этой сфере.

### **Ранжирование показателей качества**

Баллы, которые присваивались респондентами в рамках второго тура, были использованы для расчета среднего балла по каждому показателю качества следующим образом.

- Нет: этот показатель качества не отвечает данному критерию = 0 баллов
- Скорее, нет: этот показатель качества с большей вероятностью не отвечает данному критерию = 0,25 балла
- Не уверен/а: я не уверен/а, что этот показатель качества отвечает данному критерию = 0,5 балла
- Скорее, да: этот показатель качества с большей вероятностью отвечает данному критерию = 0,75 балла
- Да: этот показатель качества отвечает данному критерию = 1 балл
- Отсутствие квалификации: я не обладаю необходимой квалификацией в этой сфере = «пусто»

При подсчете средних баллов «пустые» ответы не учитывались.

### **Расчет среднего балла**

Средний балл рассчитывался для каждого показателя качества по каждому из критериев и был определен как «промежуточный балл», равный сумме всех баллов по конкретному критерию, разделенной на число респондентов (за вычетом «пустых» ответов).

Промежуточный балл для показателя качества по одному критерию = средний балл (С) для этого показателя качества по числу респондентов. «С» равен сумме баллов по этому критерию, разделенной на общее число респондентов (за вычетом «пустых» ответов).

Поскольку критериев было пять, то для пяти промежуточных баллов рассчитывалось среднее значение, чтобы получить итоговый приоритетный балл для каждого показателя качества. Итоговый приоритетный балл для каждого показателя качества рассчитывался путем сложения промежуточных баллов для этого показателя по пяти критериям и деления полученного результата на 5.

<p>Итоговый балл для показателя качества = среднее значение промежуточных баллов по пяти критериям  <math>= (C1+C2+C3+C4+C5)/5.</math></p>
--

После этого по каждому положению о гарантии качества были представлены вводные, промежуточные и итоговые показатели качества, ранжированные в соответствии с итоговым приоритетным баллом.

# 3. Определение и рамочная программа по повышению качества медицинской помощи

## 3.1 Фактические данные и краткие выводы

В литературе не было обнаружено каких-либо определений качества медицинской помощи, которые могли бы быть отнесены к общепризнанным (14–18). Был сделан вывод о том, что понятие качества медицинской помощи носит многосторонний характер и может быть описано исходя из различных точек зрения и аспектов, в том числе с точки зрения медицинских работников, руководителей, пациентов и официальных представителей системы здравоохранения; на основании таких критериев качества, как безопасность, действенность, своевременность, эффективность, справедливость и сосредоточенность на нуждах и интересах пациентов; а также через призму оказания и опыта получения медицинской помощи (вставка 2).

За время, которое прошло с момента публикации труда Donabedian в 1988 г. (18), появился ряд моделей качественной медицинской помощи, предложенных Maxwell (19), Ovretveit et al. (20), Hulton et al. (21), Институтом медицины (16) и ВОЗ (17). К трем наиболее популярным и четко сформулированным моделям относятся теории восприятия, критериев и систем, используемые для практического внедрения критериев качественной медицинской помощи с учетом различных элементов. Наиболее убедительной является модель ВОЗ (17), которая позволяет по-новому взглянуть на работу системы здравоохранения путем определения шести ее структурных компонентов, как то: оказание услуг; работники здравоохранения; информация, медицинская продукция, вакцины и технологии; финансирование, руководство и управление; структура, необходимая для анализа деятельности систем здравоохранения и определения точек приложения усилий. Система здравоохранения обеспечивает структуру, которая делает возможным получение доступа к высококачественной медицинской помощи. Эти модели использовались для разработки концептуальной рамочной программы, которая позволит определить, оценить и контролировать качество медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным.

В основу нижеописанных определений качества медицинской помощи для матерей и новорожденных и соответствующей рамочной программы легли результаты анализа, о котором говорилось выше, и итоги консенсуса, который был достигнут на экспертном заседании группы по составлению рекомендаций.

## 3.2 Определение качества медицинской помощи

Определение качества медицинской помощи, сформулированное ВОЗ на основе ряда определений из тематической литературы, звучит следующим образом: «способность услуг здравоохранения, оказываемых отдельным лицам и группам пациентов, повышать желаемые показатели здоровья. Для выполнения этой задачи необходимо, чтобы услуги здравоохранения отличались безопасностью, действенностью, своевременностью, эффективностью, социальной справедливостью и сосредоточенностью на нуждах и интересах людей» (2).

### Вставка 2. Действующие определения критериев качественной медицинской помощи

- **Безопасность** – оказание медицинской помощи таким образом, чтобы максимально снизить вероятность рисков и ущерба для потребителей услуг (в том числе не допустить возникновения предотвратимых травм и снизить число врачебных ошибок).
- **Действенность** – оказание услуг, в основе которых лежат научные знания и научно обоснованные рекомендации.
- **Своевременность** – сокращение задержек, возникающих при оказании и получении медицинской помощи.
- **Эффективность** – оказание медицинской помощи в такой форме, которая позволяет обеспечить максимально эффективное использование ресурсов и избежать потерь.
- **Социальная справедливость** – оказание медицинской помощи, качество которой не зависит от личных характеристик пациента, таких как пол, расовая или этническая принадлежность, географическое местоположение или социально-экономический статус.
- **Сосредоточенность на нуждах и интересах людей** – предоставление медицинской помощи с учетом предпочтений и стремлений отдельных потребителей услуг и культуры, присущей их местным сообществам.

Таким образом, качество медицинской помощи, оказываемой женщинам и новорожденным, представляет собой способность поставщиков этих медицинских услуг (предоставляемых как отдельным лицам, так и группам населения) повышать вероятность оказания своевременной и надлежащей медицинской помощи, призванной обеспечить желаемые показатели здоровья, которые одновременно согласуются с современными научными знаниями в области медицины и учитывают предпочтения и стремления женщин и их семей. В этом определении учитываются критерии качественной медицинской помощи и две важных составляющих такой помощи: качество оказания медицинской помощи и качество медицинской помощи с точки зрения опыта женщин, новорожденных и их семей.

## 3.3 Рамочная программа по обеспечению качества медицинской помощи

В силу многоаспектности понятия качества медицинской помощи при подготовке концептуальной рамочной программы рекомендаций для медицинских работников, руководителей и лиц, ответственных за разработку политики, в целях повышения качества

медицинских услуг, которые оказываются матерям и новорожденным, использовался целый ряд различных моделей. При составлении рамочной программы по повышению качества медицинской помощи (рис. 1), в основу которой легли эти модели и подход ВОЗ, был определен ряд категорий, необходимых для оценки, улучшения и контроля качества медицинской помощи в медицинских учреждениях в рамках системы здравоохранения (2).

В программе предлагаются восемь категорий качества медицинской помощи, применимых в рамках всей системы здравоохранения. Несмотря на то, что основной темой программы является помощь, оказываемая медицинскими учреждениями, в ней также отражена и чрезвычайно важная роль местных сообществ и потребителей услуг, которые заявляют о своих потребностях и предпочтениях и контролируют вопросы охраны своего здоровья. Отношение женщин, их семей и местных сообществ к качеству медицинской помощи влияет на их решение обратиться за такой помощью и представляет собой важнейший фактор, определяющий спрос на качественное медицинское обслуживание для матерей и новорожденных и его доступность (12). Таким образом, во внимание должны приниматься не только медицинские учреждения, но и такой важный аспект, как участие местных сообществ, которое должно стать неотъемлемым элементом работы по повышению качества медицинской помощи, оказываемой женщинам и новорожденным.

**Рис. 1. Рамочная программа ВОЗ по обеспечению качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным**



Наличие рамочной программы, содержащей восемь категорий качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным в медицинских учреждениях, повышает вероятность достижения желаемых итоговых результатов – как на личном уровне, так и на уровне медицинских учреждений. Подход, ориентированный на систему здравоохранения, позволяет сформировать структуру для повышения качества по двум взаимосвязанным направлениям – оказанию и опыту получения медицинской помощи. Оказание медицинской помощи включает в себя использование научно обоснованной практики стандартного и экстренного медицинского обслуживания, информационных систем, в которых механизмы ведения учета могут использоваться для аналитической работы и аудита, и действующие системы для перевода пациентов на другие уровни оказания медицинской помощи. Опыт получения медицинской помощи включает в себя эффективное обсуждение с женщинами и членами их семей оказываемой помощи, их ожиданий и прав; уважительное отношение и защиту человеческого достоинства; обеспечение социальной и эмоциональной поддержки по выбору пациентов. К сквозным вопросам рамочной программы относятся наличие компетентного и заинтересованного персонала и физических ресурсов как обязательное условие оказания высококачественной медицинской помощи в медицинских учреждениях.

Эта рамочная программа может использоваться для оценки характеристик или параметров качества медицинской помощи в различных секторах системы здравоохранения с точки зрения как потребителей, так и поставщиков услуг и руководства. В соответствии с рамочной программой и мандатом организации были определены шесть стратегических направлений работы по повышению качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным. Эти шесть направлений легли в основу системного и научно обоснованного подхода к разработке рекомендаций, стандартов медицинской помощи, эффективных вмешательств и показателей качества медицинской помощи, а также к исследованиям и наращиванию потенциала в области повышения качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным.

### 3.4 Стратегические направления работы

Шесть стратегических направлений работы по повышению качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным, и ликвидации предотвратимой заболеваемости и смертности среди матерей и новорожденных включают в себя исследовательскую работу, рекомендации, стандарты медицинской помощи, эффективные стратегии вмешательства, показатели мониторинга на глобальном, национальном и учрежденческом уровне и наращивание потенциала в области повышения, оценки и программирования качества (2).

В соответствии с рамочной программой работа по данным стратегическим направлениям будет направлена на содействие повышению качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным, причем на национальном уровне особое внимание будет уделяться вопросам укрепления потенциала и технической поддержки. В то же время результаты исследования показали, что, несмотря на наличие научно обоснованных рекомендаций по клинической практике в целом, никаких рекомендаций относительно ожидаемых стандартов медицинской помощи и надлежащих показателей качества в настоящее время не существует. В связи с этим внимание было сосредоточено в первую очередь на выработке таких нормативов, как стандарты медицинской помощи и показатели качества.

## 4. Стандарты медицинской помощи

### 4.1 Фактические данные и краткие выводы

По итогам работы, заключавшейся в поиске определений, классификации и структуры стандартов медицинской помощи, не было выявлено ни одного последовательного «определения» или конкретной стандартизированной «структуры». Большая часть обнаруженных источников относилась к сферам, не связанным со здравоохранением, где стандарты определялись как положение, которое может служить рекомендацией по обеспечению единообразия процессов и продукции (22). Стандарты, связанные со здравоохранением, были предоставлены преимущественно странами с высоким уровнем дохода (23, 24). Национальный институт здоровья и совершенствования медицинской помощи (NICE) представил примеры стандартов оказания медицинской помощи матерям и новорожденным, включая стандарты антибактериальной терапии при инфекциях у новорожденных, оказания помощи при повышенном артериальном давлении во время беременности, искусственного стимулирования родов, проведения операции кесарева сечения, а также оказания медицинской помощи в дородовой и послеродовой период (25). Нидерландский фонд «Фармэкссес» (26), Объединенная комиссия США (23) и Совет по аккредитации служб здравоохранения на юге Африки (24) выпустили стандарты медицинской помощи для стран с низким и средним уровнем дохода. В 2007 году ВОЗ опубликовала ограниченное число стандартов оказания медицинской помощи для матерей и новорожденных (27), однако ни один из них не содержал указаний на конкретный этап родового процесса.

Стандарты, которые приводятся в этих связанных со здравоохранением источниках, предназначены в первую очередь для «аккредитации», хотя некоторые из них и использовались в целях «повышения качества» и служили критериями для выполнения стандартов в «приоритетных областях», где существуют официально признанные проблемы с качеством и безопасностью медицинской помощи. Несмотря на то, что в большей части стандартов говорилось о необходимости использования «количественных критериев», лишь очень немногие из них содержали такие критерии.

### 4.2 Определение и структура стандартов

В соответствии с этими выводами определение «стандарта качества медицинской помощи для матерей и новорожденных» звучит как «описание ожидаемых мер, направленных на обеспечение высококачественной медицинской помощи в период до, во время и после родов». Стандарт медицинской помощи включает в себя два основных элемента: положение о гарантии качества и показатель качества (рис. 2). В положении о гарантии качества приводятся требования по соблюдению стандарта, а показатели качества

служат источником объективных фактических данных, позволяющих установить, были ли выполнены требования.

**Положения о гарантии качества** представляют собой краткое описание приоритетных мер по количественно измеримому повышению качества медицинской помощи в период до, во время и после родов (в основу легли стандарты качества, используемых NICE) (25). В них определяются признаки качества, основанные на фактических данных по соответствующей теме, и необходимые ресурсы.

**Показатели качества** – это критерии оценки, измерения и контроля качества медицинской помощи в соответствии с положениями о гарантии качества. Существует три типа показателей качества:

- *вводные показатели качества*: элементы, необходимые для обеспечения желаемого качества (например, физические и кадровые ресурсы, программы, рекомендации);
- *промежуточные показатели качества*: насколько желаемое оказание медицинской помощи соответствовало результатам;
- *итоговые показатели качества*: то, каким образом оказание и опыт получения медицинской помощи отражаются на итоговых показателях здоровья и соблюдении интересов населения.

**Рис. 2. Структура стандартов**



В соответствии с восемью категориями, перечисленными в рамочной программе ВОЗ по повышению качества медицинской помощи для матерей и новорожденных, были сформулированы восемь стандартов, определяющих приоритеты в области повышения качества медицинской помощи.

1. Научно обоснованные методы стандартного ухода и оказания медицинской помощи в случае осложнений.
2. Эффективные информационные системы.
3. Действующие системы перевода пациентов в медицинское учреждение соответствующего профиля.
4. Эффективное взаимодействие.
5. Уважение и защита достоинства.
6. Эмоциональная поддержка.
7. Компетентные и заинтересованные специалисты.
8. Наличие базовой физической инфраструктуры.

К стандартам прилагаются два-три положения о гарантии качества; исключением является лишь стандарт 1 о научно обоснованных методах стандартного ухода и оказания медицинской помощи в случае осложнений, для которого предусмотрено 13 положений о гарантии качества, содержащих определенные приоритетные условия для вмешательства. Всего имеется 31 положение о гарантии качества. Что касается стандарта 1, то положения, которые относятся только к женщинам, обозначены буквой «а», положения, применимые только к новорожденным, – буквой «b», а положения, распространяющиеся и на тех, и на других, – буквой «с». Для каждого из 31 положения о гарантии качества предусмотрено 6–18 вводных, промежуточных и итоговых показателей качества.

### 4.3 Область действия и применение стандартов и положений о гарантии качества

Стандарты медицинской помощи охватывают вопросы стандартного ухода и лечения осложнений, возникающих у женщин и детей (включая новорожденных в первую неделю жизни) во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода. Эти стандарты ориентированы на женщин, новорожденных и членов их семей и действуют в отношении всех медицинских учреждений, которые занимаются оказанием услуг по охране материнства. Они соответствуют рекомендациям ВОЗ и направлены на решение конкретных приоритетных задач, о которых говорится в разделе 1.2.

Стандарты медицинской помощи служат основой для определения ожидаемых и требуемых результатов, способствуют контролю и оценке эффективности работы в соответствии с показателями передовой практики в целях определения приоритетных задач по повышению качества медицинской помощи и являются источником информации о том, как можно использовать передовые методы работы для обеспечения высококачественной медицинской помощи и оказания услуг. В них определяются приоритеты в области повышения качества медицинской помощи для матерей и новорожденных, с тем чтобы лица, ответственные за планирование, управление и оказание медицинских услуг могли их использовать в следующих целях:

- составлять научно обоснованные национальные и субнациональные стандарты по оказанию высококачественных услуг медицинской помощи для матерей и новорожденных в период до, во время и после родов;
- внедрять ожидаемые стандарты медицинской помощи и обслуживания в целях определения тех элементов медицинской помощи, улучшение которых будет способствовать повышению качества обслуживания;
- использовать имеющиеся ресурсы для обеспечения оптимальных показателей здоровья, улучшить показатели использования медицинских услуг по охране здоровья матерей и новорожденных отдельными потребителями, семьями и местными сообществами и повысить уровень их удовлетворенности;
- контролировать улучшение качества обслуживания, демонстрировать, что матерям и новорожденным оказываются высококачественная медицинская помощь и услуги, и обозначать сферы, требующие доработки;
- применять в качестве эталона при проведении аудита государственных медицинских учреждений, предоставлении им аккредитации и вознаграждении за высокие показатели эффективности.

Эти стандарты должны быть утверждены и адаптированы в рамках национальных стратегий по обеспечению качества медицинской помощи и рамочных программ по оказанию медицинских услуг матерям и новорожденным, с тем чтобы обеспечивать высокое качество медицинского обслуживания.

## 4.4 Список стандартов и положения о гарантии качества

### Научно обоснованные методы стандартного ухода и оказания медицинской помощи в случае осложнений

**Стандарт 1.** Всем женщинам и новорожденным предоставляются стандартные и научно обоснованные уход и медицинская помощь в случае осложнений во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода.

**Цель.** Цель данного стандарта состоит в том, чтобы обеспечить ожидаемый уровень научно обоснованной медицинской помощи во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода для матерей и новорожденных в первые несколько дней жизни. Сюда входят стандартный уход, ранняя диагностика осложнений и их надлежащее лечение. Поскольку существует множество заболеваний, в связи с которыми в этот период матерям и новорожденным требуется особое внимание, данный стандарт распространяется лишь на те из них, которые отличаются высоким уровнем распространенности и связаны с высоким уровнем смертности. Надлежащее лечение этих заболеваний способно значительно снизить число случаев смертельного исхода и улучшить показатели здоровья женщин и новорожденных в этот период.

#### Положения о гарантии качества

*Положение о гарантии качества 1.1a.* При поступлении женщины в медицинское учреждение проводится стандартная оценка состояния ее здоровья, а в процессе родовой деятельности и родоразрешения ей предоставляются своевременные и надлежащие услуги медицинской помощи.

*Положение о гарантии качества 1.1b.* Стандартная медицинская помощь оказывается новорожденным незамедлительно после их появления на свет.

*Положение о гарантии качества 1.1c.* Матерям и новорожденным оказывается стандартная послеродовая медицинская помощь.

*Положение о гарантии качества 1.2.* Женщинам, страдающим от преэклампсии или эклампсии, незамедлительно оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

*Положение о гарантии качества 1.3.* Женщинам с послеродовым кровотечением незамедлительно оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

*Положение о гарантии качества 1.4.* При запоздалых родах или наличии факторов, препятствующих родовой деятельности, женщинам незамедлительно оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

*Положение о гарантии качества 1.5.* При отсутствии самостоятельного дыхания у новорожденного ему оказывается необходимая стимуляционная и реанимационная помощь с применением маски с мешком Амбу не позднее чем через 1 минуту после рождения.

*Положение о гарантии качества 1.6a.* При преждевременных родах как женщинам, так и новорожденным оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

*Положение о гарантии качества 1.6b.* Недоношенным и маловесным детям оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

*Положение о гарантии качества 1.7a.* Женщинам, имеющим инфекционные заболевания или подвергающимся риску инфицирования во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода, оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

*Положение о гарантии качества 1.7b.* В случае подозрения на наличие инфекции у новорожденного или наличия факторов риска инфицирования он незамедлительно проходит лечение антибиотиками в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

*Положение о гарантии качества 1.8.* Всем женщинам и новорожденным оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии со стандартными мерами предосторожности, направленными на предотвращение нозокомиальных инфекций.

*Положение о гарантии качества 1.9.* Ни женщины, ни новорожденные не должны подвергаться необоснованным или опасным манипуляциям во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода.

## **Эффективные информационные системы**

**Стандарт 2.** Система информации по вопросам здравоохранения позволяет использовать данные в целях принятия заблаговременных и надлежащих мер по повышению качества медицинской помощи, оказываемой всем женщинам и новорожденным.

**Цель.** Цель стандарта состоит в том, чтобы обеспечить четкий учет всех данных, которые имеются в распоряжении медицинского учреждения, и надлежащим образом использовать их для повышения качества медицинской помощи, оказываемой всем женщинам и новорожденным. Для этого потребуются стандартные формы для сбора информации обо всех пациентах на протяжении всего времени их пребывания в медицинском учреждении, а также обученный и квалифицированный персонал, который будет заниматься сбором и анализом данных и использовать полученные результаты для предоставления обратной связи, необходимой для контроля и повышения эффективности на всех уровнях системы здравоохранения, включая показатели работы медицинских работников.

### **Положения о гарантии качества**

*Положение о гарантии качества 2.1.* Ведется полный, точный и стандартизованный учет данных о состоянии здоровья всех женщин и новорожденных во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода.

*Положение о гарантии качества 2.2.* В каждом медицинском учреждении предусмотрен механизм для сбора данных, их анализа и предоставления обратной связи в рамках деятельности учреждения по контролю и повышению эффективности медицинской помощи до, во время и после родов.

## **Действующие системы перевода пациентов в медицинское учреждение соответствующего профиля**

**Стандарт 3.** В случае обнаружения заболевания, которое не поддается лечению с помощью имеющихся ресурсов, женщины и новорожденные переводятся в медицинское учреждение соответствующего профиля.

**Цель.** Цель стандарта заключается в обеспечении своевременного и надлежащего перевода всех пациентов, нуждающихся в особой медицинской помощи, которая не может быть оказана им в этом медицинском учреждении, в медицинское учреждение соответствующего профиля. Решение о переводе пациента должно быть принято сразу же после диагностирования у него заболевания, лечение которого не может быть проведено в данном медицинском учреждении, и оказания необходимой предварительной медицинской помощи. Необходимо заблаговременно связаться с учреждением, в которое переводится пациент, в целях организации его надлежащего приема. Принимающему медицинскому учреждению должна быть передана вся необходимая информация, с последующим периодическим получением сведений о состоянии пациента в целях повышения качества медицинской помощи как в направляющем, так и в принимающем медицинских учреждениях.

### **Положения о гарантии качества**

*Положение о гарантии качества 3.1.* При поступлении в медицинское учреждение, во время родовой деятельности и в ранний послеродовой период все женщины и новорожденные подвергаются осмотру в целях определения необходимости их перевода в специализированное медучреждение, и решение о переводе принимается незамедлительно.

*Положение о гарантии качества 3.2.* В случае если женщина и новорожденный нуждаются в переводе в специализированное медучреждение, перевод осуществляется в соответствии с заранее установленным планом, который может быть выполнен незамедлительно и в любой момент.

*Положение о гарантии качества 3.3.* В случае перевода женщины и новорожденного из одной части медицинского учреждения в другое или между медучреждениями производится обмен соответствующей информацией и предоставление обратной связи профильному медицинскому персоналу.

## **Эффективное взаимодействие**

**Стандарт 4.** Взаимодействие с женщинами и их семьями носит эффективный характер и учитывает их потребности и предпочтения.

**Цель.** Цель стандарта заключается в обеспечении эффективного взаимодействия, которое является базовой составляющей получения медицинской помощи пациенткой и ее семьей. Пациентка должна получать всю информацию об оказываемой ей медицинской помощи и чувствовать, что ей предоставляется возможность принимать участие во всех

решениях, касающихся ее лечения. Эффективное взаимодействие между работниками здравоохранения и пациенткой способно снизить уровень нежелательной тревоги у женщины и сделать так, что роды станут для нее положительным опытом.

### **Положения о гарантии качества**

*Положение о гарантии качества 4.1.* Всем женщинам и членам их семей предоставляется информация о медицинской помощи и обеспечивается возможность полноценного взаимодействия с персоналом.

*Положение о гарантии качества 4.2.* Всем женщинам и членам их семей оказывается скоординированная медицинская помощь, в рамках которой осуществляется четкий обмен точной информацией между профильными медицинскими и социальными работниками.

## **Уважение и защита достоинства**

**Стандарт 5.** Оказание медицинской помощи женщинам и новорожденным носит уважительный характер и предусматривает защиту их достоинства.

**Цель.** Цель стандарта состоит в том, чтобы обеспечить всеобъемлющее уважение и защиту достоинства всех женщин на протяжении их пребывания в медицинском учреждении. Необходимо обеспечить уважение их личного пространства и конфиденциальность на всех этапах и исключить любые проявления ненадлежащего обращения, включая физическое, сексуальное и вербальное насилие, дискриминацию, небрежное отношение, задержание, вымогательство или отказ в оказании услуг.

### **Положения о гарантии качества**

*Положение о гарантии качества 5.1.* В период родовой деятельности и родов всем женщинам и новорожденным предоставляется отдельное, закрытое от посторонних глаз пространство с соблюдением всех требований конфиденциальности.

*Положение о гарантии качества 5.2.* Ни одна женщина или новорожденный не могут быть подвергнуты ненадлежащему обращению, включая физическое, сексуальное или вербальное насилие, дискриминацию, небрежное отношение, задержание, вымогательство или отказ в оказании услуг.

*Положение о гарантии качества 5.3.* У всех женщин есть возможность сделать осознанный выбор в отношении тех или иных услуг, и им четко разъясняются причины использования определенных мер и их последствий для здоровья.

## **Эмоциональная поддержка**

**Стандарт 6.** Всем женщинам и членам их семей оказывается необходимая эмоциональная поддержка, учитывающая их потребности и направленная на расширение прав и возможностей женщин.

**Цель.** Ключевым элементом медицинской помощи является эмоциональная поддержка. Присутствие на родах сопровождающего по выбору женщины помогает более уверенно чувствовать себя во время процесса родоразрешения. Всем женщинам оказывается поддержка для придания им дополнительных сил во время родов.

## **Положения о гарантии качества**

*Положение о гарантии качества 6.1.* Всем женщинам предоставляется возможность пригласить того или иного сопровождающего по их выбору для присутствия во время родовой деятельности и родоразрешения.

*Положение о гарантии качества 6.2.* Всем женщинам оказывается поддержка для придания им дополнительных сил во время родов.

## **Компетентные и заинтересованные специалисты**

**Стандарт 7.** Всем женщинам и новорожденным на постоянной основе предоставляются услуги компетентных и заинтересованных специалистов, обеспечивающих медицинскую помощь и лечение осложнений.

**Цель.** Во всех предродовых палатах и родильных залах медицинского учреждения должны круглосуточно присутствовать компетентный и высококвалифицированный персонал и квалифицированные акушеры в достаточном количестве для выполнения предполагаемой нагрузки. Надлежащее управление и администрирование в медицинском учреждении являются ключевыми условиями оказания поддержки и постоянного повышения качества медицинской помощи.

## **Положения о гарантии качества**

*Положение о гарантии качества 7.1.* Все женщины и дети могут в любой момент получить помощь со стороны как минимум одного квалифицированного акушера и представителя вспомогательного персонала, которые обеспечивают как медицинскую помощь, так и лечение осложнений.

*Положение о гарантии качества 7.2.* Квалифицированные акушеры и вспомогательный персонал обладают достаточными знаниями и навыками для оказания помощи при родовой деятельности, родоразрешении и в ранний послеродовой период.

*Положение о гарантии качества 7.3.* Во всех медицинских учреждениях имеются руководители административного и врачебного звена, которые несут коллективную ответственность за составление и внедрение соответствующих программ и способствуют формированию благоприятных условий для постоянного повышения качества работы сотрудников учреждения.

## **Наличие базовой физической инфраструктуры**

**Стандарт 8.** В медицинском учреждении имеется надлежащая физическая инфраструктура, в том числе полноценные системы водо-, энергоснабжения и санитарии, а также лекарственные средства, расходные материалы и оборудование, необходимые для проведения стандартных процедур медицинской помощи для матерей и новорожденных и лечения осложнений.

**Цель.** В каждом медицинском учреждении должны иметься базовые элементы инфраструктуры, включая системы водо- и энергоснабжения, санитарии, обеспечения гигиены рук и утилизации отходов, а также достаточный запас основных лекарственных средств, расходных материалов и оборудования, необходимых для удовлетворения потребностей женщин и новорожденных в медицинской помощи в данном учреждении. Помещения, предназначенные для родовой деятельности, родоразрешения и послеродовой медицинской

помощи, должны отвечать всем нормам гигиены и комфорта и быть спроектированы и организованы таким образом, чтобы обеспечивать условия для постоянного ухода.

### **Положения о гарантии качества**

*Положение о гарантии качества 8.1.* Системы водо- и энергоснабжения, санитарии, обеспечения гигиены рук и утилизации отходов функционируют, отличаются надежностью и безопасностью и являются достаточными для удовлетворения всех потребностей персонала, женщин и их семей.

*Положение о гарантии качества 8.2.* Помещения, предназначенные для родовой деятельности, родоразрешения и послеродовой медицинской помощи, спроектированы, организованы и обслуживаются таким образом, чтобы все женщины и новорожденные могли получить необходимую медицинскую помощь.

*Положение о гарантии качества 8.3.* Имеется достаточный запас лекарственных средств, расходных материалов и оборудования, необходимых для проведения стандартных процедур медицинской помощи и лечения осложнений.

## 5. Положения о гарантии качества и показатели качества

### 5.1 Итоговые результаты опроса экспертов по дельфийскому методу

Большая часть 318 показателей качества, подготовленных для проведения онлайн-консультаций в рамках опроса экспертов по дельфийскому методу, представляли собой вводные и промежуточные показатели качества, поскольку итоговые показатели не всегда могут быть отражены в одном положении о гарантии качества. К итоговым показателям обычно относятся показатели, которые могут использоваться на местном уровне для достоверной оценки качества медицинской помощи и сопоставления ситуации в разных медицинских учреждениях на протяжении определенного периода времени.

В первом туре приняли участие 116 из 130 участников, получивших опросники (89%). В целом они согласились с тем, что рассматриваемые показатели качества отражают вводные, процессуальные и итоговые параметры качества медицинской помощи, которая оказывается матерям и новорожденным в период до, во время и после родов. В части полученных комментариев были отмечены некоторые важные, но не учтенные аспекты, а также предлагалось изменить формулировку для некоторых показателей или рассмотреть эти вопросы более широко, не ограничиваясь положениями о гарантии качества. Некоторые комментарии не затрагивали напрямую положения о гарантии качества, а касались мнения участников по поводу качества ухода в целом. По итогам полученных комментариев ряд положений о гарантии качества были уточнены, 10 – удалены, а кроме того, был добавлен 41 новый показатель качества, в результате чего общее число показателей качества, подлежащих рассмотрению во втором туре, составило 350.

Во втором туре принял участие 81 респондент из 46 стран с высоким, средним и низким уровнем дохода, ответив на вопросы в одном из трех опросов, а общая доля участия составила 70% (81/116). 61 из 83 респондентов внесли замечания, касающиеся оказания медицинской помощи, а 48 из 74 – замечания, касающиеся опыта получения медицинской помощи.

Большая часть показателей качества получила высокие баллы, в диапазоне от 94,8 до 64,3; всего лишь три показателя получили баллы ниже 70. Для раздела, касавшегося оказания медицинской помощи, средний балл по 35 показателям составил больше 90, по 116 показателям – 80–90, а по 45 – меньше 80. Для раздела, касавшегося опыта получения медицинской помощи, средний балл по 9 показателям составил больше 90, по 47 показателям – 80–90, а по 16 – меньше 80. Для раздела о вопросах, которые носят общий характер, средний балл по 12 показателям был больше или равен 90, по 50 показателям –

80–90, а по 16 – 80 или меньше. Таким образом, 56 показателей качества получили более 90 баллов. Большая часть положений о гарантии качества с самыми высокими результатами относилась к вводным показателям.

## 5.2 Использование показателей качества

Работники медицинских учреждений могут использовать показатели качества для выявления недостатков в системе оказания медицинской помощи и улучшения оказания и опыта получения медицинской помощи в соответствии со стандартами и соответствующими положениями о гарантии качества. Лица, ответственные за управление, планирование, администрирование и оказание медицинской помощи в медицинском учреждении, могут использовать их для оценки и контроля имеющихся ресурсов, эффективности процессов, сфер, требующих улучшения, и результативности медицинских вмешательств, что будет способствовать повышению качества медицинской помощи. Если показатели должны быть адаптированы с учетом условий в конкретном медицинском учреждении, то стандарты подлежат последовательному внедрению в целях обеспечения повышения качества медицинской помощи.

К показателям качества относятся вводные, промежуточные/процессуальные и итоговые показатели. Вводные показатели включают в себя физические и кадровые ресурсы, программы, протоколы и рекомендации. Промежуточные показатели охватывают основные методы работы, и в большинстве случаев их представляют в долевым выражении, например: *«Доля женщин, результаты общего анализа мочи которых надлежащим образом регистрировались во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода, от общего числа женщин, чьи роды состоялись в медицинском учреждении»*. Итоговые показатели включают в себя показатели, отражающие состояние здоровья и соблюдение интересов населения.

Большая часть положений о гарантии качества сопровождается показателями, которые относятся именно к этим положениям, однако некоторые показатели могут быть применимы к более чем к одному положению, особенно если речь идет о физических ресурсах (стандарт 8). Нумерация показателей качества отражает тот порядок, в котором они были перечислены в опросе. Баллы каждого показателя приводятся в скобках, а три показателя качества с самым высоким уровнем баллов для каждого положения отмечены звездочкой.

## 5.3 Показатели качества по положениям о гарантии качества

**Стандарт 1. Всем женщинам и новорожденным предоставляются стандартные и научно обоснованные уход и медицинская помощь в случае осложнений во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода в соответствии с рекомендациями ВОЗ.**

**Положение о гарантии качества 1.1а. При поступлении женщины в медицинское учреждение проводится стандартная оценка состояния ее здоровья, а в процессе родовой деятельности и родоразрешения ей предоставляются своевременные и надлежащие услуги медицинской помощи.**

**Обоснование.** Оценка и регулярный контроль состояния женщины при ее поступлении в медицинское учреждение и в процессе родовой деятельности и родоразрешения являются

ключевыми условиями обеспечения основной медицинской помощи, отвечающей потребностям конкретной женщины, с тем чтобы предупредить возникновение осложнений и выявить риски и осложнения, которые требуют принятия срочных мер или перевода в другое медицинское учреждение в целях улучшения исходов беременности и родов как для матерей, так и для новорожденных.

При поступлении женщины в медицинское учреждение проводятся полный анализ сведений об оказанной ей дородовой медицинской помощи и истории беременности и родов, а также влагалищное исследование с подтверждением наличия у нее родовой деятельности. Помимо этого, устанавливаются и регистрируются такие данные, как частота сердечных сокращений плода, положение плода в матке, позиция и предлежание плода, артериальное давление, пульс и температура. Проводятся анализы для выявления группы крови, типа резус-фактора, уровня гемоглобина в крови, уровня белка и глюкозы в моче и ВИЧ-статуса беременной с отражением полученных данных в ее медицинской карте.

Мониторинг хода родов ведется при помощи партограммы, в которой отражаются такие показатели, как артериальное давление, пульс, температура и частота сердечных сокращений плода; они фиксируются каждые 4 часа и отображаются в виде соответствующей линии. Роженице предлагается возможность обезболивания, и к ее выбору относятся с уважением. Необходимо поддерживать спонтанные естественные роды и координировать их ход в соответствии с потугами роженицы. Третья стадия родов проходит при активном контроле медицинских работников, женщина получает окситоцин внутривенно или внутримышечно сразу же после родов.

Любые осложнения, возникшие при поступлении женщины в медицинское учреждение, а также во время родовой деятельности и родоразрешения, должны быть быстро обнаружены, и женщине должна быть оказана соответствующая медицинская помощь (см. положения о гарантии качества 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6а и b, 1.7а и b).

## Показатели качества

### Вводные показатели качества

- 1. Медицинское учреждение всегда должно располагать базовым набором основного оборудования и расходных материалов, которые необходимы для оказания стандартной медицинской помощи и выявления осложнений (термометры, сфигмоманометры, фетальные стетоскопы, тест-полоски для анализа мочи) и должны иметься в достаточном количестве в предродовых палатах и родильных залах родильного отделения\* (93,38).*
- 2. В медицинском учреждении должны иметься в письменном виде современные клинические протоколы по оценке медицинской помощи и действий во время родов в предродовых палатах и родильных залах родильного отделения. Эти протоколы должны соответствовать рекомендациям ВОЗ\* (89,37).*
- 3. Медицинский персонал, присутствующий в предродовых палатах и родильных залах родильного отделения, не реже чем раз в год должен проходить обучение на рабочем месте и регулярную переподготовку в целях получения навыков выявления потребности в неотложной акушерской помощи и ее оказания во время родовой деятельности и родоразрешения (83,42).*
- 4. Для медицинского персонала, присутствующего в предродовых палатах и родильных залах родильного отделения, ежемесячно проводятся учебно-тренировочные занятия и имитационные упражнения по оказанию стандартной медицинской помощи и выявлению акушерских осложнений во время родовой деятельности и родоразрешения, а также обеспечивается супервизия (78,65).*

### **Промежуточные/процессуальные показатели качества**

1. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и артериальное давление, пульс и температура которых надлежащим образом регистрировались во время родовой деятельности, родоразрешения и в течение раннего послеродового периода (и в случае необходимости были приняты соответствующие меры) (87,25).
2. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые получили окситоцин в течение 1 минуты после появления ребенка на свет (86,18).
3. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и родовая деятельность которых надлежащим образом контролировалась и регистрировалась при помощи партограммы и путем отображения показателей на соответствующей линии каждые четыре часа (84,56).
4. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и результаты общего анализа мочи которых надлежащим образом регистрировались во время родовой деятельности, родоразрешения и в течение раннего послеродового периода (и в случае необходимости были приняты соответствующие меры) (78,45).
5. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении с возможностью обезболивания во время родовой деятельности и родоразрешения (73,04).

### **Итоговые показатели качества**

1. Уровень перинатальной смертности в медицинском учреждении [число случаев гибели плода (мертворождений) или ранней гибели новорожденных / общее число младенцев, рожденных с весом не менее 1000 г или на сроке 28 недель (мертворождения + живорождения) x 1000]\* (91,39).
2. Уровень интранатальной смертности (число случаев гибели плода во время родов на 1000 новорожденных) (88,42).
3. Доля женщин, поступивших в медицинское учреждение на стадии активной родовой деятельности и родивших ребенка в последующие 12 часов (72,83).

## **Положение о гарантии качества 1.1b. Стандартная медицинская помощь оказывается новорожденным незамедлительно после их появления на свет.**

**Обоснование.** Оказание новорожденным стандартной медицинской помощи сразу же после их рождения способствует их адаптации к новым условиям, наилучшим образом отвечает их насущным потребностям и позволяет избежать предотвратимых осложнений. Сразу же после появления на свет новорожденного тщательно обтирают, после чего ему обеспечивается контакт кожа-к-коже с матерью в течение как минимум 1 часа после рождения.

Пережатие пуповины производится не раньше чем спустя 1–3 минуты после рождения, а прикладывание новорожденного к груди рекомендуется в течение первого часа после родов. Любые осложнения должны выявляться и корректироваться надлежащим образом.

### **Показатели качества**

#### **Вводные показатели качества**

1. В медицинском учреждении должны иметься в письменном виде современные клинические протоколы по оказанию основной медицинской помощи новорожденным. Эти протоколы должны соответствовать рекомендациям ВОЗ и иметься в предродовых палатах и родильных залах родильного отделения\* (91,09).
2. В медицинском учреждении всегда должен иметься достаточный запас стерильных шпателей (или зажимов) для пуповины и ножниц (скальпелей), рассчитанный с учетом ожидаемого числа родов\* (89,86).

3. Во всех предродовых палатах и родильных залах медицинского учреждения всегда должен иметься достаточный запас чистых полотенец для обтирания новорожденного сразу же после появления на свет, рассчитанный с учетом ожидаемого числа родов (84,83).
4. Медицинский персонал, присутствующий в предродовых палатах и родильных залах родильного отделения, должен проходить обучение на рабочем месте и регулярную переподготовку не реже чем раз в год в целях получения навыков оказания основной медицинской помощи новорожденным и прикладывания к груди (83,94).
5. В медицинском учреждении на местном уровне должны быть предусмотрены условия и механизмы для поддержания документально подтвержденной комнатной температуры в предродовых палатах и родильных залах на уровне 25 °С или выше и предотвращения сквозняков (77,9).
6. Для медицинского персонала, присутствующего в предродовых палатах и родильных залах, не реже чем раз в месяц проводятся учебно-тренировочные занятия и имитационные упражнения по оказанию основной медицинской помощи новорожденным и прикладыванию к груди (77,82).

#### **Промежуточные/процессуальные показатели качества**

1. Доля новорожденных, которые были приложены к груди в течение 1 часа после рождения\* (86,42).
2. Доля новорожденных, которым был обеспечен контакт кожа-к-коже с матерью (при этом тело и голова новорожденного должны быть прикрыты) в течение как минимум 1 часа после рождения (83,34).
3. Доля новорожденных, которые получили все четыре составляющие основной медицинской помощи: незамедлительное и тщательное обтирание после рождения, незамедлительный контакт кожа-к-коже, отсроченное пережатие пуповины и прикладывание к груди в первый час после рождения (78,93).
4. Доля новорожденных, пуповина которых была пережата спустя 1–3 минуты после рождения (76,56).
5. Доля новорожденных, которые тщательно и насухо вытерли сразу же после рождения (76,53).

#### **Итоговые показатели качества**

1. Доля новорожденных, у которых при первом полном осмотре (60–120 минут после рождения) была зафиксирована нормальная температура тела (36,5–37,5 °С) (85,37).

### **Положение о гарантии качества 1.1с. Матерям и новорожденным оказывается стандартная послеродовая медицинская помощь.**

**Обоснование.** Оказание стандартной послеродовой медицинской помощи заключается в использовании передовых методов работы в области предотвращения, раннего обнаружения и лечения осложнений у матерей и новорожденных и предоставлении матерям консультаций относительно оптимального ухода за собой и за новорожденным.

При оказании послеродовой и адресной медицинской помощи матери и новорожденному после его появления на свет необходимо обращать внимание на любые отклонения от нормального процесса восстановления после родов. В первые 48 часов после родов осуществляется регулярный контроль таких показателей, как артериальное давление, температура тела, наличие/отсутствие послеродового кровотечения и опорожнение мочевого пузыря. В случае выявления осложнений принимаются соответствующие меры; помимо этого, поощряется исключительно грудное вскармливание. Матерям предоставляются консультации по таким вопросам, как выявление опасных симптомов у них самих и у новорожденных, регулирование деторождения и методы планирования семьи.

Проводится полная оценка физического состояния новорожденного, а также обеспечивается его контакт кожа-к-коже с матерью и проводится обработка глаз и пуповины. Купание новорожденного проводится не раньше, чем через 24 часа после рождения, вакцинация и введение витамина К осуществляются в соответствии с национальными рекомендациями, производится контроль температуры, в случае выявления осложнений оказывается необходимая помощь. Недоношенным и маловесным детям оказывается дополнительная медицинская помощь в соответствии с их потребностями (см. Положение о гарантии качества 1.6b).

## **Показатели качества**

### **Вводные показатели качества**

- 1. В медицинском учреждении должны иметься в письменном виде современные клинические протоколы по оказанию послеродовой медицинской помощи в родильных залах и послеродовых палатах. Эти протоколы должны соответствовать рекомендациям ВОЗ\* (90,10).*
- 2. В медицинском учреждении должна действовать и применяться на практике политика совместного пребывания матери и ребенка в одной палате 24 часа в сутки\* (86,57).*
- 3. В медицинском учреждении должна иметься в письменном виде политика по поощрению грудного вскармливания, о которой в рабочем порядке информируется весь медицинский и вспомогательный персонал (83,18).*
- 4. Медицинский персонал, присутствующий в помещениях родильного отделения, должен не реже чем раз в год проходить обучение на рабочем месте и регулярную переподготовку в целях получения навыков оказания стандартной послеродовой медицинской помощи и прикладывания к груди (83,04).*
- 5. В медицинском учреждении имеются местные механизмы по информированию всех матерей о том, где и когда она и ее новорожденный ребенок смогут получить послеродовую медицинскую помощь после выписки из больницы (79,98).*
- 6. В медицинском учреждении имеются местные механизмы по организации альтернативных видов вскармливания, включая кормление с помощью чашки или ложки, но без использования бутылочки (78,97).*
- 7. В медицинском учреждении имеются местные механизмы по информированию беременных женщин и членов их семей о преимуществах и организации грудного вскармливания (74,49).*
- 8. В медицинском учреждении принимаются меры для того, чтобы вскармливание детской смесью предлагалось матерям и членам их семей только в случае необходимости, и при этом им должны быть полностью разъяснены все риски ненадлежащего применения смеси (71,85).*

### **Промежуточные/процессуальные показатели качества**

- 1. Доля новорожденных в послеродовых палатах или иных помещениях по оказанию послеродовой медицинской помощи в медицинском учреждении, получивших инъекцию витамина К и прошедших полную вакцинацию в соответствии с национальными рекомендациями\* (91,23).*
- 2. Доля новорожденных в медицинском учреждении, состояние которых является стабильным и которые получают исключительно грудное молоко с момента рождения и до выписки (84,37).*
- 3. Доля женщин в послеродовых палатах или иных помещениях по оказанию послеродовой медицинской помощи в медицинском учреждении, у которых имеются документально подтвержденные проблемы по таким параметрам, как артериальное давление, пульс, вагинальное кровотечение, послеродовые выделения и грудное вскармливание (84,02).*
- 4. Доля новорожденных в медицинском учреждении, которые подверглись полному клиническому осмотру перед выпиской (83,13).*

---

5. Доля всех здоровых матерей и новорожденных, которым была оказана медицинская помощь не позднее чем через 24 часа после естественных родов, протекавших без осложнений в стенах медицинского учреждения (82,50).

---

6. Доля новорожденных в послеродовых палатах или иных помещениях по оказанию послеродовой медицинской помощи в медицинском учреждении, по которым имеются документальные сведения о температуре тела, частоте дыхания, поведении при кормлении и отсутствии или наличии опасных симптомов (82,41).

---

7. Доля всех здоровых матерей в послеродовых палатах или иных помещениях по оказанию послеродовой медицинской помощи в медицинском учреждении, получивших консультации по теме грудного вскармливания и поддержку со стороны квалифицированного медицинского работника (82,14).

---

8. Доля женщин, родивших ребенка в медицинском учреждении и получивших возможность совместного круглосуточного пребывания в одной палате с новорожденным (78,90).

---

9. Доля женщин, с которыми в послеродовой период перед выпиской из медицинского учреждения была проведена разъяснительная работа на тему регулирования деторождения и методов планирования семьи (77,84).

---

#### **Итоговые показатели качества**

1. Доля новорожденных в медицинском учреждении, которые на момент выписки получали исключительно грудное молоко (85,55).

---

2. Доля женщин, с которыми в послеродовой период перед выпиской из медицинского учреждения была проведена разъяснительная работа на тему контрацепции в рамках регулирования деторождения и планирования семьи (84,03).

---

### **Положение о гарантии качества 1.2. Женщинам, страдающим от преэклампсии или эклампсии, незамедлительно оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.**

**Обоснование.** Главными причинами материнской смертности, мертворождений и смертности новорожденных являются гипертензия, обусловленная беременностью, преэклампсия и эклампсия. Профилактика, ранняя диагностика и своевременное надлежащее лечение способны значительно снизить уровень заболеваемости и смертности, вызванных этими факторами.

Женщины с тяжелой преэклампсией незамедлительно получают сульфат магния внутривенно или внутримышечно и противогипертоническое средство соответственно. В случае необходимости перевода женщины в другое медицинское учреждение ей заблаговременно вводится нагрузочная доза сульфата магния. Проводится постоянный контроль любых признаков функциональной недостаточности органов и других опасных симптомов (артериальное давление, частота дыхания, водный баланс, диурез, сухожильные рефлексы и частота сердечных сокращений плода). Лабораторный анализ мочевины и электролитов позволяет установить ход развития заболевания. В случае если женщина находится на последних сроках беременности или если плод не жизнеспособен, осуществляется стимулирование родов при помощи инструментальных средств или родоразрешение путем кесарева сечения при необходимости. Если речь идет о недоношенной беременности, то в случае стабильного состояния матери проводится превентивное лечение кортикостероидными препаратами.

## Показатели качества

### Вводные показатели качества

1. Во всех предродовых палатах и родильных залах медицинского учреждения всегда должен иметься достаточный запас антигипертензивных препаратов для перорального и внутривенного введения и сульфата магния\* (91,8).
2. Во всех предродовых палатах и родильных залах медицинского учреждения должны иметься в письменном виде современные клинические протоколы по оказанию медицинской помощи при преэклампсии. Эти протоколы должны соответствовать рекомендациям ВОЗ (90,59).
3. Медицинский персонал, присутствующий в помещениях родильного отделения, должен не реже чем раз в год проходить обучение на рабочем месте и регулярную переподготовку в целях получения навыков применения антигипертензивных препаратов, внутривенных вливаний и сульфата магния для лечения преэклампсии и эклампсии (84,54).

### Промежуточные/процессуальные показатели качества

1. Доля женщин с тяжелой преэклампсией или эклампсией в медицинском учреждении, которые получали полную дозу сульфата магния\* (91,37).
2. Доля женщин с тяжелой гипертензией, обусловленной беременностью, в медицинском учреждении, которые получали рекомендованные антигипертензивные препараты (88,02).
3. Доля женщин с преэклампсией в медицинском учреждении, состояние которых ухудшилось и перешло в эклампсию (81,9).

### Итоговые показатели качества

1. Доля женщин с преэклампсией или эклампсией в медицинском учреждении, которые скончались в результате этих заболеваний\* (91,22).
2. Доля женщин с преэклампсией или эклампсией, плод которых был жив на момент поступления в медицинское учреждение, однако умер в перинатальный период (мертворождение или ранняя смерть новорожденного) (86,55).
3. Доля женщин с преэклампсией или эклампсией в медицинском учреждении, у которых возникли крайне тяжелые осложнения, вызванные преэклампсией или эклампсией (76,88).

## Положение о гарантии качества 1.3. Женщинам с послеродовым кровотечением незамедлительно оказывается необходимая медицинская помощь.

**Обоснование.** Ключевой причиной предотвратимой женской смертности является послеродовое кровотечение: бóльшая часть летальных исходов приходится на первые 24–48 часов после родов. Ранняя диагностика и своевременное надлежащее лечение являются основными факторами эффективного снижения уровня смертности.

Послеродовое кровотечение является предметом планового контроля. В случае возникновения кровотечения в срочном порядке назначаются введение окситоцина внутривенно, массаж матки и ручное отделение неотделившейся плаценты при необходимости; в зависимости от обстоятельств медицинские работники делают выбор в пользу выжидательной тактики или хирургического вмешательства. Осуществляется постоянный контроль таких показателей, как продолжающаяся потеря крови, частота пульса и артериальное давление; в случае резкого ухудшения состояния пациентки проводится незамедлительная реанимация, включая переливание крови и внутривенную инфузию при наличии соответствующих показаний.

## Показатели качества

### Вводные показатели качества

1. В родильных и послеродовых палатах медицинского учреждения должны иметься в письменном виде современные клинические протоколы по оказанию медицинской помощи при послеродовом кровотечении. Эти протоколы должны соответствовать рекомендациям ВОЗ\* (90,76).
2. В родильных и послеродовых палатах медицинского учреждения всегда должен иметься достаточный запас утеротонических препаратов и расходных материалов для внутривенной инфузии и переливания крови (шприцы, иглы, внутривенные катетеры, растворы для внутривенной инфузии и кровь) (89,55).
3. В медицинском учреждении всегда должна присутствовать действующая служба переливания крови (86,82).
4. Медицинский персонал, присутствующий в предродовых палатах, родильных залах и послеродовых палатах, должен не реже чем раз в год проходить обучение на рабочем месте и регулярную переподготовку в целях получения навыков оказания медицинской помощи при послеродовом кровотечении (84,25).

### Промежуточные/процессуальные показатели качества

1. Доля женщин с послеродовым кровотечением в медицинском учреждении, получавших утеротонические препараты в терапевтических целях\* (89,75).
2. Доля женщин в медицинском учреждении с послеродовым кровотечением, вызванным задержкой отделения плаценты, в связи с которой потребовалось ручное отделение плаценты силами квалифицированного акушера (80,48).

### Итоговые показатели качества

1. Доля женщин с послеродовым кровотечением в медицинском учреждении, скончавшихся в результате этого кровотечения\* (92,98).
2. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении путем кесарева сечения и сопровождались переливанием крови (85,80).
3. Доля женщин, естественные роды которых состоялись в медицинском учреждении и сопровождались переливанием крови (85,58).
4. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и у которых возникло тяжелое послеродовое кровотечение (аномальное кровотечение объемом более 1000 мл или иное кровотечение, сопровождающееся гипотензией или требующее переливания крови) (83,69).
5. Доля женщин в медицинском учреждении, у которых возникло тяжелое послеродовое кровотечение и связанные с ним крайне серьезные осложнения (77,97).

**Положение о гарантии качества 1.4. При запоздалых родах или наличии факторов, препятствующих родовой деятельности, женщинам незамедлительно оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.**

**Обоснование.** Осложненные роды являются одной из основных причин как материнской смертности, так и смертности новорожденных. Недиагностированные осложнения при родах могут привести к разрыву матки, образованию везико-вагинальных или ректо-вагинальных свищей у матери и повышению риска мертворождений, асфиксии новорожденных, синдрома аспирации мекония и других проблем. Надлежащий контроль родовой деятельности в целях предотвращения затягивания родового процесса и осложнений и раннее выявление осложнений при родах и своевременное оказание медицинской помощи могут снизить частоту данного явления.

К медицинским вмешательствам при запоздалых родах относятся проведение пальцевого влагалищного исследования раз в четыре часа, оперативное подтверждение запоздалых родов при помощи партограммы и отображения показателей на соответствующей линии каждые четыре часа, обследование роженицы в целях выявления несоответствия размеров таза матери размерам головки плода, а также оценка и поддержание водного баланса в организме матери.

К стимуляции родов путем введения окситоцина внутривенно (и при помощи амниотомии в случае, если не произошло разрыва оболочек плодного пузыря) прибегают на первом этапе задержки родовой деятельности при условии, что не выявлено несоответствия размеров таза матери размерам головы плода. На втором этапе задержки родовой деятельности прибегают к инструментальному родовспоможению (вакуум-экстракция и наложение щипцов) или кесареву сечению в том случае, если есть признаки угрозы для плода или осложнений при родах.

**Примечание.** Стимуляция родов должна использоваться только в случае подтвержденной задержки родовой деятельности после исключения несоответствия размеров таза матери размерам головы плода и только в тех медицинских учреждениях, в которых имеются условия для тщательного и регулярного контроля частоты сердечных сокращений плода и частоты маточных сокращений, а также для оказания помощи при любых нежелательных последствиях.

#### **Показатели качества**

##### **Вводные показатели качества**

- 1. В родильных и послеродовых отделениях медицинского учреждения должны иметься в письменном виде современные клинические протоколы по предупреждению запоздалых родов и оказанию помощи при их возникновении. Эти протоколы должны соответствовать рекомендациям ВОЗ\* (90,88).*
- 2. В родильном отделении медицинского учреждения всегда должен иметься достаточный запас основных расходных материалов и оборудования для вакуум-экстракции и наложения щипцов при родовспоможении, включая аппаратуру для оказания реанимационной помощи новорожденным\* (90,33).*
- 3. В медицинском учреждении имеется надлежащим образом оборудованная операционная, расположенная в непосредственной близости от родильного отделения\* (90,13).*
- 4. В медицинском учреждении в круглосуточном режиме имеется достаточное число медицинских работников, обладающих надлежащей квалификацией для проведения операции кесарева сечения (87,93).*
- 5. Медицинский персонал, присутствующий в предродовых палатах и родильных залах родильного отделения, должен проходить обучение на рабочем месте и регулярную переподготовку не реже чем раз в полгода в целях получения навыков оказания медицинской помощи в случае затягивания родового процесса и осложнений при родах (82,19).*

##### **Промежуточные/процессуальные показатели качества**

- 1. Доля первородящих женщин в медицинском учреждении с гестационным сроком  $\geq 37$  недель (одноплодная беременность, головное предлежание), родоразрешение которых было осуществлено путем кесарева сечения в ходе спонтанных родов (первая группа по классификации Робсона) (87,27).*
- 2. Доля женщин с затянувшимися и/или осложненными родами в медицинском учреждении, родоразрешение которых было осуществлено путем кесарева сечения (86,03).*

3. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении путем инструментального родовспоможения в связи с задержкой второго периода родового процесса (83,21).
4. Доля женщин с затянувшимися и/или осложненными родами в медицинском учреждении, родоразрешение которых было осуществлено путем экстренного кесарева сечения в течение 30 минут после принятия решения о проведении операции кесарева сечения (79,9).
5. Доля женщин в медицинском учреждении с диагностированной задержкой первого периода родового процесса, получивших окситоцин для стимулирования родовой деятельности (79,06).
6. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и у которых активная фаза первого периода родового процесса превысила 12 часов (76,79).
7. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и у которых второй период родового процесса носил пролонгированный характер (74,82).

#### **Итоговые показатели качества**

1. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и у которых во время родового процесса произошел разрыв матки (89,35).
2. Доля случаев перинатальной смертности в медицинском учреждении после затянувшихся или осложненных родов (85,23).
3. Доля всех новорожденных в медицинском учреждении, получивших травмы при рождении (паралич плечевого сплетения, переломы, кефалогематома) (83,75).
4. Доля женщин с затянувшимися и/или осложненными родами в медицинском учреждении, у которых возникли крайне тяжелые осложнения в связи с этим (78,0).

### **Положение о гарантии качества 1.5. При отсутствии самостоятельного дыхания у новорожденного ему оказывается необходимая стимуляционная и реанимационная помощь с применением мешка Амбу не позднее чем через 1 минуту после рождения в соответствии с рекомендациями ВОЗ.**

**Обоснование.** Асфиксия плода при рождении является одной из основных причин гибели новорожденных в течение первой недели жизни и ведет к возникновению долгосрочных неврологических патологий и нарушений. Предотвратить асфиксию плода возможно за счет надлежащей и эффективной реанимации новорожденных, которые не задышали самостоятельно в момент рождения.

Новорожденным, которые после тщательного обтирания не задышали самостоятельно, несколько раз поглаживают спину в целях дополнительной стимуляции. Отсасывание содержимого ротоглотки производится только в том случае, если в околоплодных водах присутствуют следы мекония или при наличии секрета в дыхательных путях. Принудительная вентиляция легких под положительным давлением с использованием самозаполняющегося мешка Амбу осуществляется в течение 1 минуты после рождения. Для вентиляции легких ребенка с гестационным возрастом > 32 недель рекомендуется использовать воздух, а для недоношенных детей с гестационным возрастом < 32 недель – кислород, концентрация которого должна составлять 30%. Для определения эффективности вентиляции оцениваются такие показатели, как частота сердечных сокращений плода, амплитуда движений грудной клетки и пульсоксиметрия (при наличии). Повышение концентрации кислорода производится только в том случае, если частота сердечных сокращений плода составляет менее 60 сокращений в минуту после 60 секунд реанимационных мероприятий.

## Показатели качества

### Вводные показатели качества

1. В родильных отделениях и отделениях для новорожденных в медицинском учреждении должны иметься отсасывающее устройство, лицевые маски для новорожденных (как минимум, двух размеров) и самозаполняющиеся дыхательные мешки\* (93,83).
2. В предродовых палатах и родильных залах медицинского учреждения должны иметься в письменном виде современные клинические протоколы по оказанию помощи новорожденным, которые не задышали самостоятельно. Эти протоколы должны соответствовать рекомендациям ВОЗ\* (91,86).
3. Все медицинские работники, ответственные за уход за беременными женщинами, женщинами в послеродовом периоде и новорожденными в медицинском учреждении, должны иметь базовые навыки реанимации новорожденных. Они обучаются этим навыкам в рамках имитационных упражнений с учебным манекеном, на котором демонстрируется выполнение принудительной вентиляции легких с применением мешка Амбу (89,64).
4. Медицинский персонал, присутствующий в родильных отделениях и отделениях для новорожденных, должен не реже чем раз в год проходить обучение на рабочем месте и регулярную переподготовку в целях получения базовых навыков реанимации новорожденных (87,06).
5. Для медицинского персонала, присутствующего в родильных отделениях и отделениях для новорожденных, ежемесячно проводятся учебно-тренировочные занятия и имитационные упражнения по проведению базовых реанимационных мероприятий для новорожденных, а также обеспечивается супервизия (83,91).

### Промежуточные/процессуальные показатели качества

1. Доля новорожденных в медицинском учреждении, которые не задышали самостоятельно после дополнительной стимуляции и подверглись реанимационным мероприятиям с применением мешка Амбу (81,10).
2. Доля новорожденных в медицинском учреждении, которые не задышали самостоятельно после дополнительной стимуляции и подверглись реанимационным мероприятиям с применением мешка Амбу в течение 1 минуты после рождения (75,56).

### Итоговые показатели качества

1. Доля всех живорожденных младенцев в медицинском учреждении, которые были рождены в срок ( $\geq 37$  недель) без каких-либо врожденных пороков развития и скончались в течение 7 дней с момента рождения (ранняя смертность новорожденных)\* (91,14).
2. Доля всех живорожденных младенцев в медицинском учреждении, которые были рождены в срок ( $\geq 37$  недель), не задышали самостоятельно после дополнительной стимуляции, однако начали дышать сами спустя 5 минут после проведения реанимационных мероприятий (77,92).

**Положение о гарантии качества 1.6а. При преждевременных родах как женщинам, так и новорожденным оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.**

**Обоснование.** Преждевременные роды (на сроке до 37 полных недель беременности) могут повлечь за собой множество рисков для здоровья новорожденного, серьезность которых напрямую зависит от срока рождения ребенка: чем меньше срок, тем выше риски. Предотвращение преждевременных родов и оказание надлежащей медицинской помощи в случае их неизбежного приближения являются обязательными условиями для снижения сопутствующих рисков для ребенка, профилактики предотвратимых осложнений и улучшения исходов и шансов на выживание для недоношенных детей.

Женщины, у которых начались преждевременные роды, направляются в медицинское учреждение, которое располагает возможностями для оказания медицинской помощи недоношенным детям (в том числе в случае осложнений), проведения тщательных осмотра и оценки в целях подтверждения гестационного возраста плода при помощи ультразвукового исследования или на основании даты последней менструации, оценки на предмет симптомов и признаков инфекций, а также для определения приближения преждевременных родов или возможности их отсрочить.

Аntenатальная терапия кортикостероидами проводится в отсутствие хориоамнионита при неизбежном риске преждевременных родов на гестационном сроке 24–34 недели и при необходимости сопровождается токолизом. Antenатальное введение сульфата магния осуществляется при преждевременных родах на гестационном сроке < 32 недель в целях профилактики неврологических осложнений у плода. Женщины с подтвержденным разрывом плодных оболочек в стандартном порядке получают антибактериальную терапию.

### **Показатели качества**

#### **Вводные показатели качества**

1. В предродовых палатах и родильных залах медицинского учреждения должны иметься в письменном виде современные клинические протоколы по оказанию медицинской помощи при преждевременных родах. Эти протоколы должны соответствовать рекомендациям ВОЗ\* (91,46).
2. В медицинском учреждении всегда должен иметься достаточный запас кортикостероидов для антенатальной терапии (дексаметазон или бетаметазон), антибиотиков и сульфата магния в целях оказания медицинской помощи при преждевременных родах в соответствии с рекомендациями ВОЗ\* (90,06).
3. Медицинский персонал, присутствующий в родильных отделениях, должен не реже чем раз в год проходить обучение на рабочем месте и регулярную переподготовку в целях получения навыков оказания медицинской помощи при преждевременных родах (85,52).
4. Для медицинского персонала, присутствующего в родильных отделениях, ежемесячно проводятся учебно-тренировочные занятия и имитационные упражнения по оказанию медицинской помощи при преждевременных родах, а также обеспечивается супервизия (79,18).

#### **Промежуточные/процессуальные показатели качества**

1. Доля недоношенных новорожденных в медицинском учреждении, которые родились на гестационном сроке от 24 до 34 недель и матери которых получали антенатальную терапию кортикостероидами по медицинским показаниям (86,11).
2. Доля недоношенных новорожденных в медицинском учреждении, которые родились на гестационном сроке до 32 недель и матери которых получали сульфат магния в целях профилактики неврологических осложнений у плода (78,52).
3. Доля женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек, родивших ребенка в медицинском учреждении и получавших антибактериальную терапию в профилактических целях (87,60).

#### **Итоговые показатели качества**

1. Доля женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек, родивших ребенка в медицинском учреждении и получавших антибактериальную терапию в профилактических целях\* (87,60).
2. Доля новорожденных в медицинском учреждении, которые подверглись угрозе преждевременных родов при гестационном сроке от 24 до < 34 недель и матери которых получали антенатальную терапию кортикостероидами (73,61).
3. Доля новорожденных в медицинском учреждении, которые подверглись угрозе преждевременных родов при гестационном сроке  $\geq$  34 недель и матери которых получали антенатальную терапию кортикостероидами (72,43).

## **Положение о гарантии качества 1.6b. Недоношенным и маловесным детям оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.**

**Обоснование.** Недоношенные и маловесные дети подвергаются значительно более серьезной угрозе гибели в неонатальный период и риску долгосрочных проблем со здоровьем и пожизненной инвалидности. Уход за ними должен осуществляться в специально оборудованных отделениях для новорожденных, где круглосуточно дежурит высококвалифицированный медицинский персонал.

Недоношенные и маловесные дети (< 2500 г) должны постоянно находиться в тепле и под строгим наблюдением, что позволяет не допустить возникновения осложнений; их матерям должна оказываться необходимая поддержка для организации исключительно грудного вскармливания или альтернативных видов питания (сцеженное грудное молоко, донорское грудное молоко или молочная смесь). Для клинически стабильных недоношенных новорожденных детей с массой тела  $\leq 2000$  г организуется материнский уход по методу кенгуру. Нестабильных недоношенных детей помещают в чистый инкубатор или под источник лучистого тепла, и температура их тела тщательно контролируется. Производится оценка, контроль и раннее выявление рисков общих осложнений (гипотермия, проблемы с кормлением, апноэ, респираторный дистресс-синдром и инфекции), и принимаются соответствующие меры. В случае необходимости прибегают к таким вмешательствам, как антибактериальная терапия, безопасная кислородотерапия, поддержание постоянного положительного давления в дыхательных путях и заместительная терапия сурфактантами.

### **Показатели качества**

#### ***Вводные показатели качества***

- 1. В предродовых палатах и родильных залах медицинского учреждения должны иметься в письменном виде современные клинические протоколы по оказанию медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Эти протоколы должны соответствовать рекомендациям ВОЗ\* (91,41).*
- 2. В медицинском учреждении всегда должен иметься достаточный запас расходных материалов и других средств для обеспечения тепловой защиты недоношенных детей в стабильном и нестабильном состоянии, включая материалы для ухода по методу кенгуру (тканевые перевязи, детские шапочки и носки), чистые инкубаторы и источники лучистого тепла\* (89,14).*
- 3. В медицинском учреждении всегда должен иметься достаточный запас расходных материалов и других средств для обеспечения оптимального питания недоношенных детей и поддержки грудного вскармливания или альтернативных видов питания (чашки и ложки для кормления, молочные смеси, молокоотсосы, технические средства для хранения молока, пастеризаторы, при возможности хранилища донорского молока, назогастральные зонды, шприцевые помпы, растворы и системы для внутривенных инфузий) (86,56).*
- 4. Все медицинские работники, ответственные за уход за беременными женщинами, женщинами в послеродовом периоде и новорожденными в медицинском учреждении, должны не реже чем раз в год проходить обучение на рабочем месте и регулярную переподготовку в целях получения навыков оказания медицинской помощи недоношенным и маловесным детям (85,82).*

#### ***Промежуточные/процессуальные показатели качества***

- 1. Доля маловесных детей, родившихся в медицинском учреждении с массой тела  $\leq 2000$  г и получавших практически непрерывный материнский уход по методу кенгуру в первую неделю жизни (83,35).*
- 2. Доля нестабильных маловесных детей, родившихся в медицинском учреждении с массой тела  $\leq 2000$  г и содержавшихся в термонейтральной среде под источником лучистого тепла или в инкубаторе в связи с невозможностью материнского ухода по методу кенгуру (79,29).*

- 
3. Доля всех маловесных новорожденных в медицинском учреждении, матерям которых была оказана дополнительная поддержка для организации грудного вскармливания (77,13).

#### **Итоговые показатели качества**

- 
1. Доля всех недоношенных детей (гестационный возраст < 28 недель, 28–32 недели и 32–37 недель), которые родились в медицинском учреждении и скончались в течение первых 7 дней жизни\* (90,15).
- 
2. Доля всех маловесных детей, которые родились в медицинском учреждении и получали исключительно грудное молоко своих матерей на протяжении всего пребывания в медицинском учреждении (84,57).
- 
3. Доля всех живорожденных маловесных детей, которые родились в медицинском учреждении и для которых был характерен высокий уровень неонатальной смертности (респираторный дистресс-синдром, внутрижелудочковое кровоотечение, некротический энтероколит) (81,20).
- 
4. Доля всех маловесных детей, которые скончались в медицинском учреждении в связи с вероятными серьезными бактериальными инфекциями или сепсисом (80,30).
- 

### **Положение о гарантии качества 1.7а. Женщинам, имеющим инфекционные заболевания или подвергающимся риску инфицирования во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода, оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с рекомендациями ВОЗ.**

**Обоснование.** Послеродовой сепсис является одной из основных причин материнской смертности и фактором раннего сепсиса новорожденных. Предотвращение факторов, провоцирующих сепсис, создание асептических условий в качестве меры предосторожности для проведения всех вмешательств и процедур, своевременная и точная диагностика и применение надлежащей антибактериальной терапии для лечения инфекций у матери снижают как риск развития сепсиса у матерей и новорожденных, так и уровень сопутствующей заболеваемости и смертности.

Женщины, подверженные риску развития инфекции, получают профилактическую антибактериальную терапию в случае планового или экстренного кесарева сечения, затяжных родов, которым предшествовал дородовой разрыв плодных оболочек, неполного отделения плаценты, разрывов промежности третьей и четвертой степеней или перед ручным отделением плаценты. Перед началом антибактериальной терапии необходимо проведение анализов для определения типа бактериальной культуры и чувствительности к антибиотикам. Женщины, у которых наблюдаются признаки или симптомы инфекции (температура тела, превышающая 38 °С накануне родов или в процессе родовой деятельности, разрыв плодных оболочек за 18 и более часов до рождения ребенка, неприятный запах амниотической жидкости или присутствие в ней гноя, боли в животе и/или вагинальные выделения с неприятным запахом в послеродовой период), получают антибактериальную терапию и находятся под строгим надзором, а их состояние подвергается регулярной оценке.

#### **Показатели качества**

##### **Вводные показатели качества**

- 
1. В медицинском учреждении всегда должен иметься запас пероральных и инъекционных форм антибиотиков первой и второй линии (ампициллин или пенициллин, гентамицин, клиндамицин, цефалоспорины и метронидазол) в достаточном объеме для лечения ожидаемого числа пациентов\* (92,15).
-

---

2. В предродовых палатах и родильных залах медицинского учреждения должны иметься в письменном виде современные клинические протоколы по оказанию медицинской помощи женщинам, у которых имеются или могут развиться инфекции во время родового процесса, родоразрешения или в ранний послеродовой период. Эти протоколы должны соответствовать рекомендациям ВОЗ\* (91,75).

---

3. Все медицинские работники, ответственные за уход за беременными женщинами и женщинами в послеродовом периоде в медицинском учреждении, должны не реже чем раз в год проходить обучение на рабочем месте и регулярную переподготовку в целях получения навыков выявления и лечения инфекций у матерей во время беременности и после родов (85,20).

---

#### **Промежуточные/процессуальные показатели качества**

---

1. Доля женщин, родоразрешение которых было осуществлено в медицинском учреждении при помощи кесарева сечения и которые получали антибиотики в профилактических целях перед операцией\* (90,37).

---

2. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и сопровождались преждевременным дородовым разрывом плодных оболочек и которые получали антибиотики (87,44).

---

3. Доля женщин с разрывами промежности третьей и четвертой степеней в медицинском учреждении, получавших антибиотики (83,45).

---

4. Доля женщин в медицинском учреждении, у которых во время родов или в послеродовой период были выявлены признаки инфекции и которые получали антибиотики в инъекционной форме (83,39).

---

5. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и у которых после родоразрешения было выявлено повышение температуры тела выше 38 °С или другие признаки инфекции (лохии с неприятным запахом или содержанием гноя) (82,87).

---

#### **Итоговые показатели качества**

---

1. Доля женщин, родоразрешение которых было осуществлено в медицинском учреждении при помощи кесарева сечения и у которых после операции развились острая системная инфекция или сепсис (86,56).

---

2. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и у которых развились острая системная инфекция или сепсис в послеродовой период (86,15).

---

**Положение о гарантии качества 1.7b. В случае подозрения на наличие инфекции у новорожденного или наличия факторов риска инфицирования он незамедлительно проходит лечение антибиотиками в соответствии с рекомендациями ВОЗ.**

**Обоснование.** Новорожденные подвергаются более высокому риску инфицирования по причине незрелости иммунной системы. Инфекции у новорожденных могут привести к их гибели или стать причиной длительной инвалидности. Тщательная гигиена рук, обработка пуповины и другие меры предосторожности асептического характера, а также обследование новорожденных с подозрением на сепсис при наличии одного или нескольких факторов риска, ранняя диагностика признаков и симптомов сепсиса новорожденных и надлежащая антибактериальная терапия являются ключевыми условиями предупреждения сепсиса и связанных с ним заболеваемости и смертности.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ новорожденные, подверженные риску инфицирования или имеющие признаки инфекции, получают антибактериальную терапию. К факторам риска развития инфекции относятся высокая температура тела у матери (> 38 °С) накануне родов или во время родовой деятельности, разрыв плодных оболочек за 18 и более часов до рождения ребенка и амниотическая жидкость с неприятным запахом

или присутствием гноя. У новорожденных с признаками серьезной бактериальной инфекции наблюдаются неспособность принимать молоко (или утрата аппетита), судороги, учащенное дыхание (более 60 вдохов и выдохов в минуту), значительное западение грудной клетки, повышенная ( $\geq 38$  °C) или пониженная ( $< 35$  °C) температура тела, апатия, наличие двигательной активности только при стимулировании или полное отсутствие двигательной активности. Перед назначением антибиотиков новорожденному с риском инфицирования или признаками инфекции необходимо выполнить бактериальный посев крови. Новорожденным с сепсисом или подозрением на сепсис назначается эмпирическая антибактериальная терапия в инъекционной форме, после чего они находятся под строгим наблюдением в целях коррекции лечения при необходимости. Любое решение о замене антибактериального препарата или изменении продолжительности лечения принимается только на основании результатов бактериального посева крови.

#### Показатели качества

##### Вводные показатели качества

1. В медицинском учреждении всегда должен иметься запас инъекционных форм антибиотиков (как минимум антибиотиков первой и второй линии для лечения сепсиса новорожденных и менингита) в достаточном объеме для лечения ожидаемого числа пациентов\* (92,14).
2. В предродовых палатах и родильных залах медицинского учреждения должны иметься в письменном виде современные клинические протоколы по ранней диагностике и лечению инфекций у новорожденных. Эти протоколы должны соответствовать рекомендациям ВОЗ\* (90,47).
3. Все медицинские работники, ответственные за уход за беременными женщинами и новорожденными в медицинском учреждении, должны проходить обучение на рабочем месте и регулярную переподготовку не реже чем раз в год в целях получения навыков выявления и лечения инфекций у новорожденных (85,95).
4. В соответствии с рекомендациями ВОЗ медицинский персонал медицинского учреждения должен знать признаки сепсиса новорожденных и обладать навыками его лечения (84,29).

##### Промежуточные/процессуальные показатели качества

1. Доля новорожденных с признаками инфекции в медицинском учреждении, которые получали антибиотики в инъекционной форме (86,94).
2. Доля новорожденных в медицинском учреждении, чьи матери имели признаки инфекции и получали антибиотики в инъекционной форме (77,53).

##### Итоговые показатели качества

1. Доля новорожденных в медицинском учреждении, которые получали лечение в связи с сепсисом, но скончались (доля случаев со смертельным исходом)\* (89,32).
2. Доля всех случаев смерти новорожденных в медицинском учреждении, вызванных сепсисом (86,96).
3. Доля всех серьезных случаев заболеваемости новорожденных в медицинском учреждении, вызванных сепсисом новорожденных (77,53).

**Положение о гарантии качества 1.8. Всем женщинам и новорожденным оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии со стандартными мерами предосторожности, направленными на предотвращение нозокомиальных инфекций.**

**Обоснование.** Нозокомиальные инфекции ведут к росту заболеваемости и смертности, увеличению издержек, связанных с оказанием медицинской помощи, и продолжительности времени пребывания в больнице. Стандартные меры предосторожности играют ключевую роль в профилактике нозокомиальных инфекций.

Следует всегда соблюдать стандартные меры предосторожности, включая обеспечение гигиены рук с помощью воды и мыла или спиртосодержащего антисептического средства для рук как до, так и после осмотра женщины или новорожденного и надлежащее использование перчаток; безопасное хранение и утилизация инфекционных отходов и колюще-режущих инструментов; соблюдение техники безопасности при работе с оборудованием, предназначенным для медицинского обслуживания пациентов, и обращении с использованным бельем; стерилизация и дезинфекция инструментов и зон для родоразрешения.

## **Показатели качества**

### **Вводные показатели качества**

1. В медицинском учреждении должен иметься надежный локальный источник водоснабжения, мыло и полотенца (желательно одноразовые) или спиртосодержащее антисептическое средство для обеспечения гигиены рук\* (94,27).
2. В медицинском учреждении должны быть обеспечены условия для безопасного обращения с инфекционными отходами, их хранения и окончательной утилизации\* (94,08).
3. В медицинском учреждении должны быть обеспечены условия для безопасного обращения с колюще-режущими инструментами, их хранения (с защитой от проколов) и окончательной утилизации\* (93,36).
4. В медицинском учреждении должны иметься надлежащие средства стерилизации и дезинфицирующие вещества для инструментов (92,99).
5. В медицинском учреждении должны иметься действующая печь для сжигания отходов или иное эффективное средство для утилизации инфекционных отходов и использованных инструментов (92,56).
6. В медицинском учреждении должны иметься в письменном виде современные рекомендации по обеспечению стандартных мер санитарно-эпидемиологического контроля и мер предосторожности в целях предотвращения передачи инфекции (92,35).
7. Медицинский персонал, присутствующий в родильных отделениях и отделениях для новорожденных, должен не реже чем раз в год проходить обучение навыкам обеспечения стандартных мер санитарно-эпидемиологического контроля и мер предосторожности в целях предотвращения передачи инфекции (87,27).

### **Промежуточные/процессуальные показатели качества**

1. Доля медицинских работников в медицинском учреждении, которые моют руки с соблюдением всех рекомендаций, изложенных в руководстве ВОЗ «5 правил гигиены рук» (87,78).
2. Доля новорожденных с подозрением на тяжелую бактериальную инфекцию, получивших надлежащую антибактериальную терапию (84,76).
3. Безопасная обработка медицинских отходов с момента их возникновения до этапа утилизации (82,73).
4. Доля сотрудников медицинского учреждения, которые соблюдают стандарты биологической безопасности при парентеральном введении лекарственных средств (81,85).

### **Итоговые показатели качества**

1. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и у которых были диагностированы острая системная инфекция или сепсис в течение послеродового периода, в том числе на этапе повторной госпитализации после родов (81,41).
2. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и у которых были выявлены нозокомиальные инфекции (78,43).
3. Доля новорожденных, которые были рождены в медицинском учреждении и у которых были выявлены нозокомиальные инфекции (78,00).

**Положение о гарантии качества 1.9. Ни женщины, ни новорожденные не должны подвергаться необоснованным или опасным манипуляциям во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода.**

**Обоснование.** Необоснованные и опасные манипуляции могут приводить к осложнениям и наносить ущерб здоровью как матерей, так и новорожденных. На смену подобной практики, которую следует избегать, должны прийти научно обоснованные медицинские вмешательства.

Следует отказаться от применения необоснованных и опасных манипуляций, к которым относятся: плановые клизмы и бритье лобка и промежности перед естественными родами; давление на дно матки во время второго периода родов; стимуляция родовой деятельности с помощью окситоцина до подтверждения запоздалых родов; эпизиотомия (при отсутствии медицинских показаний); тампонада матки для остановки кровотечения (при отсутствии медицинских показаний); инструментальное родовспоможение (при отсутствии медицинских показаний); кесарево сечение (при отсутствии медицинских показаний); отсасывание содержимого носоглотки новорожденного (при отсутствии медицинских показаний); немедленное купание новорожденных и содержание здоровых детей в отделении для новорожденных вместо совместного пребывания с матерью; реклама и пропаганда альтернатив грудному вскармливанию и искусственного вскармливания с помощью бутылочки; нанесение на пуповину посторонних субстанций.

**Показатели качества**

**Вводные показатели качества**

1. В медицинском учреждении должны иметься в письменном виде современные рекомендации, касающиеся опасных манипуляций и необоснованных вмешательств во время родовой деятельности, родоразрешения и в ранний послеродовой период\* (89,03).
2. В медицинском учреждении исключается демонстрация молочных смесей, бутылочек и сосок, в том числе на плакатах и постерах\* (88,98).
3. В медицинском учреждении новорожденные не должны получать никаких видов питания или питья, кроме грудного молока, если для этого нет медицинских показаний, а детям на грудном вскармливании не предлагаются соски («пустышки») (85,13).
4. Все медицинские работники в медицинском учреждении должны не реже чем раз в год проходить обучение на рабочем месте и регулярную переподготовку в целях повышения информированности о проблеме опасных манипуляций и необоснованных вмешательств (83,00).
5. В палатах медицинского учреждения не должно вестись пропаганды молочных смесей, и образцы таких смесей не должны распространяться среди матерей или сотрудников (82,93).
6. Для медицинского персонала в медицинском учреждении ежемесячно обеспечивается супервизия и кураторство в целях недопущения опасных манипуляций и необоснованных вмешательств (75,38).

**Промежуточные/процессуальные показатели качества**

1. Доля неосложненных самопроизвольных естественных родов в медицинском учреждении, в ходе которых выполнялась эпизиотомия\* (86,01).
2. Доля женщин в медицинском учреждении, подвергшихся операции кесарева сечения по классификации Робсона (83,2).
3. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и сопровождались стимуляцией родовой деятельности при отсутствии признаков запоздалых родов (80,01).

- 
4. Доля детей, рожденных в медицинском учреждении и подвергшихся раннему купанию и удалению первородной смазки в течение 6 часов после рождения (79,30).

---

  5. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые подверглись плановой процедуре бритья лобка и промежности перед естественными родами (77,59).

---

  6. Доля детей, рожденных в медицинском учреждении и подвергшихся процедуре отсасывания содержимого носоглотки, несмотря на чистоту амниотической жидкости (77,35).

---

  7. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые в тот или иной момент перед естественными родами получали плановую клизму (76,02).
- 

## **Справочная литература, использовавшаяся при разработке стандарта 1**

- Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* 2014; 384:347–370.
- Boulkedid R, Sibony O, Goffinet F, Fauconnier A, Branger B, Alberti C. Quality indicators for continuous monitoring to improve maternal and infant health in maternity departments: a modified Delphi survey of an international multidisciplinary panel. *PLoS One* 2013;8:e60663.
- Gülmezoglu MA, Lawrie TA. Impact of training on emergency resuscitation skills: impact on Millennium Development Goals (MDGs) 4 and 5. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015); doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.03.018.
- Hussein J, Mavalankar DV, Sharma S, D'Ambruso L. A review of health system infection control measures in developing countries: what can be learned to reduce maternal mortality. *Globalization Health* 2011;7:14.
- Khaskheli MN, Baloch S, Sheeba A. Risk factors and complications of puerperal sepsis at a tertiary healthcare centre. *Pak J Med Sci* 2013;29:972–976.
- National Institute for Health Care Excellence. NICE guidelines on routine intrapartum care (CG 190). London; 2014 (<http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/guidance-intrapartum-care-care-of-healthy-women-and-their-babies-during-childbirth-pdf>).
- Polin RA, Committee on Fetus and Newborn. Management of neonates with suspected or proven early-onset bacterial sepsis. *Paediatrics* 2012;129:1006–1015.
- Raven J, Hofman J, Adegoke A, van den Broek N. Methodology and tools for quality improvement in maternal and newborn health care. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;114:4–9.
- Schuchat A, Zywicki SS, Dinsmoor MJ, Mercer B, Romaguera J, O'Sullivan MJ, et al. Risk factors and opportunities for prevention of early-onset neonatal sepsis: a multicentre case-control study. *Pediatrics*. 2000;105:21–26.
- Sibanda T, Fox R, Draycott TJ, Mahmood T, Richmond D, Simms RA. Intrapartum care quality indicators: a systematic approach for achieving consensus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;166:23–29.
- Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G, et al. Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO safe childbirth checklist program. *PLoS One* 2012;7:e35151.
- Tietjen L, Bossemeyer D, McIntosh N. Infection prevention guidelines for healthcare facilities with limited resources. Baltimore, Maryland: JHPIEGO; 2003.
- Всемирная организация здравоохранения, «Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока», Женева; 1981 (<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/ru/>).
- Всемирная организация здравоохранения, Стандартные меры предосторожности в здравоохранении: памятка. Женева; 2007 ([http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR\\_AM2\\_RU.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_RU.pdf)).
- World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva; 2009 ([http://www.who.int/gpsc/information\\_centre/hand-hygiene-2009/en/](http://www.who.int/gpsc/information_centre/hand-hygiene-2009/en/)).

- World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva; 2011 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502221\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502221_eng.pdf)).
- Всемирная организация здравоохранения, Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии. Женева; 2011 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/9789241548335/ru/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/ru/)).
- World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva; 2012 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/9789241548502/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/)).
- World Health Organization. Guidelines on maternal, newborn, child and adolescent health, approved by the WHO Guidelines Review Committee. Recommendations on newborn health. Geneva; 2013 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/guidelines-recommendations-newborn-health.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines-recommendations-newborn-health.pdf)).
- World Health Organization. Guidelines on maternal, newborn, child and adolescent health, approved by the WHO Guidelines Review Committee. Recommendations on maternal and perinatal health. Geneva; 2013 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/guidelines-recommendations-maternal-health.pdf?ua=1](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines-recommendations-maternal-health.pdf?ua=1)).
- World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva, 2013 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/)).
- World Health Organization. Safe management of wastes from health-care activities Geneva; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85349/1/9789241548564\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85349/1/9789241548564_eng.pdf?ua=1)).
- World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva; 2014 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/augmentation-labour/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/augmentation-labour/en/)).
- Всемирная организация здравоохранения, «Роль ВОЗ в общественном здравоохранении». Женева; 2015 (<http://www.who.int/about/role/ru/>).
- World Health Organization. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva; 2015 ([http://who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/preterm-birth-guideline/en/](http://who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/)).
- World Health Organization, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. Consultation on improving measurement of the quality of maternal, newborn and child care in health facilities. Geneva; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128206/1/9789241507417\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128206/1/9789241507417_eng.pdf)).
- World Health Organization, UNICEF. Baby-friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva; 2009 ([http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi\\_trainingcourse/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/)).
- World Health Organization, UNICEF. Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. Geneva; 1993 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/62140>).
- World Health Organization Regional Office for Europe. Making pregnancy safer: assessment tool for the quality of hospital care for mothers and newborn babies. Copenhagen; 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98792/E93128.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98792/E93128.pdf)).
- Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным. Копенгаген; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2014/hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies-quality-assessment-and-improvement-tool>).

## Стандарт 2. Система информации по вопросам здравоохранения позволяет использовать данные в целях принятия заблаговременных и надлежащих мер по повышению качества медицинской помощи, оказываемой всем женщинам и новорожденным.

**Положение о гарантии качества 2.1. Ведется полный, точный и стандартизованный учет данных о состоянии здоровья всех женщин и новорожденных во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода.**

**Обоснование.** Полный и точный учет данных во время родовой деятельности является важным условием документирования медицинских процедур, последующего клинического наблюдения, точной передачи сведений о пациентах и своевременного выявления осложнений и показателей здоровья и служит источником информации, необходимой для выявления аспектов, требующих доработки.

В медицинском учреждении должны иметься точные, полные и разборчиво составленные стандартные журналы учета сведений о пациентах и медицинские карты матерей и новорожденных, отражающие всю информацию с момента их поступления в медицинское учреждение и до момента выписки. Необходимо обеспечить целостность и последовательность всех записей о пациенте (например, направлений на перевод пациента в другое медицинское учреждение, сведений об оказании медицинской помощи в дородовой период и во время родов). Надлежащим образом протоколируются такие сведения, как демографические данные, время поступления в медицинское учреждения, время родоразрешения и выписки, а также информация о ходе родового процесса, принятых мерах и итогах родоразрешения, включая мертворождения. В систему, которая позволяет объединять данные о женщинах и их новорожденных во всех медицинских записях, вносятся сведения о новорожденных, включая идентификационную информацию, гестационный возраст, вес при рождении и результаты осмотра. Диагнозы обозначаются кодами в соответствии с Международной классификацией болезней.

### Показатели качества

#### *Показатели качества*

- 1. В медицинском учреждении всегда должны иметься журналы регистрации, формы для сбора данных, медицинские карты и карты наблюдения, необходимые для постоянного протоколирования и контроля всех процессов оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным\* (90,34).*
- 2. В медицинском учреждении должна иметься система регистрации данных о рождении и смерти, поддерживающая постоянную связь с национальной системой записи актов гражданского состояния\* (89,44).*
- 3. В медицинском учреждении должна иметься система классификации заболеваний и исходов родов (включая летальные исходы), приведенная в соответствие с МКБ (86,33).*

#### *Промежуточные/процессуальные показатели качества*

- 1. Доля новорожденных, пребывающих в данный момент в медицинском учреждении, в котором имеются система идентификации пациентов и индивидуальные медицинские карты\* (89,15).*
- 2. Доля новорожденных, которые были выписаны в последние сутки из медицинского учреждения и по которым имелись надлежащим образом заполненные данные о процедурах медицинской помощи, лечения, исходах и диагнозах (в соответствии с кодами МКБ) (83,28).*

- 
3. Доля женщин в послеродовом периоде, которые были выписаны в последние сутки и по которым имелись надлежащим образом заполненные данные о процедурах медицинской помощи, лечения, исходах и диагнозах (в соответствии с кодами МКБ) (82,88).
- 

**Положение о гарантии качества 2.2. В каждом медицинском учреждении предусмотрен механизм для сбора данных, их анализа и предоставления обратной связи в рамках деятельности учреждения по контролю и повышению эффективности медицинской помощи до, во время и после родов.**

**Обоснование.** Цель сбора данных заключается в обеспечении информации для анализа, предоставления соответствующей обратной связи и улучшения показателей здоровья.

Эти данные в рабочем порядке подлежат сбору, проверке, анализу и использованию для принятия клинических и управленческих решений по таким вопросам, как планирование и совершенствование медицинских услуг. Сотрудники медицинского учреждения имеют доступ к таким данным и могут их использовать для постоянного совершенствования процессов оказания медицинской помощи. Врачи, акушеры, медсестры, инспекторы и кураторы могут использовать эти данные для планирования и повышения качества работы и медицинских услуг. Точные и исчерпывающие данные своевременно передаются на соответствующие уровни и используются для периодического обзора показателей смертности и заболеваемости в целях повышения качества медицинской помощи.

---

**Показатели качества**

**Вводные показатели качества**

1. За последние шесть месяцев в медицинском учреждении не реже чем раз в месяц проводились обзоры случаев материнской и перинатальной смертности и чрезвычайно тяжелых осложнений, а также имеется механизм для выполнения рекомендаций, представленных по итогам обзоров\* (88,20).
2. В медицинском учреждении неизменно действуют стандартные рабочие процедуры и протоколы по проверке, апробации и представлению данных (86,35).
3. В медицинском учреждении постоянно имеются система данных по сбору и анализу соответствующих показателей и условия для визуальной демонстрации результатов и своевременного представления отчетности в бумажном или цифровом формате (85,74).
4. В последние шесть месяцев не реже чем раз в месяц проводились заседания с участием руководства и медицинских работников медицинского учреждения в целях обзора процессуальных и итоговых показателей качества (85,12).
5. Руководство и медицинские работники медицинского учреждения в последние шесть месяцев использовали рекомендации, полученные по итогам обзоров данных, при принятии решений и курировании усилий по повышению эффективности работы (80,10).

---

**Промежуточные/процессуальные показатели качества**

1. Доля всех случаев перинатальной смертности в медицинском учреждении, обзор которых проводился с использованием стандартных инструментов аудита\* (90,26).
  2. Доля всех случаев материнской смертности и чрезвычайно тяжелых осложнений в медицинском учреждении, обзор которых проводился с использованием стандартных инструментов аудита\* (88,24).
  3. Доля всех случаев материнской смертности и чрезвычайно тяжелых осложнений в медицинском учреждении, о которых были предоставлены сведения (86,84).
-

## **Итоговые показатели качества**

1. Стандартный сбор данных в медицинском учреждении во время родовой деятельности, родоразрешения и в послеродовой период и их регулярное использование для принятия решений о повышении качества (83,08).
2. Доля всех рекомендаций, которые были представлены по итогам обзоров случаев перинатальной смертности в медицинском учреждении и полностью выполнены (81,51).
3. Доля всех рекомендаций, которые были представлены по итогам обзоров случаев материнской смертности в медицинском учреждении и полностью выполнены (81,37).

## **Справочная литература, использовавшаяся при разработке стандарта 2**

- Brien ES, Lorenzetti LD, Lewis S, Kennedy J, Ghali AW. Overview of a formal scoping review on health system report cards. *Implementation Sci* 2010;5:2.
- Graham WJ, Campbell OM. Maternal health and the measurement trap. *Soc Sci Med* 1992;35:967–977.
- Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C. Design and implementation of health information systems. Geneva: World Health Organization; 2000.
- Murray SF, Davies S, Phiri RK, Ahmed Y. Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referral systems. *Health Policy Plan* 2001;16:353–361.
- UNICEF. The state of the world's children 2009. Geneva (<http://www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf>).
- World Health Organization. Service availability and readiness assessment (SARA). An annual monitoring system for service delivery. Reference manual, version 2.2 Geneva; 2015 ([http://www.who.int/healthinfo/systems/sara\\_indicators\\_questionnaire/en/](http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_indicators_questionnaire/en/)).
- ВОЗ, Фонд ООН по народонаселению, ЮНИСЕФ, Всемирный банк. Уход во время беременности, родов, послеродового периода, уход за новорожденным: руководство для клинической практики, 3-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015.

## **Стандарт 3. В случае обнаружения заболевания, которое не поддается лечению с помощью имеющихся ресурсов, женщины и новорожденные переводятся в медицинское учреждение соответствующего профиля.**

**Положение о гарантии качества 3.1. При поступлении в медицинское учреждение, во время родовой деятельности и в ранний послеродовой период все женщины и новорожденные подвергаются осмотру в целях определения необходимости их перевода в специализированное медицинское учреждение, и решение о переводе принимается незамедлительно.**

**Обоснование.** Чрезвычайно важно определять случаи, в которых требуется незамедлительный перевод пациента в другое медицинское учреждение в целях обеспечения своевременной и надлежащей медицинской помощи всем пациентам и избежания предотвратимых осложнений.

В медицинском учреждении должны иметься в свободном доступе современные протоколы и рекомендации по переводу пациентов, отражающие возможности и ресурсы данного учреждения. В медицинском учреждении должны действовать приемное отделение, ответственное за распределение пациентов, и механизмы при больничных палатах в целях оценки и выявления случаев, требующих неотложной медицинской помощи и оперативного реагирования на них. Медицинское учреждение должно располагать условиями для стабилизации пациентов и оказания им необходимой помощи перед их переводом в профильное учреждение.

## Показатели качества

### Вводные показатели качества

1. В медицинском учреждении должны иметься в письменном виде современные клинические протоколы и рекомендации по выявлению и лечению осложнений у новорожденных и осложнений, связанных с беременностью и родоразрешением, у матерей (включая оказание медицинской помощи перед переводом в другое учреждение), а также по переводу таких пациентов в специализированные учреждения\* (89,94).
2. В медицинском учреждении должны иметься необходимые лекарственные средства и расходные материалы для стабилизации и лечения женщин и новорожденных перед их переводом в специализированные учреждения\* (89,20).
3. Все медицинские работники, присутствующие в родильном отделении, должны не реже чем раз в год проходить обучение на рабочем месте и регулярную переподготовку, в целях получения навыков работы с протоколами и рекомендациями по переводу пациентов в специализированные учреждения\* (85,33).

### Промежуточные/процессуальные показатели качества

1. Доля женщин и новорожденных в медицинском учреждении, которые отвечали критериям для перевода в специализированное медицинское учреждение и перевод которых действительно состоялся, по данным за последние три месяца (81,79).
2. Доля беременных женщин или женщин в послеродовом периоде, которым не могло быть предоставлено необходимое лечение в данном медицинском учреждении и которые были незамедлительно переведены в учреждение более высокого уровня для последующего родоразрешения или оказания соответствующей медицинской помощи в сопровождении медицинского работника и при наличии стандартной заполненной формы о переводе пациента (81,47).
3. Доля больных, недоношенных или маловесных новорожденных, которым не могло быть предоставлено необходимое лечение в данном медицинском учреждении и которые были переведены в учреждение соответствующего уровня в течение 1 часа после принятия такого решения в сопровождении медицинского работника и при наличии стандартной заполненной формы о переводе пациента (79,90).

### Итоговые показатели качества

1. Доля женщин, поступивших в родильное отделение и подтвердивших, что при прибытии в медицинское учреждение им была оказана незамедлительная помощь (82,83).

**Положение о гарантии качества 3.2. В случае если женщина и новорожденный нуждаются в переводе в специализированное медицинское учреждение, перевод осуществляется в соответствии с заранее установленным планом, который может быть выполнен незамедлительно и в любой момент.**

**Обоснование.** Заранее установленный план перевода в специализированное медицинское учреждение позволяет ускорить все процедуры, избежать нежелательных задержек и обеспечить пациентам более качественную и своевременную медицинскую помощь.

В медицинском учреждении должна функционировать надлежащим образом оборудованная транспортная служба для перевозки женщин и новорожденных при необходимости, работающая в круглосуточном режиме и без выходных. Помимо этого, необходимо предоставить перечень всех отделений сети с указанием их телефонных номеров. Система перевода пациентов в другие медицинские учреждения должна носить поднадзорный и подотчетный характер: так, в ней должны быть предусмотрены правила, защищающие женщин от отказа в переводе в специализированное медицинское учреждение по соображениям финансового характера, и процедуры для контроля и оценки системы.

## Показатели качества

### Вводные показатели качества

1. В медицинском учреждении должен быть обеспечен незамедлительный доступ к рабочему автомобилю скорой помощи или иному транспортному средству для незамедлительной транспортировки женщин и новорожденных в рамках перевода в специализированные медицинские учреждения\* (90,35).
2. Необходимо составить актуальный перечень медицинских учреждений, которые относятся к сети, расположенной в одном и том же регионе, и в которые женщины и дети могут быть переведены для получения медицинской помощи в случае необходимости\* (89,20).
3. В медицинском учреждении должны быть предусмотрены местные механизмы, действующие круглосуточно и без выходных, для обеспечения незамедлительного перевода женщин и новорожденных, которым не может быть оказана необходимая медицинская помощь в данном учреждении, в специализированное медицинское учреждение соответствующего уровня (87,11).

### Промежуточные/процессуальные показатели качества

1. Доля новорожденных, скончавшихся накануне или во время перевода в медицинское учреждение более высокого уровня для дальнейшего лечения\* (87,74).
2. Доля беременных женщин и женщин в послеродовом периоде, которые скончались накануне или во время перевода в медицинское учреждение более высокого уровня для родоразрешения и дальнейшего лечения (87,04).
3. Доля беременных женщин, женщин в послеродовом периоде и новорожденных, которые были переведены в специализированное медицинское учреждение без использования соответствующего транспорта скорой помощи (75,62).
4. Доля женщин, которые были направлены на перевод каким-либо медицинским учреждением и которым пришлось оплачивать из своих средств услуги связи и транспорта (68,93).

### Итоговые показатели качества

1. Доля женщин, которые были направлены на перевод каким-либо медицинским учреждением с положительным исходом в результате перевода (80,97).
2. Доля новорожденных, которые были направлены на перевод каким-либо медицинским учреждением с положительным исходом в результате перевода (80,95).
3. Доля новорожденных, которые были направлены на перевод каким-либо медицинским учреждением и прибыли в специализированное учреждение без признаков гипотермии (76,34).

**Положение о гарантии качества 3.3. В случае перевода женщины и новорожденного из одной части медицинского учреждения в другое или между медучреждениями производится обмен соответствующей информацией и предоставление обратной связи профильному медицинскому персоналу.**

**Обоснование.** Обеспечение надлежащего обмена информацией и обратной связи внутри медицинских учреждений и между ними способствует повышению качества медицинской помощи, росту мотивации медицинского персонала, анализу накопленного опыта и обеспечению оптимального ухода за пациентами.

Должны быть предусмотрены постоянно функционирующая система связи (например, радио- или телефонная связь) в рамках сети медицинских учреждений, между которыми переводятся пациенты, и официальные соглашения и механизмы для взаимодействия и консультаций. При необходимости должны предоставляться протоколы по обмену информацией и обеспечению обратной связи при переводе пациентов и стандартные формы для заполнения сведений о переводе и обратном переводе пациентов.

## Показатели качества

### Вводные показатели качества

1. В медицинском учреждении должны иметься стандартные формы для перевода пациентов, отражающие соответствующую демографическую и клиническую информацию, включая клинические заключения, диагнозы, медицинские вмешательства, предшествовавшие переводу, или предоставленное лечение и причины для перевода\* (89,13).
2. В медицинском учреждении должны быть предусмотрены постоянно функционирующие и надежные средства связи, включая мобильные и стационарные телефоны и радиосвязь, для перевода пациентов и проведения консультаций по особо сложным случаям\* (87,14).
3. Должно иметься подтверждение наличия у медицинского учреждения официальных соглашений со специализированными принимающими центрами, механизмов взаимодействия с ними и системы получения обратной связи\* (85,55).

### Промежуточные/процессуальные показатели качества

1. Доля всех направленных на перевод женщин, которые были осмотрены в направляющем медицинском учреждении и по которым была получена исчерпывающая обратная связь в рамках обратного перевода (80,65).
2. Доля всех направленных на перевод новорожденных, которые были осмотрены в направляющем медицинском учреждении и по которым была получена исчерпывающая обратная связь в рамках обратного перевода (80,12).
3. Доля всех направленных на перевод женщин и новорожденных, которые были осмотрены в направляющем медицинском учреждении и получили своевременную медицинскую помощь в принимающем медицинском учреждении (79,57).

## Справочная литература, использовавшаяся при разработке стандарта 3

- Lawn J, McCarthy BJ, Ross R. The healthy newborn: a reference manual for program managers. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control, CARE International; 2001.
- Maine D, Ward V, Eitahir AH. Meeting the community halfway: programming guidelines for the reduction of maternal mortality. New York City, New York: UNICEF; 1993.
- Murray SF, Pearson S. Maternity referral systems in developing countries: current knowledge and future research needs. Soc Sci Med 2006;62:2205–2215.
- Murray SF, Davies S, Phiri RK, Ahmed Y. Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referral systems. Health Policy Plan 2001;16:353–361.
- World Health Organization. Essential elements of obstetric care at first referral level. Geneva: 1991.
- World Health Organization. Service availability and readiness assessment (SARA). An annual monitoring system for service delivery. Reference manual, version 2.2. Geneva; 2015 ([http://www.who.int/healthinfo/systems/sara\\_indicators\\_questionnaire/en/](http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_indicators_questionnaire/en/)).
- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. District health facilities: Guidelines for development and operations. Manila; 1998.

## Стандарт 4. Взаимодействие с женщинами и их семьями носит эффективный характер и учитывает их потребности и предпочтения.

**Положение о гарантии качества 4.1.** Всем женщинам и членам их семей предоставляется информация о медицинской помощи и обеспечивается возможность полноценного взаимодействия с персоналом.

**Обоснование.** Успешное взаимодействие с женщинами и членами их семей позволяет им почувствовать, что их интересы учитываются, избежать ненужной тревоги, недопонимания и неверных ожиданий и ощутить, что они владеют ситуацией, что в конечном итоге способствует формированию положительного опыта получения медицинской помощи.

Медицинские работники должны обладать навыками межличностной коммуникации и консультирования и быть доступными и отзывчивыми. Они должны отличаться позитивным настроем, изъясняться простым и доступным языком, который будет понятен как женщинам, так и членам их семей, и учитывать коммуникативные потребности и предпочтения женщин, вверенных их заботе.

### Показатели качества

#### Вводные показатели качества

1. В медицинском учреждении должны иметься доступные для понимания просветительские материалы в области охраны здоровья, представленные в виде удобочитаемых текстов или иллюстраций и доступные на языках тех местных сообществ, которые пользуются услугами данного медицинского учреждения\* (91,01).
2. Медицинский персонал родильного отделения должен не реже чем раз в год получать инструктаж и проходить обучение на рабочем месте в целях получения навыков межличностного общения и консультирования и повышения уровня культурной компетентности\* (85,74).
3. В медицинском учреждении должна иметься в письменном виде актуальная программа, содержащая четкое описание целей, планов мероприятий и механизмов контроля и направленная на повышение навыков межличностного общения и консультирования у медицинского персонала (84,69).
4. Раз в три месяца медицинский персонал родильного отделения должен проходить супервизию в целях получения навыков межличностного общения и консультирования и повышения уровня культурной компетентности (80,12).

#### Промежуточные/процессуальные показатели качества

1. Доля женщин, выписанных из родильного отделения медицинского учреждения и получивших перед выпиской письменные и устные сведения и консультации по следующим вопросам: питание и гигиена, методы регулирования деторождения и планирования семьи, исключительно грудное вскармливание и поддержание лактации, содержание ребенка в тепле и чистоте, взаимодействие и игры с ребенком, опасные симптомы у матери и новорожденного и контакты учреждений, в которые следует обратиться в случае возникновения осложнений\* (85,83).
2. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые подтвердили, что им была предоставлена возможность обсудить свои опасения и предпочтения (82,79).
3. Доля медицинских работников медицинского учреждения, продемонстрировавших следующие навыки: активное слушание, умение задавать вопросы, умение отвечать на вопросы, оценка уровня понимания женщин и членов их семей и оказание женщинам поддержки в решении проблем (76,67).

### **Итоговые показатели качества**

1. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые сочли, что медицинские работники предоставили им надлежащий объем информации об осмотрах, действиях и решениях, принятых в рамках оказания им медицинской помощи (83,58).
2. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые подтвердили, что их потребности и предпочтения учитывались как во время родовой деятельности и родоразрешения, так и в послеродовой период (80,67).
3. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые выразили удовлетворение качеством медицинских услуг (80,66).
4. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые подтвердили, что они были удовлетворены качеством санитарно-гигиенического просвещения и информацией, предоставленной медицинскими работниками (76,25).

### **Положение о гарантии качества 4.2. Всем женщинам и членам их семей оказывается скоординированная медицинская помощь, в рамках которой осуществляется четкий обмен точной информацией между профильными медицинскими и социальными работниками.**

**Обоснование.** Скоординированная медицинская помощь и четкий обмен точной информацией между медицинскими работниками является ключевым условием обеспечения преемственности услуг ухода за пациентами и предотвращения необоснованных задержек в организации лечения.

Для обмена информацией между медицинскими работниками используется стандартный формат (например, при передаче смен и переводе пациентов внутри учреждения или в другие медицинские учреждения, при работе с социальными службами, направлении результатов лабораторных анализов), а между работниками, участвующими в передаче ответственности за тех или иных пациентов, должны быть налажены эффективное устное взаимодействие и/или телефонная связь. Результаты особо важных диагностических анализов подлежат своевременной передаче.

### **Показатели качества**

#### **Вводные показатели качества**

1. В медицинском учреждении должна иметься стандартная форма для внесения данных о ходе клинических мероприятий и контроле происходящего во время родов (партограмма), родоразрешения и в послеродовой период в целях оптимизации процесса передачи письменных данных о пациентах\* (91,75).
2. В медицинском учреждении должны иметься в письменном виде современные протоколы передачи устной и письменной информации о женщинах и новорожденных при заступлении на дежурство новой смены, во время перевода пациентов внутри учреждения или в другие учреждения и при выписке\* (89,14).
3. Медицинский персонал родильного отделения должен не реже чем раз в год получать инструктаж и проходить обучение и регулярную переподготовку на рабочем месте в целях ознакомления с политикой передачи клинической информации и получения навыков обмена важной информацией при передаче, переводе или выписке пациента (81,53).
4. В медицинском учреждении должна иметься действующая и надежная система связи для обмена информацией между соответствующими медицинскими службами (78,26).

### **Промежуточные/процессуальные показатели качества**

1. Доля женщин, которым оказывалась медицинская помощь во время родовой деятельности и родоразрешения и информация о которых была отражена в партограмме (81,87).
2. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые подтвердили, что медицинские работники надлежащим образом представлялись и демонстрировали хорошую осведомленность о медицинской истории женщины и медицинской помощи, которая оказывалась ей до данного момента (73,47).

### **Итоговые показатели качества**

1. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые выразили удовлетворение качеством медицинских услуг\* (83,53).
2. Доля медицинских работников, руководящего состава и социальных работников, удовлетворенных качеством взаимодействия в процессе передачи ответственности за пациентов между сотрудниками медицинского учреждения (68,98).

## **Справочная литература, использовавшаяся при разработке стандарта 4**

- de Silva A. A framework for measuring responsiveness. Geneva: World Health Organization; 2000 (<http://www.who.int/responsiveness/papers/paper32.pdf?ua=1>).
- Anderson L, Scrimshaw S, Fullilove M, Fielding J, Normand H. Culturally competent healthcare systems: a systematic review. *Am J Prev Med* 2003;24:68–79.
- Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD003267.
- Fealy G, Riordan F. Communication and clinical handover practices: a systematic review. Dublin: University College Dublin and Health Service Executive; 2014.
- Iedema R, Manidis M. Patient–clinician communication: an overview of relevant research and policy literatures. In: Communication (clinical handover) in maternity services. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care and UTS Centre for Health Communication; 2014 (National clinical guideline No. 5) (<http://health.gov.au/wp-content/uploads/2015/01/National-Clinical-Guideline-No.-5-Clinical-Handover-Nov2014.pdf>).
- Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;4:CD003716.
- Kongnyu E, van den Broek N. Criteria for clinical audit of women friendly care and providers' perception in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008;8:28.
- National Institute for Health Care Excellence. Patient experience in adult NHS services. London; 2012 (<https://www.nice.org.uk/guidance/qs15/chapter/quality-statement-2-demonstrated-competency-in-communication-skills#quality-statement-2>).
- The Joint Commission. Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care: a roadmap for hospitals. Oakbrook Terrace, Illinois; 2010 (<http://www.jointcommission.org>).

## Стандарт 5. Оказание медицинской помощи женщинам и новорожденным носит уважительный характер и предусматривает защиту их достоинства.

**Положение о гарантии качества 5.1. В период родовой деятельности и родов всем женщинам и новорожденным предоставляется отдельное, закрытое от посторонних глаз пространство с соблюдением всех требований конфиденциальности.**

**Обоснование.** Соблюдение личного пространства и обеспечение конфиденциальности данных позволяют продемонстрировать женщинам и членам их семей неизменно уважительное отношение к нуждам, защитить их от любых попыток стигматизации, обусловленных теми или иными проблемами, и укрепить доверие к медицинским учреждениям.

Медицинские работники должны уважать личное пространство пациентов и соблюдать конфиденциальность их данных. В рамках соблюдения личного пространства пациентов им должны быть предоставлены постельное белье, занавеси и ширмы, а устные и письменные сведения о состоянии женщин и новорожденных должны носить конфиденциальный характер.

### Показатели качества

#### Вводные показатели качества

1. Внутренняя инфраструктура медицинского учреждения должна быть организована таким образом, чтобы обеспечивать условия для защиты личного пространства, уважительного отношения к пациентам и соблюдения требований к конфиденциальности, включая предоставление занавесей, ширм, перегородок и достаточного числа кроватей\* (94,80).
2. В медицинском учреждении должны иметься в письменном виде современные протоколы по обеспечению уважения личного пространства и конфиденциальности всех аспектов медицинской помощи, которая оказывается женщинам и новорожденным\* (89,27).
3. В медицинском учреждении должны быть предусмотрены механизмы подотчетности для обеспечения правовой защиты в случае нарушения требований об уважении личного пространства, конфиденциальности или получении согласия (85,16).

#### Промежуточные/процессуальные показатели качества

1. Доля процедур в медицинском учреждении, проведение которых требует получения письменного согласия в виде записи в соответствующих документах, подтверждающих согласие женщины\* (86,90).
2. Доля женщин, которые подверглись осмотру или тем или иным процедурам в медицинском учреждении и подтвердили, что перед проведением такого осмотра или процедур сотрудники учреждения обратились к ним за разрешением (84,41).

#### Итоговые показатели качества

1. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые выразили удовлетворение уровнем уважения личного пространства, обеспеченным во время их пребывания в родильном отделении (85,63).
2. Доля женщин, которые подверглись осмотру или лечению в медицинском учреждении и выразили удовлетворение уровнем уважения личного пространства, обеспеченным во время осмотра и лечебных процедур (85,48).
3. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые выразили удовлетворение качеством медицинских услуг (81,90).

**Положение о гарантии качества 5.2. Ни одна женщина или новорожденный не могут быть подвергнуты ненадлежащему обращению, включая физическое, сексуальное или вербальное насилие, дискриминацию, небрежное отношение, задержание, вымогательство или отказ в оказании услуг.**

**Обоснование.** Всем женщинам должно быть присуще основное право человека на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья без какой-либо дискриминации или ненадлежащего обращения.

Поведение медицинских работников в отношении всех женщин должно отличаться добротой, состраданием, обходительностью, уважением, пониманием и честностью и предусматривать защиту их достоинства. Женщины должны иметь право подавать жалобы, не боясь негативных последствий, и их возможность обращаться за услугами медицинского учреждения и покидать его пределы не может быть ограничена.

### **Показатели качества**

#### **Вводные показатели качества**

- 1. В медицинском учреждении должна иметься в письменном виде современная политика абсолютной нетерпимости к дискриминации, не допускающая ненадлежащего обращения с женщинами и новорожденными\* (91,19).*
- 2. В медицинском учреждении должна быть предусмотрена система, в рамках которой матери маловесных и больных новорожденных могут находиться рядом со своими детьми и ухаживать за ними\* (89,59).*
- 3. Система оплаты услуг медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным, должна отличаться справедливостью, доступностью и наглядностью\* (89,07).*
- 4. В медицинском учреждении должны быть предусмотрены механизмы подотчетности для обеспечения правовой защиты в случае ненадлежащего обращения (88,50).*
- 5. В медицинском учреждении должны иметься в письменном виде современная программа и протоколы, отражающие права женщин и членов их семей на жалобы в связи с ненадлежащим качеством медицинской помощи, и доступный механизм (например, специальный ящик) для подачи таких жалоб (88,34).*
- 6. Медицинский персонал родильного отделения должен проходить обучение на рабочем месте в целях повышения осведомленности о важности соблюдения прав матерей и новорожденных, уважительного отношения к пациентам и механизмов подотчетности, и действовать в условиях супервизии. Для новых сотрудников проводится соответствующий инструктаж (87,36).*
- 7. В политике оплаты услуг медицинского учреждения должны быть предусмотрены положения, четко исключаящие возможность задержания женщины или ребенка в связи с неоплатой (86,00).*
- 8. В медицинском учреждении должен быть предусмотрен специальный ящик для жалоб, которым легко могут воспользоваться женщины и члены их семей. Этот ящик подлежит регулярному опорожнению в целях систематического рассмотрения жалоб (77,22).*

#### **Промежуточные/процессуальные показатели качества**

- 1. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые заявили о том, что они сами или их новорожденные дети подверглись физическому, вербальному или сексуальному насилию в период родовой деятельности, родоразрешения или после родов (86,68).*
- 2. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые были удовлетворены тем, как в этом учреждении учитывались их религиозные и культурные нужды (78,15).*

---

3. Доля женщин, которые обратились за услугами медицинского учреждения, но получили отказ в связи с их неспособностью оплатить эти услуги (76,97).

---

4. Доля жалоб по поводу неуважительного отношения и оскорбления достоинства женщин и членов их семей (74,37).

---

5. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые знали о наличии и местоположении ящика для жалоб (70,90).

---

#### **Итоговые показатели качества**

1. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые были удовлетворены качеством медицинских услуг (85,93).

---

2. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые подтвердили, что к ним относились с уважением и без ущерба для их человеческого достоинства (84,13).

---

3. Доля женщин в медицинском учреждении, которые подали жалобу, но это не повлекло за собой никаких изменений ситуации (72,82).

---

### **Положение о гарантии качества 5.3. У всех женщин есть возможность сделать осознанный выбор в отношении тех или иных услуг, и им четко разъясняются причины использования определенных мер и их последствий для здоровья.**

**Обоснование.** Чрезвычайно важно создавать такие условия, при которых женщины будут чувствовать, что принимают участие в определении хода лечения и оказываемой им медицинской помощи, и смогут делать осознанный выбор, который будет способствовать более тщательному соблюдению ими предписаний врачей и большей удовлетворенности результатами лечения.

Женщины должны быть проинформированы об их правах и возможных вариантах лечения, и любые вопросы с их стороны должны всячески поощряться. Необходимо поддерживать их стремление принимать решения, касающиеся любых аспектов лечения и оказываемой им медицинской помощи, уважать их личные ценности и убеждения и заблаговременно заручаться их согласием на проведение тех или иных процедур.

#### **Показатели качества**

##### **Вводные показатели качества**

1. В медицинском учреждении должна иметься в письменном виде современная политика, предписывающая заблаговременное получение осознанного согласия женщины на проведение осмотров и процедур\* (90,98).

---

2. В медицинском учреждении должна иметься стандартная форма для получения осознанного согласия, позволяющая медицинскому персоналу донести информацию до женщины в доступном для понимания виде в целях получения ее полностью осознанного согласия\* (90,39).

---

3. Медицинский персонал медицинского учреждения должен проходить обучение на рабочем месте в целях повышения осведомленности о процедурах получения осознанного согласия и праве женщин на выбор медицинской помощи при родах, и действовать в условиях супервизии. Для новых сотрудников проводится соответствующий инструктаж\* (87,51).

---

4. В медицинском учреждении должны быть предусмотрены прописанные механизмы подотчетности для обеспечения правовой защиты в случае, если женщинам отказывается в возможности сделать осознанный выбор (81,41).

---

### **Промежуточные/процессуальные показатели качества**

1. Доля процедур в медицинском учреждении, требующих получения письменного согласия в виде соответствующего документа, который служит подтверждением согласия и подписывается женщиной или членом ее семьи (84,32).
2. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые подтвердили, что были надлежащим образом проинформированы медицинским персоналом о решениях, которые принимаются в отношении оказываемой им медицинской помощи (80,82).
3. Доля женщин, которым была оказана помощь в медицинском учреждении и которые были осведомлены о том, что имеют право согласиться на лечение или отказаться от него (78,55).

### **Итоговые показатели качества**

1. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении путем кесарева сечения и которые были осведомлены о причинах проведения операции кесарева сечения (87,13).
2. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые выразили удовлетворение качеством медицинских услуг (82,74).
3. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые подтвердили, что им была предоставлена возможность участвовать в принятии решений, касавшихся их родовой деятельности, родоразрешения и послеродового ухода (75,86).

### **Справочная литература, использовавшаяся при разработке стандарта 5**

Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med* 2015;12:e1001847.

de Silva A. A framework for measuring responsiveness. Geneva: World Health Organization; 2000 (<http://www.who.int/responsiveness/papers/paper32.pdf?ua=1>).

Dwamena F1, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD003267.

International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization. Mother–baby friendly birthing facilities. *Int J Gynaecol Obstet* 2015;128:95–99.

Kongnyuy E, van den Broek N. Criteria for clinical audit of women friendly care and providers' perception in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008;8:28.

Lothian JA. Do not disturb: the importance of privacy in labor, *J Perinat Educ* 2004;13:4–6.

National Institute for Health and Care Excellence. Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services. London; 2012 (<http://www.nice.org.uk/guidance/cg138>).

Reader TW, Gillespie A. Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model. *BMC Health Serv Res* 2013;13:156.

Valentine NB, de Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJL, Evans DB. Health system responsiveness: concepts, domains and measurement. In: Murray CJL, Evans DB, editors, *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization; 2003.

Всемирная организация здравоохранения. Заявление ВОЗ: Предупреждение и устранение неуважительного и жестокого обращения с женщинами во время родов в медицинских учреждениях. Женева; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_rus.pdf)).

## Стандарт 6. Всем женщинам и членам их семей оказывается необходимая эмоциональная поддержка, учитывающая их потребности и направленная на расширение прав и возможностей женщин.

**Положение о гарантии качества 6.1. Всем женщинам предоставляется возможность пригласить того или иного сопровождающего по их выбору для присутствия во время родовой деятельности и родоразрешения.**

**Обоснование.** Сопровождающие при родах обеспечивают женщинам физическую, эмоциональную и духовную поддержку во время родовой деятельности и родоразрешения и тем самым способствуют улучшению состояния женщины и более благополучному исходу родов.

Женщинам разрешается и рекомендуется выбирать сопровождающее лицо, которое будет присутствовать во время родовой деятельности и родоразрешения. Это сопровождающее лицо получает инструкции по оказанию женщине поддержки во время родовой деятельности и родоразрешения, и как женщине, так и сопровождающему рекомендуется принимать активное участие в вопросах медицинской помощи, оказываемой женщине.

### Показатели качества

#### Вводные показатели качества

1. Помещения, предназначены для родовой деятельности и родоразрешения, должны быть организованы таким образом, чтобы обеспечить женщине и ее сопровождающему лицу личное пространство на физическом уровне в период родов\* (91,59).
2. В медицинском учреждении должны иметься в письменном виде современные протоколы, позволяющие разъяснить женщинам и членам их семей целесообразность приглашения как минимум одного сопровождающего лица по их выбору и в соответствии с их культурными предпочтениями для присутствия во время родов, родоразрешения и непосредственно в послеродовой период\* (91,25).
3. Медицинский персонал учреждения должен не реже чем раз в год получать инструктаж и проходить повышение квалификации на рабочем месте в целях повышения осведомленности об аргументах в пользу присутствия выбранного женщиной сопровождающего лица на родах и при родоразрешении и о положительном влиянии такого присутствия (84,63).
4. Для сопровождающих лиц должны быть предусмотрены координационные мероприятия и информация (в письменном виде или в форме иллюстраций) в целях их инструктирования относительно той роли, которую данное лицо играет при поддержке женщины во время родовой деятельности и родоразрешения (83,40).

#### Промежуточные/процессуальные показатели качества

1. Доля женщин, родовая деятельность и родоразрешение которых состоялись в медицинском учреждении в присутствии выбранного ими сопровождающего лица\* (91,76).
2. Доля всех сопровождающих лиц, которые были удовлетворены качеством инструктажа относительно их роли во время родовой деятельности и родоразрешения (75,19).

#### Итоговые показатели качества

1. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые выразили удовлетворение качеством медицинских услуг (84,84).

## **Положение о гарантии качества 6.2. Всем женщинам оказывается поддержка для придания им дополнительных сил во время родов.**

**Обоснование.** Каждой женщине должна оказываться эмоциональная поддержка в целях улучшения состояния ее душевного здоровья, формирования у нее положительного настроения и повышения общих показателей здоровья матери и ребенка.

Медицинская помощь в профильном учреждении направлена на оптимальное обеспечение биологических, психологических, социальных и культурных потребностей пациентов. Женщинам рекомендуется занимать наиболее удобную для них позу во время родов, свободно гулять по территории учреждения на первом этапе родовой деятельности и употреблять достаточный объем пищи и питья, чтобы обеспечивать необходимый уровень питания и гидратации организма. Необходимо выявлять женщин с особыми эмоциональными потребностями (например, при наличии опыта гибели новорожденного ребенка, гендерно обусловленного насилия, изнасилования или проблем психического здоровья) и оказывать им особую поддержку. В случае гибели матери и ребенка членам их семей должна оказываться моральная поддержка.

### **Показатели качества**

#### **Вводные показатели качества**

- 1. Медицинский персонал, присутствующий в предродовых палатах и родильных залах родильного отделения, должен не менее одного раза в предшествовавшие 12 месяцев проходить инструктаж по применению фармакологических и нефармакологических методов обезболивания и соответствующие обучение или подготовку на рабочем месте\* (87,07).*
- 2. В медицинском учреждении должны иметься в письменном виде современные протоколы, позволяющие разъяснить женщинам и членам их семей необходимость минимизации необоснованных вмешательств, поддержки нормальных родов и расширения возможностей женщины, чтобы она чувствовала, что контролирует происходящее во время родов (83,21).*
- 3. Медицинский персонал, присутствующий в предродовых палатах и родильных залах родильного отделения, должен не менее одного раза в предшествовавшие 12 месяцев проходить инструктаж, обучение и повышение квалификации на рабочем месте в целях наращивания навыков межличностной коммуникации и культурной компетенции в области оказания эмоциональной поддержки (82,34).*
- 4. В медицинском учреждении должен иметься механизм для перевода женщин с особыми эмоциональными потребностями и членов их семей в целях оказания им специализированной помощи (79,71).*

#### **Промежуточные/процессуальные показатели качества**

- 1. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые подтвердили, что смогли выбрать позицию для родов (82,02).*
- 2. Доля женщин, которые перенесли тяжелую потерю или столкнулись с негативным исходом беременности и которым была оказана дополнительная эмоциональная поддержка со стороны сотрудников медицинского учреждения (80,64).*
- 3. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые подтвердили, что во время родовой деятельности получали питание и питье в достаточном объеме (80,10).*
- 4. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые на первом этапе родов находились в амбулаторных условиях (77,30).*

### **Итоговые показатели качества**

1. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые выразили удовлетворение качеством медицинских услуг\* (84,69).
2. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые рекомендовали услуги родоразрешения в данном медицинском учреждении\* (84,46).
3. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые подтвердили, что роды стали для них положительным опытом (83,23).
4. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые подтвердили, что к их выбору и предпочтениям относились с должным уважением (82,36).

### **Справочная литература, использовавшаяся при разработке стандарта 6**

- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2013;7: CD003766.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization. Mother–baby friendly birthing facilities. Int J Gynaecol Obstet 2015;128:95–99.
- National Institute for Health Care Excellence. Using organisational change to enhance the experience of women giving birth by focusing on normalising births. London; 2013 (<https://www.nice.org.uk/sharedlearning/using-organisational-change-to-enhance-the-experience-of-women-giving-birth-by-focusing-on-normalising-births>).
- National Institute for Health Care Excellence. NICE guidelines on routine intrapartum care (CG 190). London; 2014 (<http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/guidance-intrapartum-care-care-of-healthy-women-and-their-babies-during-childbirth-pdf>).
- Renfrew MJ. Optimising the contribution of midwifery to preventing stillbirths and improving the overall quality of care: co-ordinated global action needed. Midwifery 2016;36:99–101.
- Royal College of Midwives. Maternal emotional wellbeing and infant development, a good practice guide for midwives, London; 2012 ([https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Emotional%20Wellbeing\\_Guide\\_WEB.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Emotional%20Wellbeing_Guide_WEB.pdf)).
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan, A, Devane, D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 2013;8: CD004667.
- World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva; 2013 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/)).
- World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva; 2014 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/augmentation-labour/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/augmentation-labour/en/)).

## **Стандарт 7. Всем женщинам и новорожденным на постоянной основе предоставляются услуги компетентных и заинтересованных специалистов, обеспечивающих медицинскую помощь и лечение осложнений.**

**Положение о гарантии качества 7.1. Все женщины и дети могут в любой момент получить помощь со стороны как минимум одного квалифицированного акушера и представителя вспомогательного персонала, которые обеспечивают как медицинскую помощь, так и лечение осложнений.**

**Обоснование.** Важным условием обеспечения оптимального стандартного ухода, оказания неотложной медицинской помощи пациентам и своевременного лечения осложнений является наличие медицинского персонала в круглосуточном режиме.

В медицинском учреждении должна действовать кадровая политика, подлежащая регулярному пересмотру и обновлению в случае необходимости и определяющая количество, категории и необходимый уровень квалификации персонала для обеспечения такого численного и профессионального кадрового состава, который позволит учреждению справляться с имеющейся нагрузкой в круглосуточном режиме и без выходных. Медицинский и немедицинский персонал должен получать инструктаж относительно своих функций и обязанностей в медицинском учреждении или подразделении, в которых они работают. В медицинском учреждении всегда должен иметься на виду актуальный график дежурств, содержащий имена дежурных сотрудников, время их работы и описание обязанностей. Помимо этого, в учреждении должны быть вывешены объявления о том, как связаться с различными службами учреждения, указатели пути к тем или иным ключевым службам (например, отделению неотложной помощи), и информация о том, что следует предпринимать в случае чрезвычайной ситуации. Распределение пациентов производится с учетом их состояния, и приоритетное внимание уделяется тем, чье состояние является критическим.

### **Показатели качества**

#### **Вводные показатели качества**

- 1. В медицинском учреждении всегда должно присутствовать достаточное число квалифицированных акушеров, способных справиться с предполагаемой рабочей нагрузкой\* (89,50).*
- 2. В медицинском учреждении должна иметься в письменном виде актуальная программа, содержащая данные о численности, категориях и компетенции сотрудников и подлежащая систематическому пересмотру в соответствии с имеющейся рабочей нагрузкой\* (89,05).*
- 3. В медицинском учреждении должен иметься график дежурств, содержащий имена дежурных сотрудников, время их смен и описание их функционала и обязанностей. Этот график должен быть вывешен на виду во всех помещениях медицинского учреждения (86,43).*
- 4. В медицинском учреждении должна иметься в письменном виде актуальная политика распределения пациентов и сроков ожидания для получения неотложных и плановых консультаций и лечения (86,32).*
- 5. В медицинском учреждении должны быть предусмотрены четкие каналы взаимодействия, позволяющие в любой момент связаться с дежурными сотрудниками (82,87).*

### **Промежуточные/процессуальные показатели качества**

1. Доля должностей в медицинском учреждении, замещаемых сотрудниками, обладающими, согласно должностной инструкции, необходимым уровнем квалификации для обеспечения круглосуточной работы учреждения (80,72).
2. Доля сотрудников, получивших инструктаж относительно их функционала, задач и обязанностей в медицинском учреждении или подразделении, в которых они работают (78,79).
3. Доля женщин, которые воспользовались услугами медицинского учреждения и подтвердили, что им было оказано необходимое внимание в должные сроки с учетом их состояния и согласно политике распределения пациентов и сроков, действующей в данном учреждении (73,08).

### **Итоговые показатели качества**

1. Доля женщин и новорожденных в медицинском учреждении, которые получали помощь квалифицированного акушера (согласно определению) как во время, так и после родоразрешения\* (90,11).
2. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые подтвердили, что их проинформировали об опасных симптомах, свидетельствующих об угрозе для матери и ребенка, и готовности к принятию экстренных мер (84,27).
3. Доля женщин, которые посетили медицинское учреждение и выразили удовлетворение качеством оказанных им медицинских услуг (80,87).

## **Положение о гарантии качества 7.2. Квалифицированные акушеры и вспомогательный персонал обладают достаточными знаниями и навыками для оказания помощи при родовой деятельности, родоразрешении и в ранний послеродовой период.**

**Обоснование.** Повышение квалификации, обучение и инструктаж способствуют повышению эффективности работы сотрудников и наилучшему выполнению ими своих обязанностей.

Для всех сотрудников учреждения должны быть предусмотрены должностные инструкции, содержащие информацию о необходимом уровне квалификации работника, его функциях и обязанностях, а также о желательных профессиональных навыках и иных требованиях. Медицинское учреждение обязано проверять и актуализировать данные об образовании, лицензиях, регистрации и иных документах, подтверждающих профессиональную квалификацию, в отношении всего медицинского персонала в соответствии с законодательством и регламентами. Необходимо предусмотреть программы привлечения, удержания и профессионального развития всех сотрудников и обеспечить им возможность постоянного повышения квалификации.

Всем сотрудникам должны обеспечиваться регулярный инструктаж по протоколам работы и их обязанностям, супервизия и возможности для профессионального развития; помимо этого, ежегодно должны проводиться оценка работы персонала и поощрение наиболее эффективных сотрудников. В медицинском учреждении должны действовать эффективные и рабочие системы ведения пациентов, благодаря которым последние получают надлежащие, своевременные и безопасные услуги медицинской помощи, а медицинские работники – возможность продемонстрировать свой уровень квалификации при оказании стандартной медицинской помощи и лечении осложнений у матерей и новорожденных.

## **Показатели качества**

### **Вводные показатели качества**

1. В медицинском учреждении должны быть предусмотрены программа постоянного повышения квалификации и профессиональных навыков, предназначенная для всех квалифицированных акушеров и другого вспомогательного персонала, и регулярные учебные мероприятия\* (86,62).
2. В медицинском учреждении должны иметься стандартные процедуры и планы по привлечению, расстановке, мотивированию (программы признания заслуг и поощрения) и удержанию кадров\* (84,21).
3. Медицинское учреждение должно проводить регулярную аттестацию всех сотрудников и располагать механизмами для поощрения эффективной работы (82,76).
4. В медицинском учреждении должно иметься достаточное число образованных, компетентных, лицензированных, мотивированных и организованных квалифицированных акушеров, обладающих надлежащим набором профессиональных навыков и действующих в рамках многопрофильных бригад (81,83).
5. Медицинское учреждение должно обеспечивать благоприятные условия для профессионального развития персонала, а также регулярное наблюдение и кураторство (79,24).
6. Медицинское учреждение должно поощрять профессиональное сотрудничество и четко распределять функции и обязанности сотрудников с учетом их профессиональных компетенций и потребностей пациентов во время родовой деятельности, родоразрешения и в ранний послеродовой период (75,82).

### **Промежуточные/процессуальные показатели качества**

1. Доля квалифицированных акушеров в медицинском учреждении, которые получили письменную должностную инструкцию при поступлении на работу в учреждение\* (85,81).
2. Доля квалифицированных акушеров в медицинском учреждении, которые в последние 12 месяцев прошли обучение или повышение квалификации на рабочем месте и работали под надзором куратора (81,80).
3. Число посещений наблюдателей в целях повышения клинических навыков и улучшения эффективности работы (за последние три месяца) (80,85).
4. Доля сотрудников медицинского учреждения, которые прошли не менее одной аттестации в течение предыдущих 12 месяцев (77,54).
5. Число ежемесячных групповых совещаний, проводившихся в целях оценки уровня компетенции и мероприятий по повышению качества (76,33).
6. Ежемесячное число случаев взаимодействия с профессиональными кураторами в целях обеспечения надлежащего уровня клинической компетенции и повышения качества работы (75,17).
7. Доля всех сотрудников медицинского учреждения, которые принимали участие как минимум в двух практических совещаниях группы по повышению качества и в мероприятиях по повышению качества в предыдущие шесть месяцев (74,70).

### **Итоговые показатели качества**

1. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые были удовлетворены качеством медицинской помощи и поддержки, оказанных сотрудниками учреждения (82,51).
2. Доля квалифицированных акушеров и вспомогательного персонала в медицинском учреждении, результаты работы которых по итогам предыдущих аттестации были признаны удовлетворяющими требованиям (83,61).

---

3. Доля сотрудников медицинского учреждения, которые подтвердили, что «полностью удовлетворены» местом своей работы (76,35).

---

4. Доля сотрудников медицинского учреждения, способных назвать и описать как минимум одно мероприятие по повышению качества клинической работы, в котором они лично принимали участие в прошлые шесть месяцев (75,97).

---

5. Доля сотрудников медицинского учреждения, которые всерьез рассматривали перспективы поиска новой работы (64,26).

---

**Положение о гарантии качества 7.3. Во всех медицинских учреждениях имеются руководители административного и врачебного звена, которые несут коллективную ответственность за составление и внедрение соответствующих программ и способствуют формированию благоприятных условий для постоянного повышения качества работы сотрудников учреждения.**

**Обоснование.** Надлежащее административное и клиническое руководство способствует повышению эффективности работы учреждения за счет инструктирования и мотивации сотрудников и формирует благоприятные условия для постоянного повышения качества работы сотрудников учреждения.

В медицинском учреждении должны быть предусмотрены административное и клиническое руководство, коллективная ответственность, надлежащие государственные программы и регламенты и условия, побуждающие сотрудников постоянно повышать качество своей работы. Должны быть четко определены структура руководства и полномочий, порядок подотчетности и состав группы, ответственной за повышение качества. Сотрудники совместными усилиями разрабатывают и внедряют программы по повышению качества и обеспечению безопасности пациентов и получают поддержку, надзор и помощь в виде кураторства.

В медицинском учреждении должны иметься программы и планы по управлению финансовыми рисками, и оно должно регулярно проводить ревизии (в целях проверки случаев гибели матерей и перинатальной гибели новорожденных и случаев чрезвычайно тяжелых осложнений), по итогам которых составляются рекомендации по повышению качества работы. Необходимо также предусмотреть систему для регулярного анализа данных, отчетности и сообщений, касающихся вопросов повышения качества, в целях более эффективного принятия решений и контроля качества работы. Помимо этого, следует также регулярно проводить проверки качества ухода за пациентами и уровня удовлетворенности услугами учреждения и отражать результаты усилий по повышению качества работы в документальном виде.

**Показатели качества**

**Вводные показатели качества**

---

1. В медицинском учреждении должны иметься в письменном виде актуальный план по повышению качества медицинской помощи и программа обеспечения безопасности пациентов\* (88,08).

---

2. В медицинском учреждении должна иметься в письменном виде актуальная структура руководства с четким распределением функций, обязанностей и порядка подотчетности при представлении отчетов\* (87,19).

---

3. В медицинском учреждении должна иметься специальная группа по повышению качества и ответственные кадры\* (85,38).

---

- 
4. В медицинском учреждении должен иметься механизм для регулярного сбора информации об уровне удовлетворенности пациентов и поставщиков услуг (84,98).

---

  5. Медицинское учреждение должно не реже чем раз в месяц проводить анализ данных, контролировать эффективность усилий по повышению качества, представлять рекомендации по урегулированию выявленных проблем, отмечать тех, кто добился высоких результатов, и поощрять сотрудников, у которых возникают трудности, повышать эффективность своей работы (83,19).

---

  6. В медицинском учреждении действуют все стандартные процедуры управления (политика и протоколы), к которым имеется доступ у всех профильных сотрудников (82,61).

---

  7. Доля всех руководителей медицинского учреждения, которые прошли подготовку в области повышения качества и организации реформ (использование информации, поощряющие действия, непрерывное обучение) (81,07).

---

  8. В медицинском учреждении ежегодно проводится не менее двух заседаний с участием заинтересованных лиц (например, представителей местных сообществ, потребителей услуг, партнеров) в целях оценки эффективности работы учреждения, выявления проблем и подготовки рекомендаций по проведению совместных мероприятий, направленных на повышение качества (80,89).

---

  9. Доля всех руководителей медицинского учреждения, которые прошли обучение навыкам управления и руководства (80,89).

---

  10. В медицинском учреждении должна действовать политика, в соответствии с которой сотрудники должны представлять руководству учреждения свои замечания и комментарии по поводу улучшения качества и эффективности их работы (80,82).

#### **Промежуточные/процессуальные показатели качества**

1. Руководители медицинского учреждения информируют всех профильных сотрудников о результатах работы учреждения при помощи утвержденных механизмов контроля (например, информационной панели, содержащей основные показатели) (79,75).

---

2. Доля ежемесячных совещаний, посвященных качеству медицинской помощи и фактически состоявшихся в предыдущие 12 месяцев (78,69).

#### **Итоговые показатели качества**

1. Доля женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые были удовлетворены качеством медицинской помощи и поддержки, оказанных сотрудниками учреждения (83,95).

---

2. Подтверждение улучшения качества работы системы (согласно информационной панели учреждения) (82,50).

### **Справочная литература, использовавшаяся при разработке стандарта 7**

- Gülmezoglu MA, Lawrie TA. Impact of training on emergency resuscitation skills: impact on Millennium Development Goals (MDGs) 4 and 5. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015; doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.03.018.
- ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet* 2014;384:1226–1235.
- International Confederation of Midwives. Essential competencies for basic midwifery practice. The Hague; 2011 (<http://www.internationalmidwives.org>).
- Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 2014; 384:1129–1145.

- The Lancet. Midwifery. An executive summary for The Lancet's series. London; 2014 ([http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/midwifery/midwifery\\_exec\\_summ.pdf](http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/midwifery/midwifery_exec_summ.pdf)).
- United Nations Population Fund. The state of the world's midwifery: delivering health, saving lives. New York; 2011.
- Whittaker S, Shaw C, Spieker N, Linegar A. Quality standards for healthcare establishments in South Africa. In: Padarath A, English R, editors. South African Health Review. Pretoria: National Department of Health; 2011:59–68 ([http://www.cohsasa.co.za/sites/cohsasa.co.za/files/publication\\_pdfs/chap\\_5\\_quality\\_standards\\_pgs\\_59-\\_68\\_0.pdf](http://www.cohsasa.co.za/sites/cohsasa.co.za/files/publication_pdfs/chap_5_quality_standards_pgs_59-_68_0.pdf)).
- World Health Organization. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant – a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva; 2004 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9241591692/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591692/en/)).
- World Health Organization. World health report 2005. Make every mother and child count. Geneva; 2005 ([http://www.who.int/whr/2005/whr2005\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf)).
- World Health Organization. World health report 2006. Working together for health. Geneva; 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>).
- World Health Organization. District planning tool for maternal and newborn health strategy implementation: a practical tool for strengthening health management system. Geneva; 2011.
- World Health Organization. Guidelines on maternal, newborn, child and adolescent health, approved by the WHO Guidelines Review Committee. Recommendations on newborn health. Geneva; 2013 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/guidelines-recommendations-newborn-health.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines-recommendations-newborn-health.pdf)).
- World Health Organization Regional Office for Europe. Hospital care for mothers and newborn babies: quality assessment and improvement tool. Copenhagen; 2014 (<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-andimprovement-tool.pdf?ua=1>).

## **Стандарт 8. В медицинском учреждении имеется надлежащая физическая инфраструктура, в том числе полноценные системы водо-, энергоснабжения и санитарии, а также лекарственные средства, расходные материалы и оборудование, необходимые для проведения стандартных процедур медицинской помощи для матерей и новорожденных и лечения осложнений.**

**Положение о гарантии качества 8.1. Системы водо- и энергоснабжения, санитарии, обеспечения гигиены рук и утилизации отходов функционируют, отличаются надежностью и безопасностью и являются достаточными для удовлетворения всех потребностей персонала, женщин и их семей.**

**Обоснование.** Наличие безопасной, чистой и отвечающей всем требованиям гигиены среды, в которой непрерывно функционируют системы водо- и энергоснабжения, санитарии и безопасной утилизации отходов, является основным условием оказания надлежащей медицинской помощи пациентам, осуществления всех процедур и вмешательств и борьбы с инфекциями.

Во всех клинических зонах медицинского учреждения, включая помещения, предназначенные для родовой деятельности и родоразрешения, отделения для новорожденных и операционные, должны иметься постоянные источники чистой воды, пригодной для питья, уборки и мытья рук. В медицинском учреждении должны присутствовать санитарно-бытовые помещения, отличающиеся четким разделением

по половому признаку и доступные для всех женщин, членов их семей и сотрудников. В медицинском учреждении, включая подсобные помещения (например, помещения, предназначенные для сотрудников), всегда должны быть предусмотрены стабильные источники электроснабжения (солнечные энергосистемы, генераторы или энергосети). Помимо этого, должен иметься механизм для разделения, сбора, транспортировки, обработки и безопасной утилизации отходов. У медицинского учреждения должны иметься бюджет и протоколы для обеспечения эксплуатации и материально-технического обслуживания систем энерго- и водоснабжения и санитарных служб.

## **Показатели качества**

### **Вводные показатели качества**

- 1. В медицинском учреждении должен иметься функционирующий источник безопасной воды, расположенный на территории учреждения и способный удовлетворить все потребности в питье, обеспечении личной гигиены, проведении медицинских вмешательств, уборке, стирке и приготовлении пищи для нужд сотрудников, женщин, членов их семей и новорожденных\* (90,90).*
- 2. Во всех лечебных зонах медицинского учреждения должны иметься герметичные, закрывающиеся и маркированные мусоросборники и непрокальваемые контейнеры для колюще-режущих инструментов в целях разделения отходов на четыре типа: колюще-режущие инструменты; инфекционные отходы, не относящиеся к колюще-режущим инструментам; общие отходы неинфекционного характера (например, продукты питания, упаковка) и анатомические отходы (например, плацента)\* (90,88).*
- 3. Во всех палатах медицинского учреждения должна иметься как минимум одна рабочая система для обеспечения гигиены рук (в ней должны быть мыло и вода или спиртовые салфетки для рук) на каждые десять коек\* (89,53).*
- 4. В медицинском учреждении постоянно должны функционировать системы энергообеспечения (например, солнечные установки, генераторы, электросети), способные удовлетворить все потребности учреждения в электроэнергии, а также сопутствующая инфраструктура, включая резервные источники питания (89,41).*
- 5. В медицинском учреждении должны иметься в письменном виде современные протоколы и информационные материалы (плакаты) по таким вопросам, как уборка и дезинфекция, гигиена рук, эксплуатация и техническое обслуживание систем водоснабжения и санитарно-гигиенических систем и безопасная утилизация отходов; эти протоколы и материалы должны быть на виду в помещениях, где проводятся указанные работы (88,05).*
- 6. В помещениях медицинского учреждения должны иметься пригодные для использования пациентами и сотрудниками и надлежащим образом освещенные в ночное время суток средства санитарии, доступные для людей с ограниченной мобильностью и разделенные по половому признаку; они должны включать себя как минимум одну туалетную комнату, оборудование которой позволяет женщинам удовлетворять все свои гигиенические потребности во время менструации и в которой имеются раковины для мытья рук с мылом и водой (по одному туалету на 20 пользователей в стационаре) (87,46).*
- 7. В медицинском учреждении при необходимости на местах должно присутствовать достаточное количество обученных и квалифицированных сотрудников, за которыми закреплены четкие обязанности по уборке, эксплуатации и техническому обслуживанию систем водоснабжения, санитарно-гигиенических систем и средств утилизации отходов медицинского учреждения (86,44).*
- 8. Медицинское учреждение должно располагать достаточным объемом средств для обеспечения ремонта, модернизации и непрерывной эксплуатации и материально-технического обслуживания систем водоснабжения, санитарно-гигиенических систем и служб утилизации отходов медицинского учреждения (83,13).*

---

9. У медицинского учреждения должны иметься план по экономии топлива и местные топливные резервы, а также достаточный бюджет для постоянного удовлетворения всех потребностей в топливе, связанных с обеспечением работы транспортного парка, приготовлением пищи и отоплением (по мере необходимости) (83,02).

---

10. Медицинское учреждение должно располагать планом по предотвращению рисков, связанных с эксплуатацией и совершенствованием систем водоснабжения, санитарии и гигиены, включая меры по предупреждению инфекций и борьбе с ними (81,34).

---

11. У медицинского учреждения должен иметься план экономии электроэнергии, выполнение которого обеспечивается за счет достаточных средств бюджета и силами надлежащим образом подготовленного персонала и регламентируется компетентными органами (77,26).

---

#### **Итоговые показатели качества**

1. Доля женщин и членов их семей, которые воспользовались услугами медицинского учреждения и остались удовлетворены качеством водо- и энергоснабжения и санитарии и готовы рекомендовать данное медицинское учреждение своим друзьям и близким (76,75).

---

2. Доля сотрудников медицинского учреждения, которые были удовлетворены качеством водо- и энергоснабжения и санитарии и полагают, что эти услуги должным образом способствуют оказанию качественной медицинской помощи (76,23).

---

3. Доля женщин и членов их семей, которые воспользовались услугами медицинского учреждения и остались удовлетворены качеством энергоснабжения и освещения и готовы рекомендовать данное медицинское учреждение своим друзьям и близким (74,20).

---

**Положение о гарантии качества 8.2. Помещения, предназначенные для родовой деятельности, родоразрешения и послеродовой медицинской помощи, спроектированы, организованы и обслуживаются таким образом, чтобы все женщины и новорожденные могли получить необходимую медицинскую помощь.**

**Обоснование.** Инфраструктура медицинского учреждения должна включать в себя надлежащие базовые службы, эффективные системы вентиляции, источник энергоснабжения и санитарно-гигиенические службы и содержаться в хорошем состоянии.

Общая инфраструктура разбита на специализированные рабочие зоны, расположенные в непосредственной близости от предродовых палат и родильных залов или других помещений (приемно-пропускные блоки, палаты для ухода за пациентками в период непосредственно после родов, палаты или боксы совместного пребывания матери и ребенка в послеродовой период, неонатологические отделения, отделения патологии новорожденных, палаты для организации материнского ухода по методу кенгуру, отделения интенсивной терапии новорожденных и операционные залы для родоразрешения путем кесарева сечения) и надлежащим образом оборудованные для эффективного и последовательного оказания оптимальной медицинской помощи. Рабочие зоны должны отличаться чистотой, иметь хорошие системы вентиляции и освещения (особенно ночью) и обеспечивать соблюдение частного пространства пациентов (например, занавеси, стены); должны быть предусмотрены все надлежащие базовые удобства, отвечающие требованиям чистоты и безопасности и содержащиеся в хорошем состоянии (кровати, матрасы, постельное белье, душевые и туалетные комнаты).

## Показатели качества

### Вводные показатели качества

1. В предродовых палатах и родильных залах медицинского учреждения должна быть предусмотрена специальная зона для реанимации новорожденных, в которой имеются реанимационный столик или открытое реанимационное место, источник лучистого тепла, освещение, а также необходимое реанимационное оборудование и материалы\* (94,67).
2. В медицинском учреждении должны иметься родовой блок и достаточное число родильных залов или иных помещений, предназначенных для обеспечения предполагаемого числа родов в рабочей зоне\* (90,12).
3. В медицинском учреждении должны иметься чистые, хорошо освещенные и хорошо проветриваемые предродовые и родильные палаты, отделения для новорожденных и прилегающие помещения, в которых обеспечиваются условия для уважения личного пространства пациентов, присутствует необходимое оборудование и проводятся регулярная уборка и техническое обслуживание\* (89,52).
4. В медицинском учреждении действует политика совместного пребывания матери и ребенка и создаются условия для того, чтобы все матери и дети могли оставаться вместе круглосуточно (86,57).
5. В предродовых и родильных палатах или залах медицинского учреждения должны иметься функционирующие, чистые и доступные ванны или душевые и туалетные комнаты, предназначенные исключительно для женщин, у которых начались роды (88,94).
6. В медицинском учреждении, занимающемся оказанием хирургической помощи, должны иметься надлежащим образом оборудованные операционные, расположенные рядом с предродовыми палатами и родильными залами и находящиеся в непосредственном доступе к ним (88,84).
7. В медицинском учреждении должна иметься специальная палата или зал послеоперационного наблюдения для оказания медицинской помощи женщинам, у которых возникли осложнения (86,54).
8. В медицинском учреждении должна иметься специальная палата для оказания медицинской помощи больным или нестабильным детям с малым весом (86,37).

### Промежуточные/процессуальные показатели качества

1. Доля всех беременных женщин, воспользовавшихся услугами медицинского учреждения и подтвердивших, что помещения медицинского учреждения отличались чистотой, и в них были созданы благоприятные условия для родоразрешения (82,65).

### Итоговые показатели качества

1. Доля всех женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которые были удовлетворены условиями, обеспеченными в предродовых палатах и родильных залах, включая такие параметры, как чистота, близость туалета, общее освещение, уровень заполнения палат и соблюдения личного пространства (81,81).

**Положение о гарантии качества 8.3. Имеется достаточный запас лекарственных средств, расходных материалов и оборудования, необходимых для проведения стандартных процедур медицинской помощи и лечения осложнений.**

**Обоснование.** Ключевым условием оказания качественной медицинской помощи является наличие достаточного запаса основных лекарственных средств, оборудования и расходных материалов.

В медицинском учреждении должны иметься перечень основных лекарственных средств и расходных материалов (например, реактивов для лабораторий), правила их

использования и помещения для их хранения, отвечающие всем требованиям чистоты, порядка и безопасности, а также эффективная система для предотвращения полного израсходования запасов. В клинических зонах должны иметься все необходимые лекарственные средства (например, сульфат магния в предродовых палатах и родильных залах). Основное оборудование всегда должно присутствовать там, где оно требуется, и в медицинском учреждении должны быть предусмотрены система регулярного технического обслуживания оборудования и руководства по его эксплуатации. Лабораторные анализы (например, для определения уровня гемоглобина, группы крови, наличия белка в моче) должны проводиться как в рамках стандартных процедур, так и в ходе лечения осложнений. В медицинском учреждении должна иметься кровь для переливания, а родильные и неонатологические отделения должны безотказно снабжаться кислородом.

## **Показатели качества**

### **Вводные показатели качества**

- 1. В помещениях медицинского учреждения, предназначенных для дородового ухода, родовой деятельности, родоразрешения и послеродового ухода, должен постоянно иметься достаточный запас антигипертензивных средств и сульфата магния для оказания медицинской помощи женщинам с преэклампсией\* (92,81).*
- 2. В помещениях медицинского учреждения, предназначенных для родоразрешения и послеродового ухода, всегда должен иметься достаточный запас утеротонических препаратов и материалов для внутривенной инфузии (шприцы, иглы, инфузионные системы, растворы для внутривенного введения и кровь) для оказания медицинской помощи женщинам с послеродовым кровотечением\* (92,31).*
- 3. В медицинском учреждении всегда должен иметься достаточный запас кортикостероидов для антенатального применения (дексаметазон или бетаметазон), антибиотиков и сульфата магния, для оказания медицинской помощи при преждевременных родах\* (92,15).*
- 4. В помещениях медицинского учреждения, предназначенных для родовой деятельности и родоразрешения, всегда должны иметься достаточное количество единиц основного оборудования в рабочем состоянии и запас материалов для диагностики осложнений (например, термометров, сфигмоманометров, фетальных стетоскопов, тест-полосок для мочи, пульсоксиметров) (91,63).*
- 5. В медицинском учреждении всегда должен иметься достаточный запас инъекционных антибиотиков первой и второй линии и других основных лекарственных средств для оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным, имеющим инфекции или подвергающимся риску инфицирования во время родовой деятельности, родоразрешения и раннего послеродового периода (91,48).*
- 6. В медицинском учреждении всегда должен иметься достаточный запас основных лабораторных материалов и проб (для определения уровня глюкозы в крови, уровня гемоглобина и гематокрита, группы крови и перекрестных проб на совместимость крови, уровня билирубина, наличия белка в моче, общеклинического анализа крови, анализа крови на посев, уровня электролитов, функциональных почечных и печеночных проб и экспресс-анализов на сифилис, ВИЧ и малярию) для оказания оптимальной медицинской помощи женщинам и новорожденным (91,12).*
- 7. В помещениях медицинского учреждения, предназначенных для родовой деятельности и родоразрешения, всегда должно иметься достаточное количество единиц основного оборудования в рабочем состоянии и предметов первой необходимости (включая родовые кровати, аппараты для вакуум-экстракции плода, щипцы, кувезы для новорожденных, взвешивающее устройство, стерильные перчатки) (90,88).*

---

8. В помещениях медицинского учреждения, предназначенных для родовой деятельности, родоразрешения и послеродового ухода, всегда должно иметься достаточное количество единиц основного оборудования в рабочем состоянии и материалов для оказания неотложной медицинской помощи и реанимации женщин (полностью оборудованная реанимационная тележка, аспиратор, пульсоксиметр, воздуховоды, ларингоскоп, эндотрахеальные трубки, мешки Амбу для взрослых, инфузионные системы, растворы для внутривенного введения) (89,70).

---

9. В помещениях медицинского учреждения, предназначенных для родовой деятельности и родоразрешения и для ухода за новорожденными, а также в операционной (при ее наличии) всегда должны иметься безопасный и бесперебойный источник кислорода и инструменты для родовспоможения (назальные канюли, катетеры и маски), включая аппарат для назальной вентиляции с постоянным положительным давлением в дыхательных путях (89,37).

---

10. В помещениях медицинского учреждения, предназначенных для родовой деятельности и родоразрешения и для ухода за новорожденными, всегда должно иметься достаточное количество единиц основного оборудования в рабочем состоянии и материалов для оказания неотложной медицинской помощи и реанимации новорожденных (реанимационный стол, полностью оборудованная реанимационная тележка для оказания помощи новорожденным, источник лучистого тепла, аспиратор, пульсоксиметр, ларингоскоп) (89,02).

---

11. В медицинском учреждении должны иметься собственная аптека и система управления запасами лекарственных средств и материалов, за ведение которой отвечает профессиональный фармацевт или аптекарь (88,44).

---

12. Медицинское учреждение должно располагать специальным бюджетом для закупки основных лекарственных средств, оборудования (и его материально-технического обслуживания) и медицинских принадлежностей для оказания медицинской помощи матерям и новорожденным (84,94).

---

13. В медицинском учреждении должны иметься рабочий аппарат для ультразвуковой диагностики и квалифицированные специалисты, способные провести базовое акушерское ультразвуковое исследование для определения количества плодов в матке, срока гестации, проведения пренатальной диагностики аномалий у плода или ранней диагностики фетоплацентарной недостаточности (84,83).

---

#### **Промежуточные/процессуальные показатели качества**

1. Запас основных жизненно важных лекарственных средств (окситоцин, сульфат магния, дексаметазон, витамин К, амоксициллин в инъекционной форме и для перорального приема, бензилпенициллин, гентамицин, цефтриаксон, метронидазол, противомаларийные лекарственные средства, антиретровирусные препараты и вакцины против туберкулеза, гепатита В и полиомиелита) за последние три месяца (88,84).

---

2. Доля всех женщин в медицинском учреждении, у которых была диагностирована тяжелая преэклампсия или эклампсия и которые не получили полную дозу сульфата магния вследствие израсходования запасов (79,38).

---

3. Доля всех женщин, роды которых состоялись в медицинском учреждении и которым пришлось самостоятельно покупать перчатки и другие необходимые материалы (70,62).

---

#### **Итоговые показатели качества**

1. Доля первородящих женщин в медицинском учреждении с гестационным сроком  $\geq 37$  недель (одноплодная беременность, головное предлежание), родоразрешение которых было осуществлено путем кесарева сечения в ходе спонтанных родов (первая группа по классификации Робсона) (82,54).

---

2. Доля случаев, когда кесарево сечение не было проведено, несмотря на наличие медицинских показаний, по причине отсутствия необходимых материалов или специалистов, обладающих квалификацией для проведения кесарева сечения (74,81).

---

## **Справочная литература, использовавшаяся при разработке стандарта 8**

- Chartier Y, Emmanuel J, Pieper U, Prüss A, Rushbrook P, Stringer R, et al. Safe management of wastes from health-care activities. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/wastemanag/en/](http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wastemanag/en/)).
- Water Supply and Sanitation Collaborative Council. WASH targets and indicators post-2015: recommendations from international consultations. Geneva; 2014 ([http://www.wssinfo.org/fileadmin/user\\_upload/resources/post-2015-WASH-targets-factsheet-12pp.pdf](http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/post-2015-WASH-targets-factsheet-12pp.pdf)).
- World Health Organization. Essential elements of obstetric care at first referral level. Geneva; 1991 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41740/1/9241544244.pdf>).
- World Health Organization. Essential environmental health standards in health care. Geneva; 2008 ([http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/hygiene/settings/ehs\\_health\\_care.pdf.pdf](http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/settings/ehs_health_care.pdf.pdf)).
- World Health Organization. Systems thinking for health systems strengthening. Geneva; 2009 (<http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/9789241563895/en/>).
- World Health Organization. Evaluating household water treatment options: health based targets and microbiological performance specifications. Geneva; 2011 ([http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/household\\_water/en/](http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/household_water/en/)).
- World Health Organization. Service availability and readiness assessment. Geneva; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149025/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_2014.5\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149025/1/WHO_HIS_HSI_2014.5_eng.pdf)).
- World Health Organization, UNICEF. Progress on drinking-water and sanitation: Joint Monitoring Programme update 2014. Geneva; 2014 ([http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/jmp-report-2014/en/](http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/jmp-report-2014/en/)).
- World Health Organization, UNICEF. Water, sanitation and hygiene in health care facilities. Status in low- and middle-income countries and way forward. Geneva; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154588/1/9789241508476\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154588/1/9789241508476_eng.pdf)).

## 6. Практическое применение

Использование стандартов медицинской помощи и положений о гарантии качества позволит реализовать на практике принципы оказания научно обоснованной, эффективной, уважительной и качественной медицинской помощи и внедрить те элементы систем здравоохранения, которые направлены на обеспечение оптимальной медицинской помощи женщинам и новорожденным, в соответствии с описанием, которое содержится в рамочной программе ВОЗ по повышению качества медицинской помощи. Эти стандарты должны быть адаптированы с учетом особенностей каждой из стран в целях обеспечения всесторонней и научно обоснованной медицинской помощи (стандарт 1), использования систем информации (стандарт 2) и систем перевода пациентов в профильные медицинские учреждения (стандарт 3), улучшения опыта получения медицинской помощи (стандарты 4–6), привлечения компетентных и заинтересованных специалистов (7) и обеспечения достаточных ресурсов (8). Эти стандарты дополняются научно обоснованными положениями о гарантии качества, включающими в себя вводные, промежуточные и итоговые показатели качества. Их использование позволяет повысить качество работы и обеспечить оказание высококачественной медицинской помощи матерям и новорожденным. При внедрении стандартов необходимо учитывать опыт конкретной страны и руководствоваться принципами адаптивного обучения внутри страны и между странами.

### 6.1 Распространение

Рамочная программа, стандарты медицинской помощи и показатели качества опубликованы в техническом справочном документе, который может быть интегрирован в стратегические документы на страновом уровне. Они являются частью пакета нормативных инструментов, направленных на поддержку работы по улучшению качества медицинской помощи для матерей и новорожденных. Они будут переведены на арабский, французский, русский и испанский языки при содействии региональных бюро ВОЗ для последующего более широкого распространения. Опубликованные материалы будут доступны для скачивания на сайтах штаб-квартиры ВОЗ, региональных бюро и страновых офисов, сотрудничающих центров ВОЗ и партнерских учреждений, принимающих участие в обеспечении качественной медицинской помощи для матерей и новорожденных. Печатные издания будут направлены во все страновые офисы, а все медицинские библиотеки и частные лица могут приобрести их в книжном магазине ВОЗ или у представителей дистрибьюторской сети ВОЗ.

### 6.2 Подход к внедрению

В целях расширения доступа и практического применения стандартов медицинской помощи и показателей качества во всех регионах ВОЗ в сотрудничестве с региональными бюро будут проводиться семинары по повышению осведомленности и наращиванию потенциала.

Странам будет оказана адресная поддержка, а для обмена передовым опытом внутри стран и между ними будет создана учебная платформа, действующая в рамках инновационного подхода (рис. 3), который представляет собой адаптацию модели «Планирование–действие–изучение–корректировка» (22), в основе которой лежит синтез научных данных, передовой практики и наработанного опыта. С помощью этой модели можно разработать план постоянного повышения качества за счет постановки целей и формирования групп исполнителей для получения желаемых итоговых результатов. Этих результатов можно добиться путем проведения пакетных реформ (отдельные, многосторонние или комплексные меры, в зависимости от контекста и потребностей), наращивания потенциала и использования других стратегий, повышающих шансы на устойчивое внедрение.

**Рис. 3. Подход к внедрению**



Кроме того, будут предусмотрены пошаговые рекомендации относительно создания системы по повышению качества медицинской помощи для матерей и новорожденных в рамках национальной стратегии повышения качества медицинской помощи и оперативного плана. Рекомендации будут дополнены необходимым инструментарием и адресными мерами по наращиванию потенциала в целях обеспечения устойчивых лидерских позиций страны.

---

## 7. Мониторинг и оценка

При внедрении этих стандартов будет использоваться план внутренних и внешних мониторинга и оценки. Внутренний мониторинг и оценка будут отражены в руководстве и сопряжены с итоговыми показателями учебной платформы. Внешний мониторинг и оценка будут проводиться в целях тщательного анализа процесса внедрения на основании различных методов, ресурсов и планов исследования, с тем чтобы обеспечить эффективность (практические и полуэкспериментальные схемы), процесс (количественные и качественные схемы) и экономическую эффективность. Результаты как внутреннего, так и внешнего мониторинга и оценки будут использоваться для оптимизации руководства по внедрению и учебной платформы.

---

## 8. Актуализация стандартов

Примеры передовой практики, полученные по итогам работы учебной платформы и оценки внедрения, будут объединены и использованы для анализа и актуализации стандартов медицинской помощи и показателей качества при необходимости.

# Библиография

1. Raven JH, Tolhurst RJ, Tang S, van den Broek N. What is quality in maternal and neonatal health care? *Midwifery* 2012;28:e676–e683.
2. Tuncalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gulmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. *Br J Obstet Gynaecol* 2015;122:1045–1049.
3. World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality. Geneva; 2015 ([http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/epmm/en/](http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/), accessed 22 March 2015).
4. World Health Organization. Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva; 2014 ([www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/enap\\_consultation/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/en/), accessed 19 January 2015).
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tuncalp O, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health* 2014;2: e323–e333.
6. WHO Global Health Observatory. 2014 (<http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>, accessed 12 January 2015).
7. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* 2014; 384:347–370.
8. Организация Объединенных Наций. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей. Нью-Йорк; 2010.
9. Campbell OM, Graham WJ. Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006;368:1284–1299.
10. Global Health Group. Where women go to deliver: overview of the project and review of preliminary findings. San Francisco, California: University of California at San Francisco, Global Health Sciences; 2014.
11. World Health Organization. WHO multicountry survey on maternal and newborn health 2010–2012. Geneva; 2011 ([http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/nearmiss/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/nearmiss/en/)).
12. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health* 2014;11:71.
13. Всемирная организация здравоохранения. Второй доклад Группы независимых экспертов (iERG) по оценке информации и подотчетности в отношении здоровья женщин и детей. Женева; 2013.
14. Wilson L, Goldsmith P. Quality and its measurements. In: Wilson L, Goldsmith P, Editors. *Quality management in health care*. Sydney: McGraw-Hill; 1995;229–258.

15. Roemer MI, Montoya-Aguilar C. Quality assessment and assurance in primary health-care. Geneva: World Health Organization; 1988.
16. Institute of Medicine. A strategy for quality assurance. Washington DC: National Academy Press; 1990.
17. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva; 2006.
18. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260:1743–1748.
19. Maxwell RJ. Dimensions of quality revisited: from thought to action. Qual Health Care 1992; 1:171–177.
20. Ovretveit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes K, et al. Health service quality. An introduction to quality methods for health services. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1992.
21. Hulton L, Matthews Z, Stones RW. A framework for the evaluation of quality of care in maternity services. Southampton: University of Southampton; 2000.
22. International Organization for Standardization. Geneva (<http://www.iso.org/iso/home/standards.htm> accessed 24 June 2016)
23. The Joint Commission. Oakbrook Terrace, Illinois [http://www.jointcommission.org/standards\\_information/jcfaq.aspx](http://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaq.aspx) accessed 24 June 2016.
24. The Council for Health Service Accreditation of Southern Africa (COHSASA) accreditation standards. Pretoria (<http://www.cohsasa.co.za/> accessed 24 June 2016).
25. National Institute for Health and Care Excellence. London (<https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators> accessed 24 June 2016).
26. Pharmaccess group. Safe care basic healthcare standards. The Hague (<http://www.safe-care.org/index.php?page=safecare-standards> accessed 24 June 2016).
27. World Health Organization. Standards for maternal and neonatal care. Group 1: General standards of care for healthy pregnancy and childbirth. Geneva; 2007 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/a91272/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/a91272/en/))

# Приложение 1.

## Участники заседания группы по составлению рекомендаций, Женева, 3–4 июня 2015 г.

Dr Pierre Barker, Институт повышения качества услуг здравоохранения, Кембридж, Массачусетс, США

---

Mrs Sheena Currie, Комплексная программа защиты здоровья матерей и детей, Агентство Соединенных Штатов по международному развитию, г. Вашингтон, США

---

Dr Kim Dickson, ЮНИСЕФ, Нью-Йорк, США

---

Ms Claudia Hanson, Каролинский институт, Стокгольм, Швеция

---

Dr Kathleen Hill, Международная программа образования в области акушерства и гинекологии Университета Джонса Хопкинса, г. Вашингтон, США

---

Dr Asia Kassim Hussein, ЮНИСЕФ, Дар-эс-Салам, Объединенная Республика Танзания

---

Dr Theopista John, страновой офис ВОЗ, Дар-эс-Салам, Объединенная Республика Танзания

---

Dr Lily Kak, Глобальное партнерство в целях содействия здоровью детства и материнства, г. Вашингтон, США

---

Dr Senait Kebede, Университет Эмори, Атланта, Джорджия, США

---

Professor Joy Lawn, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Лондон, Соединенное Королевство

---

Dr Tess Lawrie, Evidence-based Medicine Consultancy Ltd, Bath, Соединенное Королевство

---

Mr Norman Lufesi, Министерство здравоохранения, Лилонгве, Малави

---

Dr Carolyn MacLennan, больница Алис-Спрингс, Алис-Спрингс, Северная Территория, Австралия

---

Dr Silke Mader, Европейский фонд по оказанию медицинской помощи новорожденным, Мюнхен, Германия

---

Dr Md. Ziaul Matin, ЮНИСЕФ, Дакка, Бангладеш

---

Dr Goldy Mazia, Программа сохранения жизни матерей и детей, Программа применения современных технологий в области здравоохранения (PATH), Сиэтл, Вашингтон, США

---

Dr Georgina Msemo, Министерство здравоохранения и социальной защиты, Дар-эс-Салам, Объединенная Республика Танзания

---

Dr Jim Neilson, профессор акушерства и гинекологии, Ливерпульский университет, Соединенное Королевство

---

Mr Lee Pyne-Mercier, Фонд Билла и Мелинды Гейтс, Сиэтл, Вашингтон, США

---

Dr Isabella Sagoe-Moses, Министерство здравоохранения, Аккра, Гана

---

Dr Memuna Tanko, и. о. директора по обеспечению качества, Национальное агентство по страхованию здоровья, Аккра, Гана

---

Professor Nynke van den Broek, Центр по вопросам здоровья матерей и новорожденных, Ливерпульская школа тропической медицины, Соединенное Королевство

---

Ms Donna Vivio, старший консультант по вопросам здоровья новорожденных, Агентство Соединенных Штатов по международному развитию, г. Вашингтон, США

---

Dr Nabila Zaka, старший консультант по вопросам здравоохранения, ЮНИСЕФ, Женева, Швейцария

---

## Приложение 2.

### Список участников опроса экспертов по дельфийскому методу

Joel Adze, Кадунский государственный университет, Кадуна, Нигерия

---

Anna Afugglas, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, Пномпень, Камбоджа

---

Dr Elnahas Amir, медицинско-исследовательский центр Сидра, Доха, Катар

---

Professor Surasak Angsuwathana, медицинский факультет Университета Махидола, Бангкок, Таиланд

---

Sir Sabaratnam Arulkumaran, Международная федерация гинекологов и акушеров (FIGO), Лондон, Соединенное Королевство

---

Dr Deorari Ashok, Всеиндийский институт медицинских наук, Нью-Дели, Нью-Дели, Индия

---

Ms Joanne Ashton, Международная совместная комиссия, «Оакбрук Террэс», Иллинойс, США

---

Professor Nabhan Ashraf, Университет Айн-Шамс, Каир, Египет

---

Dr Alberta Vacci, независимый консультант, Лиссабон, Португалия

---

Dr Solange Balaga, независимый консультант, Киншаса, Демократическая Республика Конго

---

Dr Cyprien Varibwira, Мэрилендская корпорация глобальной инициативы (MGIC), Кигали, Руанда

---

Dr Suprawat Boonkasidecha, Национальный институт детского здоровья имени королевы Сирикит, Бангкок, Таиланд

---

Dr Betzabe Butron, Региональное бюро ВОЗ для стран Америки, г. Вашингтон, США

---

Dr Romano Byaruhanga, Кампальская больница при Врачебной палате, Кампала, Уганда

---

Ms Anna Coates, Региональное бюро ВОЗ для стран Америки, г. Вашингтон, США

---

Dr Jeanine Umutesi Condo, Колледж медицинских и санитарных дисциплин Университета Руанды, Кигали, Руанда

---

Dr Dilberth Cordero, страновой офис ВОЗ, Тегусигальпа, Гондурас

---

Ms Sheena Currie, ЖИЕГО и Комплексная программа по защите материнского и детского здоровья, Агентство Соединенных Штатов по международному развитию, г. Вашингтон, США

---

Dr Louise Day, LAMB Integrated Rural Health and Development, Дакка, Бангладеш

---

Professor Soo Downe, Исследовательская группа по вопросам здравоохранения и родов, Лондон, Соединенное Королевство

---

Atf Gherissi, Университет Эль-Манар, Тунис, Тунис

---

Professor Michael English, Исследовательская программа фонда KEMRI-Wellcome, Найроби, Кения

---

Professor Jan Jaap Erwich, Университет Гронингена, Гронинген, Нидерланды

---

Professor Vicki Flenady, Университет Квинсленда, Херстон, Австралия

---

Mr Fabrice Fotso, Региональное отделение ЮНИСЕФ для Западной и Центральной Африки, Дакар, Сенегал

---

Dr Sabine Gabrysch, Гейдельбергский университет, Гейдельберг, Германия

---

Dr Karima Gholzbhoury, Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья, Каир, Египет

---

Dr Gathari Gichuhi, Министерство здравоохранения, Найроби, Кения

---

Dr Aparajita Gogoi, Альянс Белой ленточки, Нью-Дели, Индия

---

Dr Rogelio Gonzalez, Центр перинатальной диагностики, Чилийский католический университет, Сантьяго, Чили

---

Professor Malik Goone wardene, медицинский факультет, Университет Рухуна, Шри-Ланка

---

Ms Ana Guerreiro, независимый консультант, Лиссабон, Португалия

---

Privat Guie, Polyclinic Internationale sainte Anne Marie, Абиджан, Кот-д'Ивуар

---

Ms Gill Gyte, Ливерпульский университет, Траст Ливерпульского женского фонда Национальной службы здравоохранения, Ливерпуль, Соединенное Королевство

---

Ms Fransisca Handy, Apotek Puri Satu Kembangan, Джакарта, Индонезия

---

Ms Claudia Hanson, Каролинский институт, Стокгольм, Швеция

---

Dr Jim Heiby, Агентство Соединенных Штатов по международному развитию, г. Вашингтон, США

---

Dr Jorge Hermida, Assist/University Research Co., Кито, Эквадор

---

Dr Kathleen Hill, Агентство Соединенных Штатов по международному развитию, проект ASSIST, г. Вашингтон, США

---

Dr Stephen Hodgins, «Спасти детей», г. Вашингтон, США

---

Dr Caroline Homer, Технологический университет, Сидней, Австралия

---

Ms Petra Hoopе-Bender, Instituto de Cooperación Social - Integrare, Барселона, Испания

---

Dr Grace Irimu, Университет Кеньяты, Найроби, Кения

---

Ms Rima Jolivet, Альянс Белой ленточки за безопасное материнство, г. Вашингтон, США

---

Dr Theopista Kabuteni-John, страновой офис ВОЗ, Дар-эс-Салам, Объединенная Республика Танзания

---

Dr Lily Kak, Агентство Соединенных Штатов по международному развитию, г. Вашингтон, США

---

Dr Ariel Karolinski, страновой офис ВОЗ, Буэнос-Айрес, Аргентина

---

Professor Holly Kennedy, Йельский университет, Бостон, США

---

Dr Neena Khadka, Программа по защите жизни матерей и детей, г. Вашингтон, США

---

Prof Zulfiya Khodjaeva, Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии, Москва, Российская Федерация

---

Dr Tamar Khomasuridze, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, Европейское региональное бюро, Анкара, Турция

---

Dr Andre Lalonde, Общество акушеров и гинекологов Канады (SOGC), Оттава, Канада

---

Dr Marzia Lazzerin, Институт материнского и детского здоровья, IRCCS Burlo Garofolo, Италия

---

Dr Li Wenyang, Авиационный многопрофильный госпиталь при Медицинском университете Китая, Пекин, Китай

---

Dr Jerker Liljestrand, Фонд Билла и Мелинды Гейтс, Сиэтл, США

---

Dr Liu Cheng, госпиталь военной полиции Пекина, Пекин, Китай

---

Dr Nigel Livesley, University Research Co., Вифезда, США

---

Mr Norman Lufesi, ARI/Общественная служба здравоохранения, Министерство здравоохранения, Лилонгве, Малави

---

Ms Silke Mader, Европейский фонд оказания медицинской помощи новорожденным, Мюнхен, Германия

---

Dr Kuhu Maitra, Abt Associates, Кембридж, США

---

Prof Zoe Matthews, Университет Саутгемптона, г. Саутгемптон, Соединенное Королевство

---

Dr Goldy Mazia, PATH, Сиэтл, США

---

Dr Alison McFadden, Ливерпульский университет, Ливерпуль, Соединенное Королевство

---

Ms Alison McIntyre, WaterAid, Восток Мельбурн, Австралия

---

Prof Tarek Meguid, больница Мнази-Моджа, Занзибар, Объединенная Республика Танзания

---

Dr Tanko Memuna, Управление государственного медицинского страхования, Аккра, Гана

---

Dr Abraham Mengistu, Министерство здравоохранения, Аддис-Абеба, Эфиопия

---

Dr Raul Mercer, Universidad Nacional de La Plata, Буэнос-Айрес, Аргентина

---

Dr Allisyn Moran, Агентство Соединенных Штатов по международному развитию, г. Вашингтон, США

---

Dr Rintaro Mori, Национальный центр по вопросам детского здоровья и развития, Токио, Япония

---

Dr Georgina Msemo, Министерство здравоохранения, Дар-эс-Салам, Объединенная Республика Танзания

---

Dr Bremen de Mucio, страновой офис ВОЗ, Монтевидео, Уругвай

---

Dr Christine Muzel, Philips Healthcare, Амстердам, Нидерланды

---

Dr Victoria Nakibuka, больница Нсамбя, Кампала, Уганда

---

Dr James Neilson, Ливерпульский университет, Ливерпуль, Соединенное Королевство

---

Dr Hiromi Obara, Бюро международного медицинского сотрудничества, Токио, Япония

---

Dr Dwiana Osviyanti, медицинский факультет, Университет Индонезии, Джакарта, Индонезия

---

Dr Jeanne Odette, Университет Бурунди, Бужумбура, Бурунди

---

Prof Pius Okong, Комиссия по медицинским услугам, Кампала, Уганда

---

Dr Eduardo Ortiz-Panozo, Centro de Investigaciones Regionales, Мерида, Мексика

---

Prof Ouadraogo Charlemagne, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado, Уагадугу, Буркина-Фасо

---

Dr Duran Pablo, страновой офис ВОЗ, Монтевидео, Уругвай

---

Dr Imran Pambudi, Министерство здравоохранения Индонезии, Джакарта, Индонезия

---

Dr Robert Pattinson, услуги медицинской помощи матерям и детям, Медицинский исследовательский совет ЮАР, Kalafong Hospital, Претория, ЮАР

---

Dr Loveday Penn-Kekana, Университет Витватерсранда, Йоханнесбург, ЮАР

---

Dr Emily Peterson, Центры санитарно-эпидемиологического надзора, Атланта, США

---

Dr Cynthia Pileggi, Медицинская школа Рибейро Прето, Университет Сан-Паулу, Сан-Паулу, Бразилия

---

Dr Neil Prose, Дьюкский университет, Дарем, США

---

Ms Pamela Putney, Options Consultancy Services Limited, Лондон, Соединенное Королевство

---

Dr Neena Raina, Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии, Нью-Дели, Индия

---

Prof Kathryn Ramsey, Медицинский центр Колумбийского университета, Нью-Йорк, США

---

Prof Mary Renfrew, Шотландский сотрудничающий центр по совершенствованию научных исследований, Данди, Соединенное Королевство

---

Dr Alexander Rowe, Центры санитарно-эпидемиологического надзора, Атланта, США

---

Prof Irina Ryumina, Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии, Москва, Российская Федерация

---

Dr Harshad Sanghvi, JHPIEGO, Балтимор, США

---

Prof Ola Saugstad, Университет Осло, Осло, Норвегия

---

Dr Kerri Schuiling, Международная федерация акушеров, Рочестер, США

---

Ms Gloria Seguranyes, Университет Барселоны, Барселона, Испания

---

Ms Priti Dave Sen, Детский инвестиционный фонд, Лондон, Соединенное Королевство

---

Dr Hemantha Senanayake, медицинский факультет Университета Коломбо, Коломбо, Шри-Ланка

---

Prof Shi Qi, Северный Сычуаньский медицинский колледж, акушерство и гинекология, Наньчун, Китай

---

Dr Miannes Silvestre, медицинский колледж при Филиппинском университете, Манила, Филиппины

---

Dr Jeffrey Smith, JHPIEGO, Балтимор, США

---

Dr Howard Sobel, Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана, Манила, Филиппины

---

Prof Williams Stones, Международная федерация гинекологов и акушеров (FIGO), Лондон, Соединенное Королевство

---

Dr Tang Zengjun, Народная больница провинции Хэбэй, Шицзячжуан, Китай

---

Ms Nicole Thiele, Европейский фонд по оказанию медицинской помощи новорожденным, Мюнхен, Германия

---

Dr Paul Vinod, Всеиндийский институт медицинских наук, Нью-Дели, Индия

---

Ms Donna Vivio, Агентство Соединенных Штатов по международному развитию, г. Вашингтон, США

---

Dr Gijs Walraven, Aga Khan Development Network, Париж, Франция

---

Dr Wang Yeping, Городская народная больница Вэньчжоу, Вэньчжоу, China

---

Dr Martin Weber, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Копенгаген, Дания

---

Prof Zhang Hongyu, «Хайнань Медикал» Medical, Хайкоу, Китай

---

Dr Zhang Jim, Медицинская школа Шанхайского университета Джао Тонг, Шанхай, Китай

---

Dr Zhou Wei, Медицинский университет Чунцина, Чунцин, Китай

---

Dr Nabila Zaka, штаб-квартира ЮНИСЕФ, Нью-Йорк, США

---

Professor Zhang Huixin, четвертая больница Медицинского университета Хэбэя, Шицзячжуан, Китай

---







**Всемирная организация  
здравоохранения**

За дополнительной информацией просьба обращаться:

**Департамент здоровья матерей,  
новорожденных, детей и подростков**

**Department of Maternal, Newborn,  
Child and Adolescent Health**

World Health Organization  
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27,  
Switzerland

Факс: +41 22 791 4853  
Эл. почта: mach@who.int  
www.who.int

**Департамент репродуктивного  
здоровья и научных исследований**

**Department of Reproductive Health  
and Research**

World Health Organization  
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27,  
Switzerland

Факс: +41 22 791 4171  
Эл. почта: reproductivehealth@who.int  
www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 451121 3

