

Качество предоставляемых медицинских услуг матерям и детям в пилотных стационарах Ошской, Джалал-Абадской, Баткенской и Иссык-Кульской областей: Оценка реализации Проекта ЮНИСЕФ (2014-2017 гг.)

Отчет



ЦЕНТР АНАЛИЗА
ПОЛИТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Данный отчет является результатом итоговой оценки «Проекта продвижения мира через улучшение здоровья детей и матерей в регионах, подверженных конфликтам в Кыргызской Республике», финансируемого Правительством Японии, который был реализован в 2014-2017 годах.

Оценка проводилась в связи с завершением данного проекта в 2017 году, с тем чтобы определить прогресс, достигнутый в реализации проекта, и задокументировать результаты, в первую очередь, изменения качества медицинских услуг, предоставляемых беременным женщинам, роженицам, новорожденным и детям в возрасте до пяти лет в пилотных больницах.

Оценка проекта ЮНИСЕФ «Проекта продвижения мира через улучшение здоровья детей и матерей в регионах, подверженных конфликтам в Кыргызской Республике», показала актуальность целей и мер в отношении национальных приоритетов, требований здравоохранения на практике и потребностей матерей и детей в пилотных регионах. Анализ собранных данных показал, что проект удовлетворяет критериям «актуальности», «эффективности», «воздействия» и «устойчивости».

На основе результатов этой оценки были подготовлены рекомендации для следующих шагов деятельности ЮНИСЕФ и Министерства здравоохранения. Отчет об оценке подготовлен Центром анализа политики здравоохранения.

Мнения, выраженные в этом документе, необязательно отражают политику или мнения Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ).

Взгляды участвовавших сотрудников и консультантов и использованные материалы (включая карты) также не отражают позиции ЮНИСЕФ в отношении правового статуса той или иной страны или территории или их государственных органов и делимитации их границ.

**Качество предоставляемых медицинских
услуг матерям и детям в пилотных стационарах
Ошской, Джалал-Абадской, Баткенской
и Иссык-Кульской областей:
Оценка реализации Проекта ЮНИСЕФ
(2014-2017 гг.)**

Отчет

2017

Содержание

Выражение благодарности	3
Список сокращений	4
Резюме	5
Раздел 2. Описание принципов интегрированного мониторинга и супервизии	10
Раздел 3. Цель, задачи и методология оценки.....	12
3.1. Цель и задачи	12
3.2. Методология оценки	12
Раздел 4. Результаты оценки	13
4.1. Актуальность	13
4.2. Результативность	15
4.2.2. Качество стационарной помощи детям	19
4.2.3. Качество перинатальных услуг беременным, роженицам, родильницам и новорожденным	25
4.2.4. Управление качеством предоставляемой медицинской помощи	31
4.2.5. Инициативы по миростроительству	35
4.3. Эффективность	39
4.3.1. Эффективность реализации Проекта.....	39
4.3.2. Эффективность в деятельности пилотных ОЗ	41
4.4. Влияние	43
4.4.1. Долгосрочные и среднесрочные влияния.....	43
4.4.2. Незапланированные влияния	48
4.5. Устойчивость	49
4.6. Подход, основанный на правах человека	51
4.7. Извлеченные уроки	52
Раздел 5. Заключение	53
Раздел 6. Рекомендации	56
6.1. Рекомендации для UNICEF	56
6.2. Общие рекомендации для Министерства здравоохранения КР	56
ПРИЛОЖЕНИЯ	58
Приложение 1. Критерии OECD/DAC и вопросы для исследования	58
Приложение 2. Список использованных документов	59
Приложение 3. Перечень пилотных организаций здравоохранения	61

Выражение благодарности

Центр Анализа Политики Здравоохранения выражает глубокую благодарность руководителям и медицинскому персоналу Областных и Территориальных Больниц Ошской, Джалал-Абадской, Баткенской и Иссык-Кульской областей, а также экспертам на национальном уровне за оказанную помощь в сборе данных, выраженные мнения и плодотворное сотрудничество в ходе проведения исследования.

Также мы хотели бы выразить признательность команде ЮНИСЕФ за оперативное содействие в сборе данных, необходимых для проведения оценочного исследования.

Данная оценка и подготовка отчета проведены при финансовой поддержке ЮНИСЕФ.

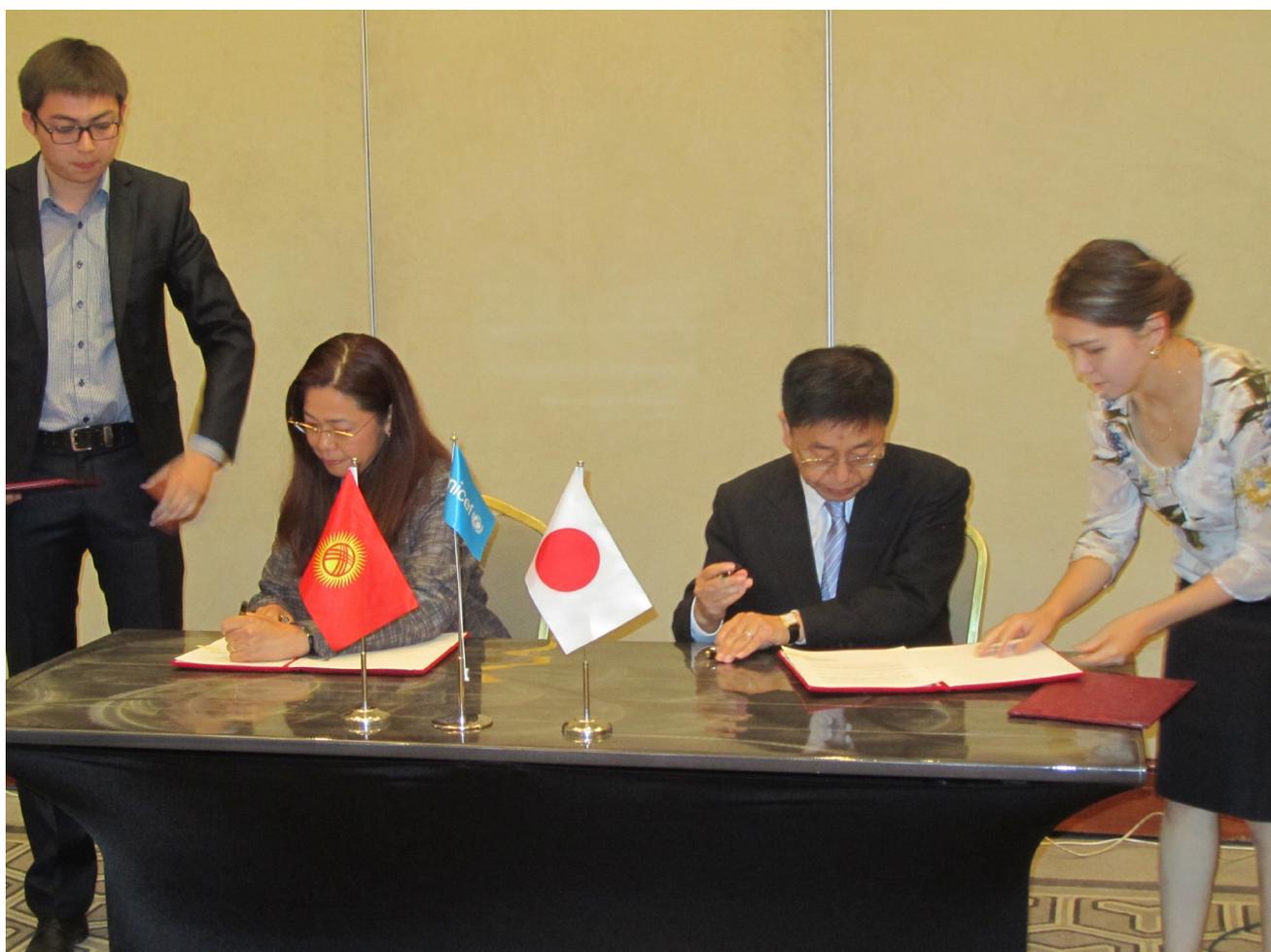
Список сокращений

АНУ	Аntenатальный уход
АСКЗ	Ассоциация сельских комитетов здоровья Кыргызстана
БООБ	Баткенская Областная Объединенная больница
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ГДКБСМП	Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи
ГСВ	Группа семейных врачей
ЖООКБ	Джалал-Абадская областная клиническая больница
ИББДВ	Интегрированное ведение болезней детского возраста
ИООБ	Иссык-Кульская областная объединенная больница
ИСМП	Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи
КГМИПиПК	Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
КР	Кыргызская Республика
КС	Карманный справочник
ЛС	Лекарственные средства
МЗ	Министерство здравоохранения
МиО	Мониторинг и оценка
МС	Материнская смертность
НЦОМИД	Национальный центр охраны материнства и детства
ОЗ	Организации здравоохранения
ОЗМиР	Охрана здоровья матери и ребенка
ОКИ	Острые кишечные инфекции
ОМДКБ	Ошская межобластная детская клиническая больница
ОМОКБ	Ошская межобластная клиническая больница
ОРИТ	Отделение реанимации и интенсивной терапии
ПЖВЛС	Перечень жизненно-важных лекарственных средств
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ППМР	Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
ПСО	Приемно-сортировочное отделение
РКИБ	Республиканская клиническая инфекционная больница
РМИЦ	Республиканский медико-информационный центр
СКЗ	Сельские комитеты здоровья
ТБ	Территориальная больница
УОМПиЛП	Управление оказания медицинской помощи и лекарственной политики
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЦРТ	Цели Развития Тысячелетия
ЦСМ	Центр семейной медицины
ЦУР	Цели Устойчивого Развития
ЭПУ	Эффективный перинатальный уход
VLS	Базовая неотложная помощь
ГИЗ	Немецкая Корпорация Международного Сотрудничества
НВВ	Первичная реанимация новорожденных
PALS	Углубленные мероприятия по поддержанию жизнедеятельности у детей
ЮНФПА	Фонд Организации объединенных наций в области народонаселения
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации объединенных наций
ВБ	Всемирный Банк
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения

Резюме

В 2014 г. Японским Правительством был поддержан Проект Министерства здравоохранения КР и ЮНИСЕФ «Продвижение мира через улучшение здоровья матери и ребенка в конфликтных регионах», рассчитанный на трехлетний период (2014-2017 гг.). Проект нацелен на улучшение выживаемости матерей и детей в Ошской, Джалал-Абадской, Баткенской и Иссык-Кульской областях. Всего в число пилотных вошли 34 организации, т.е. от 50 до 100% от общего количества ОЗ в каждой области. Основные направления деятельности Проекта предусматривали мероприятия по улучшению экстренной медицинской помощи матерям и детям на стационарном уровне; совершенствование подходов в управлении качеством медицинской помощи, где ключевым звеном является использование подхода интегрированных мониторинговых и супервайзерских визитов, а также содействие улучшению доступа к медицинским услугам в приграничных территориях Баткенской области Кыргызстана и Согдийской области Таджикистана.

31 июля 2014 г. Подписание Обменных Нот. Чрезвычайный и Полномочный Посол Японии г-н Такаюки Коике и Представитель ЮНИСЕФ в КР Юкие Мокуо.



Настоящая оценка предпринята в связи с завершением Проекта ЮНИСЕФ в 2017 году с целью определения прогресса в рамках реализации Проекта, документирования полученных результатов, прежде всего изменений в качестве медицинских услуг, предоставляемых беременным, роженицам/родильницам, новорожденным и детям до 5 лет в пилотных стационарах. Оценка проводилась на основе проведенного кабинетного анализа, данных, собранных при выборочном посещении ОЗ и результатах опроса респондентов, опрошенных на национальном, региональном уровнях и уровне ОЗ.

Результаты оценки Проекта ЮНИСЕФ «Продвижение мира через улучшение здоровья матери и ребенка в конфликтных регионах» показали актуальность поставленных целей и заложенных мероприятий, учитывающих национальные приоритеты, потребности практического здравоохранения и нужды матерей и детей в пилотных регионах.

Запланированные мероприятия проводились по 7 направлениям, где были установлены соответствующие целевые показатели. Согласно полученным данным, 5 из 7 целевых индикаторов Проекта были выполнены согласно планам (улучшение водоснабжения, санитарии и отопления в 10 отобранных ОЗ; усиление системы МиО на национальном уровне и уровне ОЗ; повышение информированности населения по вопросам здоровья посредством мобилизации СКЗ; организация Круглых столов с целью усиления сотрудничества среди местных администраций в приграничных регионах для улучшения доступа матерей и детей к медицинским услугам, улучшение потенциала руководителей ОЗ по управлению качеством медицинских услуг – процент исполнения индикатора составил 109%, 2 индикатора были перевыполнены и значительно превысили целевой показатель (обеспечение необходимым медицинским оборудованием – 26 ОЗ вместо 12 (процент исполнения – 216,7%); улучшение клинических навыков медицинских работников – 127,8%).

Следует отметить, что имеются положительная динамика по качеству неотложной помощи матерям и детям. Это стало возможным за счет (i) обучения медицинских работников (акушер-гинекологов, неонатологов, педиатров, реаниматологов, медицинских сестер и акушерок), которые продемонстрировали высокие баллы уровня знаний после проведенных тренингов (результаты посттестов) и привело к изменению лечебной практики, где впервые были разработаны стандарты оказания реанимационной помощи детям (до этого помощь оказывалась медработниками на основании их индивидуальных знаний и навыков); (ii) развития командного подхода в работе; (iii) поставки необходимого комплекта оборудования для реанимационных отделений (26 ОЗ); (iv) реорганизации/проведения ремонта и оптимизации штатов в отдельных ОЗ (10 ОЗ); открытия отделений краткосрочного пребывания (ОКП); и (v) разработки нормативных документов, касающихся транспортировки и оказания скорой помощи.

В рамках Проекта ЮНИСЕФ был использован подход интегрированных мониторинговых и супервайзерских визитов для улучшения качества медицинских услуг, предоставляемых матерям и детям. Данный подход получил положительные отзывы медицинского персонала, опрошенного в ходе сайт-визитов. Особенно ценной, по мнению респондентов, оказалась возможность получения консультативной и практической помощи на рабочем месте. Кроме того, эффективность данного подхода демонстрируется улучшением отобранных показателей, а именно основных индикаторов по системам поддержки больниц в оказании медицинских услуг женщинам роженицам и детям раннего возраста (14 и 11 индикаторов по ИВБДВ и ЭПУ соответственно) и индикаторов по качеству помощи при отдельных нозологиях и состояниях (9 и 8 индикаторов по ИВБДВ и ЭПУ соответственно). Однако, несмотря на общую положительную динамику, все же уровень индикаторов по системам поддержки больниц в пилотных областях требует дальнейшего улучшения, как по программе ИВБДВ (1,1-2,3 балла из 3х возможных), так и по ЭПУ (менее 2х баллов из 3х возможных). Что касается данных по стране в целом, то показатели по указанным индикаторам еще ниже по сравнению с показателями пилотных областей.

На национальном уровне сформирован пул экспертов для проведения мониторинговых и супервайзерских визитов. Также сделан вклад в усиление потенциала ЦМиО при НЦОМид, который в дальнейшем планирует наладить процессы обучения экспертов, обработки и анализа данных, собираемых в ходе мониторинговых и супервайзерских

визитов, и предоставлять аналитические материалы для использования при принятии решений. Вместе с тем, остаются вопросы для дальнейшего решения: совершенствование отчетности по мониторинговым и супервайзерским визитам, определение механизма финансирования визитов.

Улучшению доступа к медицинской помощи для матерей и детей способствовали мероприятия по миростроительству в приграничных областях Кыргызстана и Таджикистана.

Влияние Проекта оценивалось по целому ряду индикаторов. За период реализации Проекта (с 2014 по 2016 годы включительно) был внесен вклад в улучшение показателей по выживаемости матерей и детей. Так, отмечено заметное снижение материнской смертности (на 41,2% по КР), младенческой, ранней неонатальной и детской смертности от ОКИ (на 19%, 19,5% и 36,5 соответственно). При этом процент снижения показателей в пилотных областях нередко превышает средний показатель по стране. Меньший прогресс отмечен по досуточной летальности среди детей до года (на 7,6%) и на 1% увеличилось число случаев смерти от болезней органов дыхания среди детей до 5 лет (за счет Баткенской и Иссык-Кульской областей). Прогресс данного показателя зависит также от уровня оказания первичной неотложной помощи на уровне ПМСП, которая зачастую не проводится на должном уровне.

Аналогичную положительную динамику демонстрируют данные анализа матрицы BABIES. Наблюдается снижение доли ответственности за плодово-младенческие потери в стационаре (медицинская помощь во время родов и при уходе за новорожденными) с 28,4% в 2014 г. до 25,8% в 2016 г., что свидетельствует об улучшении качества оказываемой помощи, в том числе экстренной.

Положительным фактором по обеспечению устойчивости результатов, достигнутых за время реализации Проекта, является подход, когда положительный опыт и наилучшие практики были закреплены нормативными документами МЗ КР (Приказы, положения и др.), что позволило во многом распространить опыт ЮНИСЕФ на другие регионы страны (Приказ МЗ КР по качеству, ОКП, новые КП/КР, и др.).

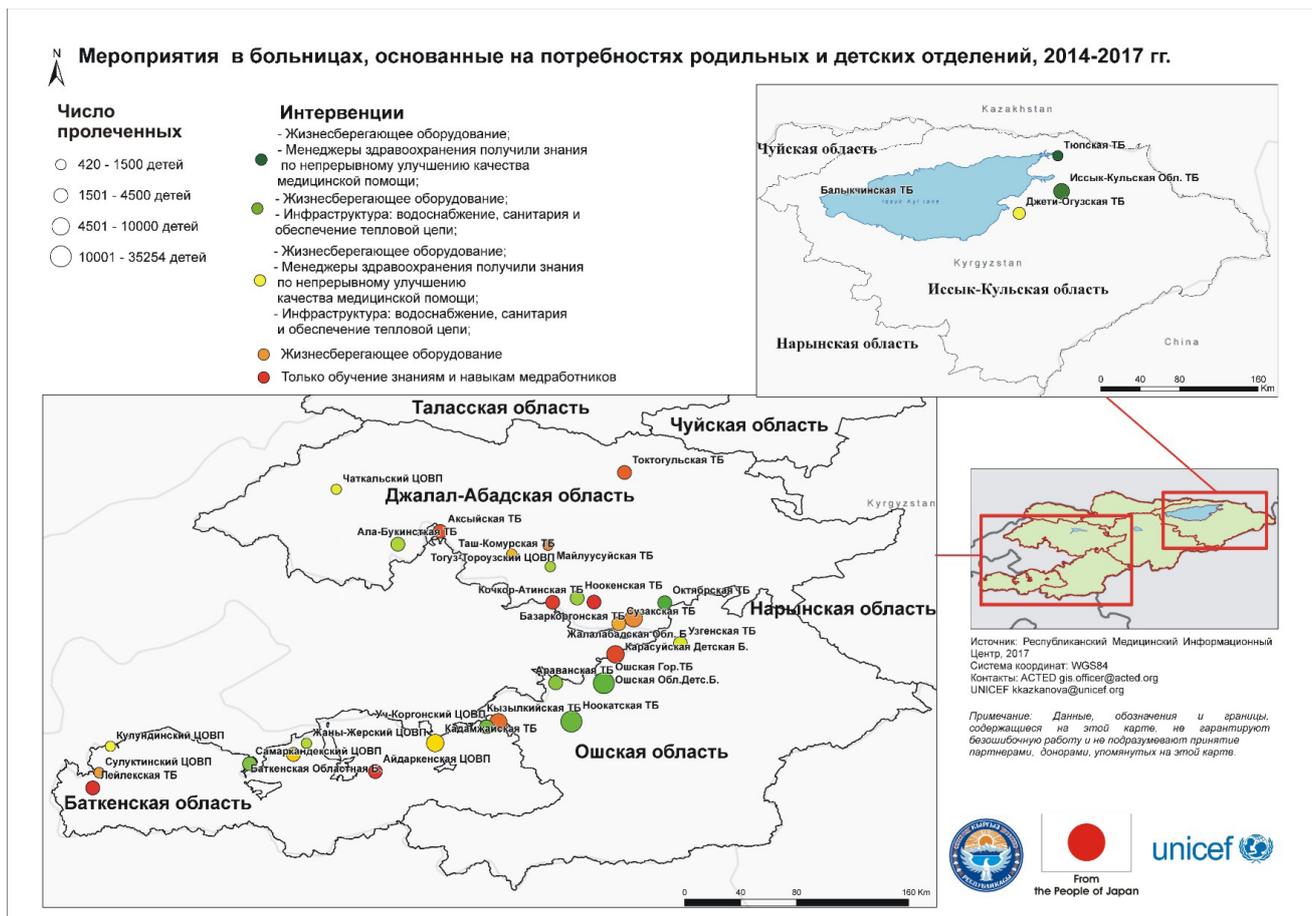
Обозначены извлеченные уроки: (i) обучение и развитие лидерских качеств руководителей способствует большей приверженности и играет ключевую роль в успешной реализации запланированных стратегий; (ii) дальнейшее повышение роли акушерок и участие их в командной работе при оказании помощи матерям и детям будет способствовать улучшению качества и результатов медицинского обслуживания матерям и детям; (iii) проведение мониторинговых и супервайзерских визитов является действенным инструментом для постоянного повышения квалификации медицинского персонала (посредством обучения и закрепления практических навыков на рабочем месте); (iv) Для дальнейшего улучшения показателей здоровья матери и ребенка необходимо усиление потенциала ПМСП и улучшение координации и системы перенаправления между различными уровнями системы здравоохранения.

По итогам проведенной оценки сделаны рекомендации в отношении проведения обучающих мероприятий для медицинского персонала и руководителей ОЗ, а также по мониторингу и оценке отдельных аспектов деятельности ОЗ.

Раздел 1. О Проекте

Охрана здоровья матери и ребенка (ОЗМиР) является приоритетной областью, где Кыргызская Республика прилагает постоянные усилия по улучшению ситуации. Детальный анализ 2013¹ года показал, что, несмотря на наличие заметного прогресса по ключевым показателям ОЗМиР на национальном уровне, ситуация по регионам существенно варьирует. Это связано с различиями в социо-экономическом положении регионов и уровне обеспеченности организаций здравоохранения (ОЗ) в плане инфраструктуры, медицинского оборудования и кадрового потенциала. Кроме того, имевшие место в стране конфликтные ситуации и напряженности политического характера, оказали свое негативное влияние на доступность и качество медицинской помощи для населения, включая услуги по ОЗМиР. В связи с этим в 2014 г. Японским Правительством был поддержан Проект Министерства здравоохранения КР и ЮНИСЕФ «Продвижение мира через улучшение здоровья матери и ребенка в конфликтных регионах», рассчитанный на трехлетний период (2014-2017 гг.).

Данный Проект реализуется при технической поддержке ЮНИСЕФ и включает в себя 34 организации здравоохранения областного и районного уровней (Приложение 3) в следующих пилотных регионах Кыргызстана: в Ошской (6 из 12 ОЗ в области, 50%), Джалал-Абадской (14 из 19 ОЗ в области, 73,7%), Баткенской (10 ОЗ, 100%) и Иссык-Кульской (4 из 8 ОЗ, 50%) областях, а также в г. Бишкек (две ОЗ третичного уровня).



Основной целью Проекта является улучшение выживаемости матерей и детей в пилотных областях² через (i) усиление системы здравоохранения, а именно экстренной помощи матерям и детям на стационарном уровне; (ii) совершенствование подходов в управлении качеством медицинской помощи; и (iii) содействие миростроительству

¹ Кыргызская Республика: Третий Отчет о Прогрессе в Достижении Целей Развития Тысячелетия, 2013 г

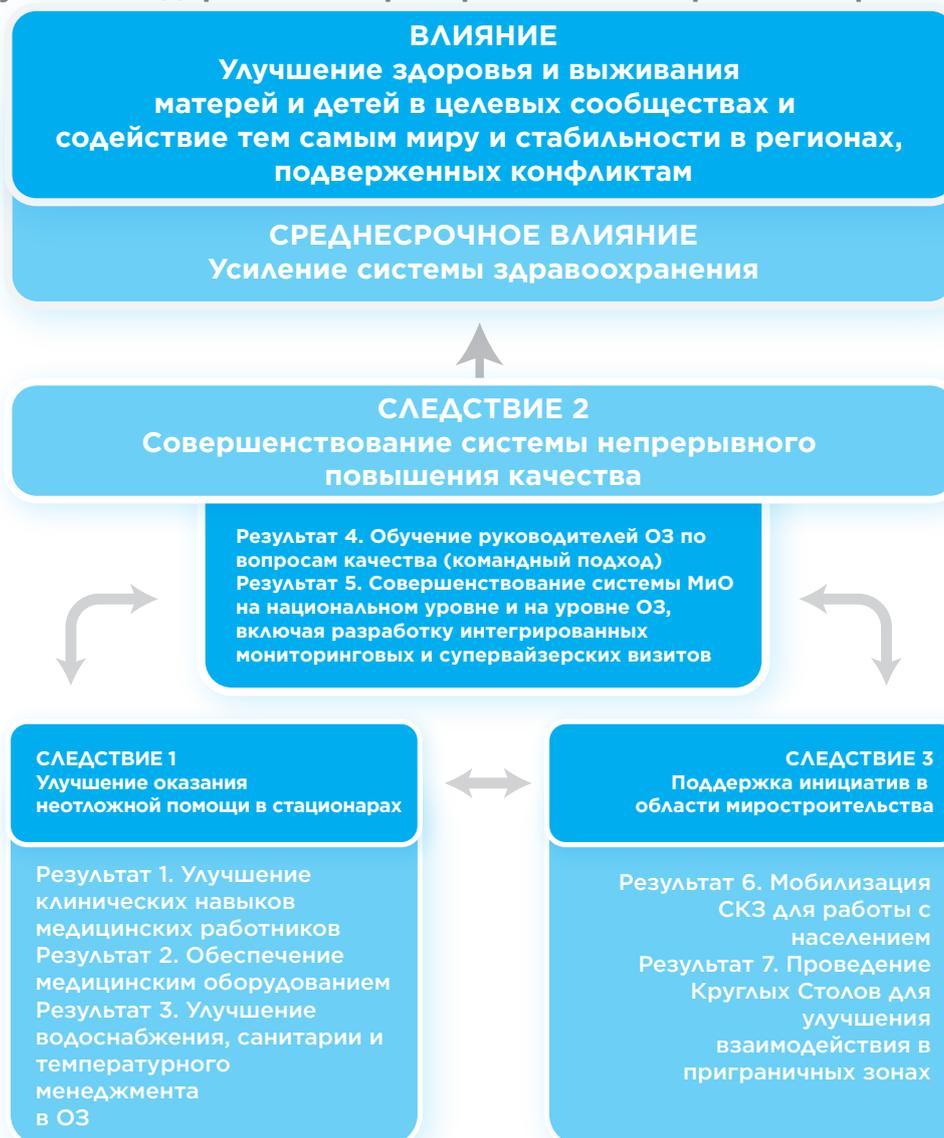
² Уровень бедности в пилотных областях по данным 2014 г.: Ошская область – 31,7%, Джалал-Абадская область – 46,4%, Баткенская область – 40,7%, Иссык-Кульская область – 26,0 и КР – 30,6%.

(Рис.1.). Для достижения указанных целей и задач Проектом предусмотрены мероприятия по таким направлениям, как:

- обучение медицинского персонала клиническим навыкам по экстренной помощи матерям и детям;
- обеспечение необходимым медицинским оборудованием 12 ОЗ;
- улучшение водоснабжения, санитарии и отопления в 10 отобранных ОЗ;
- улучшение потенциала руководителей ОЗ по управлению качеством медицинских услуг;
- усиление системы МиО на национальном уровне и уровне ОЗ;
- повышение информированности населения по вопросам здоровья посредством мобилизации СКЗ;
- организация Круглых столов с целью усиления сотрудничества среди местных администраций в приграничных регионах для улучшения доступа матерей и детей к медицинским услугам.

В качестве ключевых партнеров ЮНИСЕФ по реализации Проекта выступают МЗ КР, Кыргызский Альянс Акушеров, АСКЗ/СКЗ, ОЗ и местные государственные администрации в приграничных зонах. Бенефициарами являются беременные женщины, матери и дети, а также медицинский персонал ОЗ пилотных областей.

Рис.1. Структура и ожидаемые результаты Проекта «Продвижение мира через улучшение здоровья матери и ребенка в конфликтных регионах»





Раздел 2. Описание принципов интегрированного мониторинга и супервизии

Начиная с 2012 года, улучшение качества медицинской помощи является одной из основных стратегий Министерства здравоохранения КР для дальнейшего снижения младенческой и материнской смертности³. Как показали результаты отдельных оценок, медицинские услуги, в частности предоставляемые детям⁴ и матерям⁵, не всегда были надлежащего качества и в части случаев не соответствовали международным стандартам. Также предшествующий опыт свидетельствовал, что мероприятия (вложение ресурсов, внедрение современных технологий, профессиональное обучение медицинского персонала и др.), реализуемые изолированно, без развития на уровне ОЗ глубокого понимания общей концепции по обеспечению качества, как правило, не приводят к желаемым результатам. С учетом вышеизложенного, в рамках Проекта ЮНИСЕФ был сделан акцент на дальнейшее развитие механизмов по управлению качеством и использован подход, предусматривающий проведение интегрированных мониторинговых и супервайзерских визитов программ ЭПУ и ИВБДВ на регулярной основе с целью оказания практической помощи медицинским работникам в освоении новых навыков непосредственно на рабочем месте.

Основными отличительными характеристиками подхода интегрированных мониторинговых и супервайзерских визитов является:

- **Использование инструмента по оценке качества, разработанного ВОЗ⁶.** Разработка данного инструмента явилась результатом понимания факта, что для достижения значимого результата по снижению показателей материнской и

³ Национальная программа реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден-Соолук» на 2012-2016 годы (с продлением до 2018 г.);

⁴ Отчет по оценке качества стационарной помощи детям в Кыргызстане 24 июля – 4 августа 2012 г., Отчет миссии, ЕРБ ВОЗ;

⁵ Материнская смертность в КР: Обзор тенденций, ЦАПЗ/WB, 2012 г.;

⁶ «Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным», ВОЗ, Вторая редакция, 2014 год;

младенческой смертности одинаково важны как увеличение охвата населения медицинскими услугами, так и повышение качества предоставляемой помощи. При этом инструмент базируется на ряде руководящих принципов: надлежащее использование ресурсов и организация помощи; гарантия непрерывности и преемственности помощи; качество ухода и практики как для матерей, так и для новорожденных и детей до 5 лет; целостный подход к лечению и уходу, соблюдение прав пациентов; внедрение командного подхода; выявление системных проблем и оказание поддержки; разработка планов действий на основе результатов оценки; обучение и мотивация персонала; учет всех факторов по уровням оказания помощи и функциям системы здравоохранения. Международный опыт показывает, что имеются широкие возможности по использованию данного инструмента, поскольку он предусматривает проведение оценки по нескольким разделам:

- (i) Система поддержки больницы: включает в себя оценку инфраструктуры, штатов, наличия основных лекарственных средств, оборудования и расходных материалов;
 - (ii) Медицинская помощь при основных клинических состояниях: более 50% от объема инструмента связано с практическим оказанием медицинской помощи беременным, роженицам, женщинам после родов, новорожденным и детям до 5 лет (6 разделов). В этой же части имеется приложение для оценки использования лекарственных средств;
 - (iii) Политика и организация предоставления помощи в учреждении: Включает в себя 4 раздела: по оценке наличия, качества и использования политики учреждения, приказов, руководств и протоколов; организации работы по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; разработки и внедрения руководств, обучения персонала, наличия и работы системы аудита; доступности помощи, ее преемственности, а также соблюдения прав пациентов;
 - (iv) Интервью с медицинскими работниками и пациентами (женщинами во время беременности и после родов): В этой части инструмента собрана информация о качестве клинической помощи, организационных аспектах медицинской помощи, соблюдении прав пациентов с точки зрения пользователей и медицинских работников;
 - (v) Подведение итогов оценки и разработка плана действий: Здесь подчеркивается важность встречи экспертной группы с персоналом и руководителями стационара по результатам оценки. Акцент на клинических аспектах оказания помощи, а также ее организации, имеет важнейшее значение для поддержки идеи, что во многих случаях существенные изменения возможны с использованием уже имеющихся ресурсов, без значительной внешней помощи.
- **Регулярность визитов, когда мониторинг и супервизия чередуются и проводятся 1 раз в 3 месяца.** Во время мониторинговых визитов акцент больше делается на выявление изменений и разработке рекомендаций по улучшению ситуации, а при супервизии – на оказание консультативно-методической помощи персоналу ОЗ.
 - **Командная работа и охват нескольких программ и направлений.** Для каждого визита формируется команда из 3-5 экспертов в составе врачей (акушер-гинеколог, педиатр/неонатолог и/или реаниматолог) и среднего медицинского персонала (акушерки и медсестры реанимационных/детских отделений). При этом монито-

ринг ведется одновременно по нескольким направлениям: ИБДВ, ЭПУ, ППМР, инфекционный контроль, переливание крови. Применение данного подхода позволяет снизить как нагрузку на персонал ОЗ, так и повысить эффективность самих визитов. Также способствует развитию понимания важности командной работы и функциональных задач управления больницей в предоставлении медицинской помощи.

- **Привлечение экспертов из разных регионов для участия в мониторинговых и супервайзерских визитах**, что способствует обмену опытом и развитию профессиональных связей и усилению потенциала региональных специалистов.

Раздел 3. Цель, задачи и методология оценки

В связи с тем, что реализация Проекта подходит к завершению (2014 – 2017 гг.) имеется необходимость в проведении его заключительной оценки. Прогресс, достигнутый в ходе реализации Проекта, оценивался в соответствии с критериями OECD/DAC⁷ (Комитет по содействию развитию ОЭСР), которые включают вопросы для исследования по таким аспектам, как актуальность, результативность, эффективность, влияние и устойчивость (Приложение 1).

3.1. Цель и задачи

Цель:

Оценить результаты Проекта ЮНИСЕФ, включая изменения и механизмы улучшения качества медицинских услуг, предоставляемых матерям и детям в пилотных стационарах Ошской, Джалал-Абадской, Баткенской и Иссык-Кульской областей.

Задачи:

1. Оценить и задокументировать результаты по внедрению передовых практик в сфере улучшения здоровья беременных, рожениц/родильниц, новорожденных и детей до 5 лет в рамках Проекта «Укрепление мира через улучшение здоровья матерей и детей в конфликтных регионах», реализуемого при технической поддержке ЮНИСЕФ и финансируемого Японским Правительством;
2. Провести анализ изменений качества медицинских услуг, предоставляемых беременным, роженицам/родильницам, новорожденным и детям до 5 лет на основе результатов интегрированных мониторинговых и супервайзерских визитов;
3. Оценить изменения ключевых индикаторов по ОЗМиР за период 2014-2016 гг.;
4. Подготовить рекомендации с учетом результатов реализации Проекта и извлеченных уроков.

3.2. Методология оценки

Оценка проводилась поэтапно:

1. **Кабинетный анализ** (изучение проектных документов, отчетов по мониторингу и супервизии, оценочных отчетов, выполненных в рамках проекта, Национальных программ в сфере здравоохранения, статистических данных РМИЦ и др.) (Приложение 2);
2. **Сбор данных на уровне ОЗ:**
 - Для проведения исследования были отобраны 12 организаций здравоохранения из 34 (Приложение 3), вовлеченных в деятельность по Проекту:

⁷ DAC Principles for Evaluation of Development Assistance

- Ошская область - ОМОКБ, ОМДКБ, и Ноокатская ТБ;
- Баткенская область – БООБ, Кызылкийская ТБ;
- Джалал-Абадская область – ЖООКБ, Сузакская и Ноокенская ТБ;
- Иссык-Кульская область – ИООБ, Тюпский район;
- г. Бишкек – НЦОМИД и РКИБ;

Критерии отбора ОЗ: географическое расположение, уровни оказания помощи, интенсивность мероприятий, динамика показателей и отсутствие аналогичных вмешательств со стороны других проектов.

- Проведены полу-структурированные интервью с руководством и заведующими родильных и детских отделений отобранных ОЗ;
- Проведены фокус-групповые дискуссии с врачебным и средним медицинским персоналом родильных и детских отделений ОЗ;
- Собраны отчеты для оценки фармакологического менеджмента (оборотные ведомости за 2014-2016 гг.; структура заболеваемости детских и родильных отделений за 2014-2016 гг.; и ПЖВЛС и дополнительные списки ЛС за 2014-2016 гг.;

3. Сбор данных на национальном уровне:

- Проведены глубинные и полу-структурированные интервью с:
 - Представителями МЗ КР, ФОМС, РМИЦ;
 - Руководством НЦОМид/Центра МиО, РКИБ;
 - Представителями профессиональных ассоциаций (Ассоциация акушеров, гинекологов и неонатологов, Кыргызский Альянс Акушеров);
 - Международные партнерские организации (ГИЗ, ЮНФПА, ВОЗ, ВБ).
- Наблюдение (observations): участие на конференциях и обсуждениях ОЗ по управлению качеством оказываемой помощи.

Раздел 4. Результаты оценки

4.1. Актуальность

Актуальность Проекта ЮНИСЕФ «Продвижение мира через улучшение здоровья матери и ребенка в конфликтных регионах», оценивалась в контексте национальных программ и приоритетов в области ОЗМиР, реализуемых на национальном уровне и в пределах сектора здравоохранения.

Так, цели и задачи Проекта ЮНИСЕФ согласуются и поддерживают международные обязательства, взятые Кыргызстаном перед мировым сообществом по достижению ключевых целей, в частности ЦРТ- 4 и ЦРТ- 5 (в период до 2015 г.). Начиная с сентября 2015 года, государствами-членами ООН официально принята Повестка дня в области устойчивого развития до 2030 года, в рамках которой определен набор из 17 Целей устойчивого развития (ЦУР) для будущего международного сотрудничества. ЦУР сохраняют преемственность с ЦРТ и охватывают сравнительно более широкий круг вопросов по развитию в экономической, социальной и экологической сферах. В

настоящее время международные ЦУР, включая цели в области ОЗМиР, адаптированы к условиям Кыргызстана и являются частью государственной политики с интеграцией их в национальные стратегические документы. Например, такие как, «Национальная стратегия устойчивого развития Кыргызской Республики на период 2013-2017 годы», «Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года («Здоровье 2020»), и другие.

Здоровье матери и ребенка является одним из четырех приоритетных направлений в Национальной программе реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» (2012 – 2016 гг. с продлением до 2018 г.). Данная программа и Проект ЮНИСЕФ имеют единые цели и задачи по ОЗМиР, а именно: улучшение основных показателей по заболеваемости и смертности среди матерей и детей, устранение барьеров для справедливого доступа к качественным услугам здравоохранения, а также усиление системы здравоохранения в целом. Дополнительно Проект ЮНИСЕФ был нацелен на (i) оказание поддержки МЗ КР и ФОМС в совершенствовании подходов в управлении качеством медицинской помощи, и (ii) повышение информированности населения по вопросам здоровья через мобилизацию СКЗ, что также согласуется с мероприятиями Программы «Ден соолук».

Кроме того, цели и задачи настоящего Проекта ЮНИСЕФ поддерживают приоритеты других программ по ОЗМиР в секторе здравоохранения:

- «Программа по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008 - 2017 годы» направлена на снижение материнской, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности за счет повышения качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным с соблюдением равного доступа по всем регионам страны;
- «Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года» нацелена на соблюдение оптимального интервала между родами и использование современных методов планирования семьи для рождения здоровых и желанных детей;
- Программа «Иммунопрофилактика» на 2013 – 2017 годы направлена на уменьшение распространенности инфекционных заболеваний среди детей.

Следует также отметить, что в рамках оцениваемого Проекта сохранена преемственность с мероприятиями, реализованными ЮНИСЕФ в предыдущие годы:

- Проект по реформированию перинатальной помощи в Кыргызстане, 2009-2010 гг.;
- Проект в рамках Совместной Программы ООН (DAO) по обеспечению доступа женщин репродуктивного возраста и новорожденных в пострадавших районах КР к качественным медицинским услугам на период, 2010-2013 гг. (5 больниц в Ошской и Баткенской областях);
- Проект по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и быстрому восстановлению, 2010-2011 гг.;
- Проект «Содействие социальному равноправию в самых нуждающихся и отдаленных сообществах», 2012 – 2015 гг. (20 больниц, организации ПМСП и сообщества в Ошской, Баткенской и Джалал-Абадской областях).

В результате проведенных мероприятий были улучшены уход при физиологических родах и послеродовой уход за родильницами и здоровыми новорожденными. Но вместе

с тем, сохранялись такие препятствия для дальнейшего прогресса, как дефицит кадров и низкий уровень необходимых практических навыков среди акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов и неонатологов по неотложной акушерской и неонатальной помощи. Данная ситуация усугублялась недостаточной эффективностью клинической подготовки и переподготовки как врачебного, так среднего медицинского персонала, а также полным отсутствием системы наставничества на «рабочем месте». Роль акушерок в улучшении качества предоставляемых услуг матерям и детям оставалась на низком уровне.

Накопленный опыт, основанный на поэтапном внедрении и расширении доказательных стратегий и подходов, был успешно использован при реализации текущего Проекта. Для того, чтобы адресовать вышеуказанные препятствия акцент был сделан на обеспечение непрерывного качественного обучения медицинских специалистов родовспомогательных организаций здравоохранения (обучающие тренинги «Эффективный перинатальный уход», «Эффективная помощь новорожденному», «Первичная реанимация новорожденных», «Поможем ребенку дышать» для акушерок, «Углубленные мероприятия по поддержанию жизнедеятельности у детей» (Pediatric Advanced Life Support - PALS) и программа ИБДВ КС «Оказание стационарной помощи детям»), а также на проведение интегрированного мониторинга и оценки внедрения перинатальных и педиатрических услуг и супервайзерских визитов.

Таким образом, цели и задачи оцениваемого Проекта ЮНИСЕФ поддерживают национальные приоритеты, программу SWAP, дополняют инициативы МЗ КР и ФОМС, а также других ключевых партнеров в секторе здравоохранения (проекты ВБ и ГИЗ), а внедряемые стратегии и подходы способствуют развитию системы здравоохранения, усилению потенциала медицинского персонала, повышению качества и доступа медицинской помощи, особенно для уязвимых групп населения.

4.2. Результативность

В данном разделе представлены результаты Проекта, полученные в ходе реализации запланированных мероприятий. Анализ проведен с учетом отчетных данных, сайт-визитов, полу-структурированных интервью с респондентами и включает обзор достижения целевых показателей Проекта; итогов внедрения КС «Оказание стационарной помощи детям»; изменения в предоставлении помощи беременным, роженицам/родильницам и новорожденным; прогресса в управлении качеством помощи и в реализации инициатив по миростроительству.

4.2.1. Достижение целевых показателей Проекта

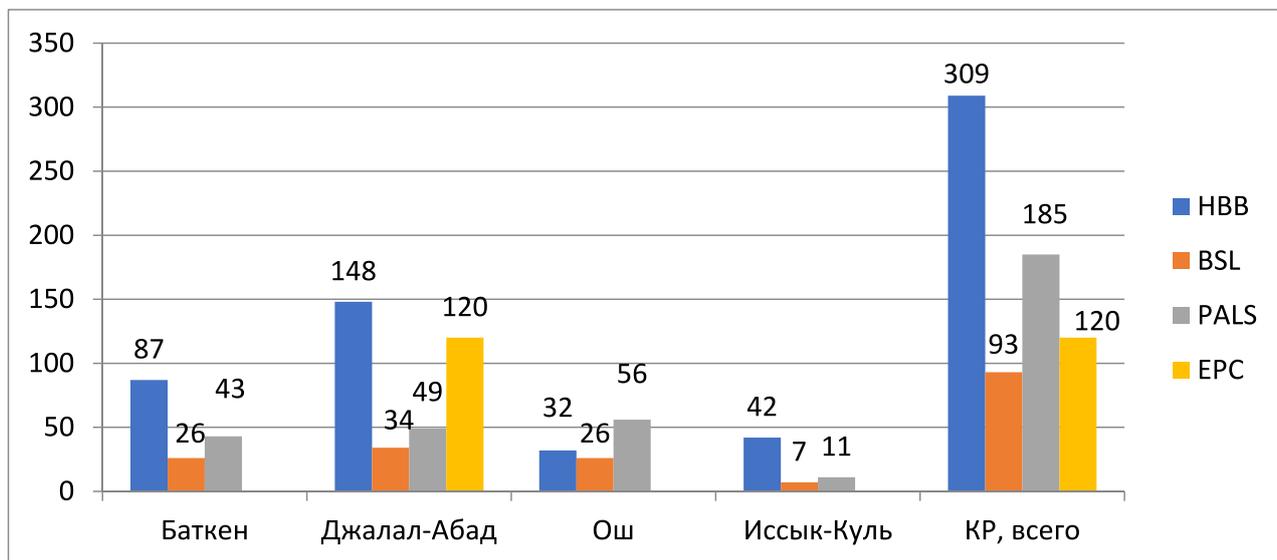
В целом, целевые показатели были достигнуты по всем 7 индикаторам Проекта (таблица 4.2.1).

Таблица 4.2.1. Показатели по ожидаемым результатам Проекта

Ожидаемый результат (Output)	Целевой показатель	Показатели на Сентябрь, 2017 года	Achievement of target
Результат 1. Улучшение клинических навыков медицинских работников	Обучение прошли 65% от общего числа медицинских работников пилотных ОЗ	83,1%	127,8%
Результат 2. Обеспечение медицинским оборудованием	12 ОЗ	26 ОЗ (Баткен - 6 ОЗ; Джалал-Абад - 10 ОЗ; Ош - 6 ОЗ; Иссык-Куль - 4 ОЗ)	216.7%
Результат 3. Улучшение водоснабжения, санитарии и температурного менеджмента в ОЗ	10 ОЗ	10 ОЗ (Джала-Абад - 6 ОЗ; Иссык-Куль - 4 ОЗ)	100%
Результат 4. Обучение руководителей ОЗ по вопросам качества	Обучение прошли 80% от общего количества представителей руководства пилотных ОЗ	87,5%	109%
Результат 5. Совершенствование системы МиО на национальном уровне и на уровне ОЗ	На уровне ОЗ: данные собираются, анализируются и используются для планирования и принятия решений. На национальном уровне: сформирована комплексная МиО система для эффективного анализа показателей здоровья и реагирования на нужды населения.	Результаты детально описаны в отчете	Достигнут удовлетворительный прогресс
Результат 6. Мобилизация СКЗ для работы с населением	На 40% увеличена осведомленность уязвимых семей об опасных признаках беременности и болезней детского возраста (базовые показатели 62-80% и 53-83% соответственно, 2013г.)	Результаты детально описаны в отчете	Достигнут удовлетворительный прогресс
Результат 7. Проведение Круглых Столов для улучшения взаимодействия в приграничных зонах	Разработан совместный план по обеспечению доступа к неотложной помощи	Результаты детально описаны в отчете	Достигнут удовлетворительный прогресс

По Результатам №1 «Улучшение клинических навыков медицинских работников» и №4 «Обучение руководителей ОЗ по вопросам качества» процент достижения целевых показателей составил 127,8% и 109% соответственно. Как видно из приведенных ниже данных, наибольший акцент был сделан на обучение медицинских работников из Джалал-Абадской области, которая была включена в Проект по запросу МЗ КР и является новой среди пилотных областей ЮНИСЕФ (Рис. 2).

Рис.2. Количество обученных медицинских работников по областям по основным тренингам



В соответствии с потребностью и запросами практического здравоохранения наибольший охват (83,1%) был достигнут программой «Помоги ребенку дышать» для акушерок (табл.4.2.2.).

Таблица 4.2.2. Количество обученных медицинских работников по учебным модулям

№	Название учебного модуля	Общее количество медицинских работников в пилотных ОЗ, чел.	Из них обучено, чел.	%
1	Первичная реанимация новорожденных (НВВ)	372	309	83,1
2	Базовая неотложная помощь (BLS)	381	93	24,4
3	Углубленные мероприятия по поддержанию жизнедеятельности у детей (PALS)	615	185 / 26*	30,1
4	Эффективный перинатальный уход (EPC)	276	120	43,5
5	“Уход за новорожденным” и “Уход за маловесным ребенком”	96	65 / 9*	67,7
6	Неонатология (новый КП)	179	138 / 43*	77,1

Примечание: *количество медицинских работников из Нарынской, Таласской и Чуйской областей (78 из общего числа обученных).



Выпускники первого тренинга по квалифицированной реанимационной помощи детям. Бишкек, 2014 г

Данные по количеству обученных из числа руководителей ОЗ приведены в табл. 4.2.3.

Таблица 4.2.3. Количество руководителей ОЗ, прошедших обучение по непрерывному улучшению качества медицинской помощи

Область	Общее количество руководителей ОЗ, чел.	Количество обученных, чел.	Охват обучением,
в %	18	16	88,8
Баткен	18	16	88,8
Джалал-Абад	21	18	90,0
Ош	19	17	89,5
Иссык-Куль	6	5	83,3
Всего по пилотным ОЗ	64	56	87,5
Представители МЗ КР, КГМИПКиК, республиканских и национальных ОЗ, профессиональной ассоциации	14	14	100
КР, всего	78	70	90,1

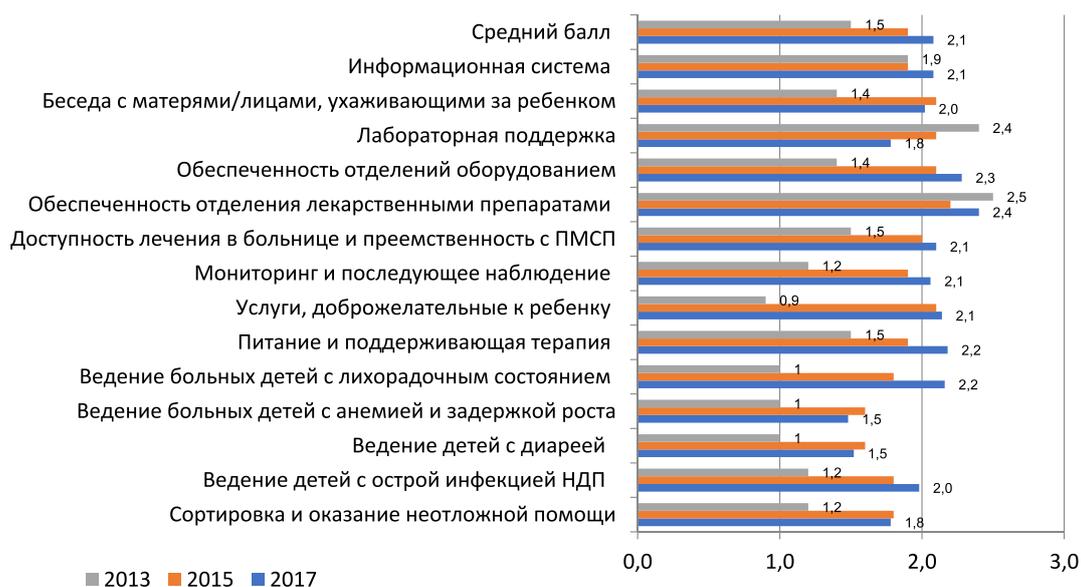
По Результату №2 «Обеспечение медицинским оборудованием» процент исполнения индикатора составил 216,7%, где необходимое оборудование (СРАР-аппараты, мониторы, пульсоксиметры, инфузионные насосы, распылители и медицинские вентиляторы) было поставлено в 26 вместо 12 запланированных ОЗ во всех 4х пилотных областях. На 100% исполнены планы по Результату №3, а именно проведение ремонтных работ в 10 ОЗ (водоснабжение, отопление, улучшение условий для соблюдения санитарии и личной гигиены и др.). Описание Результатов № 5, 6 и 7 включены в подразделы 4.2.4. и 4.2.5.

4.2.2. Качество стационарной помощи детям



Отмечается положительная динамика по 14 индикаторам для отслеживания качества стационарной помощи детям. Ниже представлены данные по 10 ОЗ из трех пилотных областей, отслеживаемые в ходе мониторинговых и супервайзерских визитов (Рис.3). За период реализации Проекта по большей части индикаторов идет положительная динамика (каждый индикатор оценивался по 3х – балльной системе). Так, средний балл по 10 ОЗ вырос с 1,5 (2013 г., базовый год) до 2,1 баллов (январь, 2017 г.).

Рис. 3. Динамика показателей по 14 основным индикаторам по оказанию стационарной помощи детям (ИБВДВ) в 10 пилотных ОЗ Ошской, Джалал-Абадской и Баткенской областях, данные за 2013, 2015 и январь 2017 года⁸

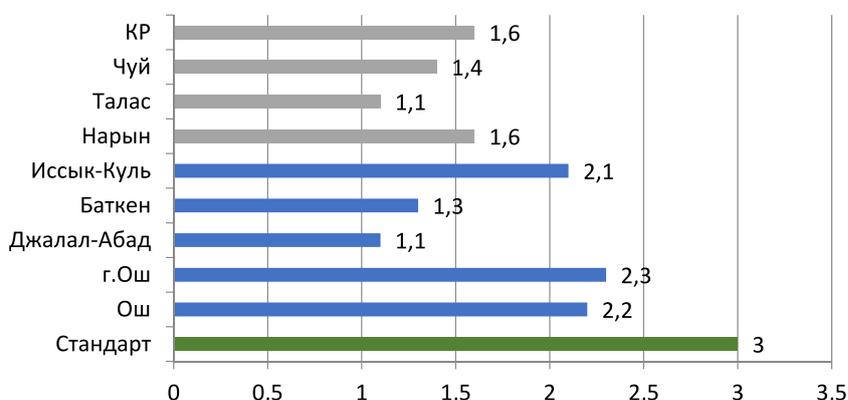


Наилучшие показатели отмечены по информационным системам, обеспеченности оборудованием, ЛС, доступности лечения в стационаре, мониторингу и последующему наблюдению, доброжелательным услугам, питанию и ведению больных с лихорадочным состоянием (выше 2х баллов).

По оставшимся индикаторам также идет небольшая положительная динамика, но общий балл менее 2х. Это такие задачи, как ведение больных с анемией, диареей, острой инфекцией нижних дыхательных путей, сортировка и оказание неотложной помощи. Следует отметить, что индикатор «лабораторная поддержка» является единственным индикатором, по которому идет стабильное снижение показателя (с 2,4 в 2013 г. до 1,8 в январе 2017 г.).

Общая картина по всем областям КР приведена на Рис.4. Как видно из приведенных данных, наилучшие показатели по среднему баллу отмечены в пилотных областях – Иссык-Кульской, Ошской и в г.Ош (в среднем более 2-х баллов). Ситуация в Баткенской и Джалал-Абадской областях требует дальнейшего улучшения (средний балл 1,3 и 1,1 соответственно). Средний балл по Кыргызстану невысок и составил - 1,6 баллов.

Рис.4. Средний балл по итогам оценки 14 индикаторов больниц в разрезе областей, программа ИБВДВ, январь 2017 год



⁸ Используются (i) данные Отчета «Сравнительный анализ результатов базовой оценки (2013г.) и последующей оценки при супервайзерском визите (2015г.) по программе ИБВДВ в ЦОВП/ТБ и ООБ в Ошской, Баткенской и пилотных районах Джалал-Абадской областей (2015 г.)» и (ii) показатели из сводных отчетов по мониторингу и супервизии по трем областям по за январь 2017 года.

Оценка историй болезни по 9 индикаторам показывает положительную динамику. Во время мониторинговых и супервайзерских визитов оценивалось качество клинической практики (выборочно, на примере 20 историй болезни в каждом отделении). Динамика показателей в 10 ОЗ за трехлетний период представлена ниже (Рис. 5).

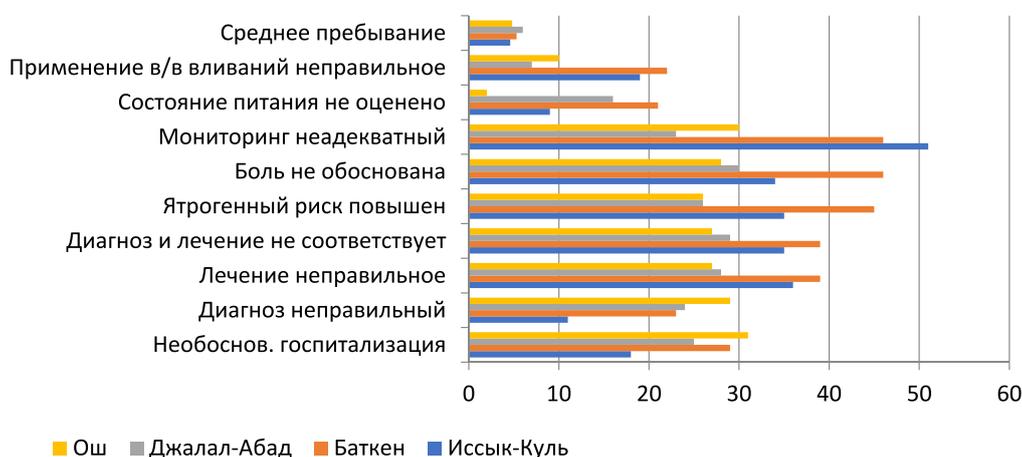
Рис. 5. Динамика показателей по оценке историй болезни в 10 пилотных ОЗ Ошской, Джалал-Абадской и Баткенской областях за 2013, 2015 и январь 2017 гг., программа ИВБДВ, в %



Как видно из приведенных данных, в 2017г. значительно снизилось количество необоснованных в/в вливаний, состояние питания начали оценивать с акцентом на выявление тяжелого нарушения питания, улучшился мониторинг состояния больного ребенка, а также оценка и классификация (диагностика) заболеваний, снизилось количество необоснованных госпитализаций, назначение лекарственных препаратов парентерально. Так, процент нарушений по разным аспектам лечения снизился с 63,3-86,9% до 12,5-31,7%.

Сравнительная оценка данных по всем четырем пилотным областям приведена на Рис.6. Необходимо отметить, что во всех областях снизился процент необоснованных госпитализаций, а среднее пребывание пациента на койке не превышает 6 дней. Хорошую динамику показали Ошская и Джалал-Абадская области (показатели 30% и менее). Баткенская и Иссык-Кульская области по таким показателям, как мониторинг, необоснованная боль, ятрогенный риск, несоответствие диагноза и лечения, и неправильное лечение имеют показатели выше 30 %.

Рис.6. Сравнительный анализ оценки историй болезни в ОЗ в разрезе пилотных областей, январь 2017 год, в %



Сделан вклад в улучшение клинических навыков медицинских работников по оказанию неотложной помощи детям. Акцент на данном направлении был сделан в связи с высокой летальностью детей в первые сутки госпитализации. Это факт был обусловлен низкой информированностью ухаживающих об опасных признаках заболеваний у детей и поздним обращением за медицинской помощью, с одной стороны, а с другой - неадекватной сортировкой детей в приемном покое и, соответственно, поздним началом соответствующих лечебных мероприятий. Следует отметить, что на начальных этапах Проекта мониторинг оказания стационарной помощи детям выявил низкие знания и практические навыки у реаниматологов по оказанию базовой и/или специализированной реанимационной помощи детям⁹ и респираторной поддержке (работа с аппаратами ИВЛ, позднее взятие на ИВЛ). Кроме того, имело место недостаточное обеспечение медицинским оборудованием отделений реанимации, т.е. не выполнялся стандарт¹⁰ по оснащению «одного рабочего реанимационного места»¹¹. В связи с этим, по инициативе МЗ КР и при технической поддержке ЮНИСЕФ, с ноября 2016 г. начато обучение медицинских работников пилотных стационаров по реанимации детей на базе модуля «Углубленные мероприятия по поддержанию жизнедеятельности у детей» (Pediatric Advanced Life Support - PALS) с приглашением специалистов из Литвы. Создана команда Национальных тренеров по PALS (подготовлены 9 национальных инструкторов) и обучены 73 медицинских специалистов неотложной медицины с южного и северных регионов. Кроме этого, национальными инструкторами в последующем проведены обучающие тренинги для Ошской, Джалал-Абадской и Баткенской областей, где дополнительно были обучены 112 медицинских специалистов неотложной медицины. Всего обучены курсу PALS 185 медицинских работников пилотных стационаров. Средний показатель уровня знаний по PALS во время последнего этапа тренингов составил: претест – 57%, посттест – 85,4%.



9 Оценка состояния детской стационарной помощи в г. Бишкеке и в Южном регионе Кыргызстана, 20-28 марта, 2013 г., Кыргызстан. ЮНИСЕФ.

10 Отчет по мониторингу ОЗ и обученных медработников по курсу «Углубленные мероприятия по поддержанию жизнедеятельности у детей» (PALS) для сотрудников службы экстренной медицинской помощи пилотных организаций здравоохранения Кыргызской Республики». 2016г. ЮНИСЕФ.

11 Стандарт оснащения 1 рабочего места: 1 аппарат для дыхательной поддержки [ИВЛ или СРАР]; 2- 3 шприцевых насоса; 1 монитор; 1 небулайзер, 1 электроотсос на 2 рабочих мест;

Параллельно при технической поддержке ЮНИСЕФ на уровне МЗ была создана рабочая группа по разработке 4-х клинических протоколов¹²: «Оценка состояния ребенка», «Шоки у детей», «Сердечно-легочная реанимация - базисная и расширенная» и «Острый респираторный дистресс синдром и дыхательная недостаточность». Данные клинические протоколы утверждены через Экспертный совет доказательной медицины МЗ КР.



Также в рамках Проекта в 26 пилотных ОЗ были поставлены аппараты ИВЛ (5 шт.) и СРАР (12 шт.), медицинские вентиляторы (8 шт.), и распылители, инфузионные насосы, мониторы, пульсоксиметры (по 30 шт.), что положительно отразилось на качестве проводимых лечебных и реанимационных мероприятий. Выборочный анализ использования аппаратов ИВЛ и СРАР, а также высказанные мнения респондентов показали, что есть необходимость в дополнительном обучении персонала правилам работы с поставленным

оборудованием (показания к применению, техническая эксплуатация). В связи с этим запланировано обучение 16 пар врач-медицинская сестра реанимационного отделения командой международных тренеров по использованию вентиляционного оборудования при реанимации детей в декабре 2017.

Оптимизирована система перенаправлений при оказании помощи детям Ошской области. Созданная рабочая группа из специалистов различных областей (педиатры, семейные врачи, реаниматологи и др.) на областном уровне здравоохранения разработали критерии перенаправления детей по уровням оказания медицинской помощи детскому населению по Ошской области и г. Ош. В настоящее время готовится проект приказа «Об оптимизации критериев перенаправления детей по уровням оказания медицинской помощи детскому населению по Ошской области и г. Ош» для утверждения и внедрения в практику.

Дополнительные результаты внедрения Карманного Справочника «Оказание стационарной помощи детям в пилотных стационарах. Внедрение Карманного справочника, утвержденного Приказом МЗ КР №464 от 5 августа 2013 г., также привело к следующим изменениям:

- В стационарах проведены реорганизации или организации приемно-сортировочных отделений (ПСО), что позволило улучшить сортировку пациентов и обеспечить своевременное оказание неотложной медицинской помощи;
- Снижение необоснованных госпитализаций привело к уменьшению количества пациентов в отделениях, что в свою очередь способствовало сокращению или объединению медицинских постов (ОМДКБ, ТБ Ноокатского района и др.) и/или перемещению этих постов в другие отделения;
- Согласно КС, госпитализации подлежат только те дети, которые находятся в тяжелом состоянии и нуждаются в реанимационной помощи. Поступление в стационар детей, состояние которых не попадало в категорию «тяжелое», но требовало наблюдения, и/или дети, приехавшие из отдаленных местностей и нередко в ночное время суток, привело к организации отделений краткосрочного пребывания (ОКП) больного ребенка в стационаре (см. раздел 4.3.2.);

¹² Приказ МЗ КР №527 от 13.07.2016г. «О разработке Клинических протоколов по реанимационной помощи детям и о проведении круглого стола по обсуждению разработанных клинических протоколов и критериев направления и перенаправления больного ребенка с одного уровня на другой уровень здравоохранения».

- Значительно снизилось количество необоснованных в/в вливаний, улучшился мониторинг состояния больного ребенка и оценка и классификация (диагностика) состояний у детей;
- Во всех ПСО, ОРИТ и детских/инфекционных отделениях больниц имеются настенные наглядные схемы КС, которые используются обученными медицинскими работниками;
- Улучшилась обеспеченность ПСО, ОРИТ и детских/инфекционных отделений больниц лекарственными препаратами (включая диазепам, сальбутамол), оборудованием (О2 концентратор, глюкометр, пульсоксиметр и др.);
- В пилотных стационарах организованы ПОР в приемно-сортировочных и и/или инфекционных отделениях;
- При оказании неотложной медицинской помощи детям медицинские работники начали работать в команде, где каждый член команды выполняет определенные функции неотложной медицинской помощи;

Из сохраняющихся трудностей необходимо отметить:

- Некачественный разбор смертности умерших детей на местах (в рецензиях умерших детей нет детального обоснования причины смерти ребенка, оценки качества услуг на каждом этапе оказания медицинской помощи) и низкий процент патологоанатомических вскрытий;
- Требуют обновления инструменты мониторинга оказания стационарной помощи детям;
- Недостаточен командный подход с усилением и повышением роли медсестер;
- Недостаточная готовность стационаров по оказанию неотложной помощи (низкий уровень знаний и практических навыков у медицинских работников и недостаточное обеспечение оборудованием для оказания неотложной помощи (30-40% детей умирают в первые сутки госпитализации));
- Отсутствие или неудовлетворительная работа имеющейся консультативно-транспортной службы для оказания неотложной и квалифицированной помощи детскому населению;
- Недостаточная преемственность ЦСМ и ТБ (на уровне ПМСП перед направлением в стационар детям с тяжелыми состояниями не дается первая доза соответствующего лекарственного препарата, несвоевременная передача выписок из историй болезней, несвоевременные активные посещения детей на дому, выписавших из стационара);
- Медицинские работники ПМСП не обучены оказанию неотложной помощи детям, а также обновленной программе ИВБДВ, учитывающей новые рекомендации ВОЗ;
- Все еще низкий уровень знаний родителей об опасных признаках заболеваний у детей (позднее обращение).

4.2.3. Качество перинатальных услуг беременным, роженицам, родильницам и новорожденным

Динамика индикаторов по системам поддержки больниц. По системам поддержки больниц отслеживалось 7 индикаторов. В целом за период реализации Проекта отмечена положительная динамика (Рис.7,8). Ниже представлены данные трех мониторинговых визитов в динамике на примере Джалал-Абадской области, которая одной из последних вошла в число пилотов ЮНИСЕФ.

Рис. 7. Динамика прогресса индикаторов МиО по разделу «Система поддержки больницы»: АКУШЕРСТВО (на примере Родильного отделения ЖООКБ)

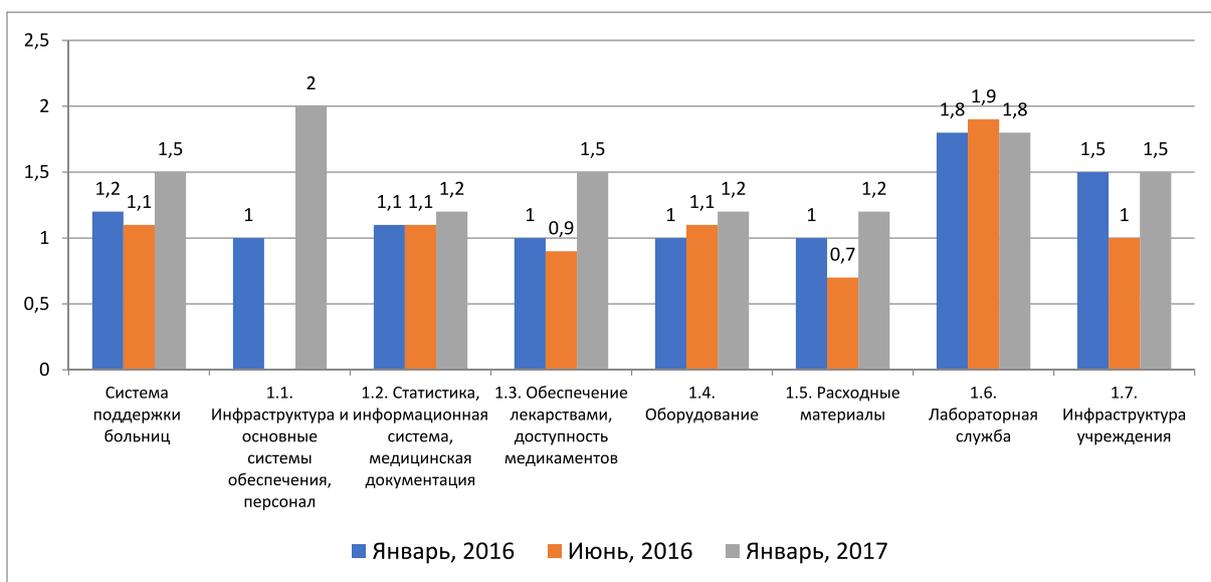
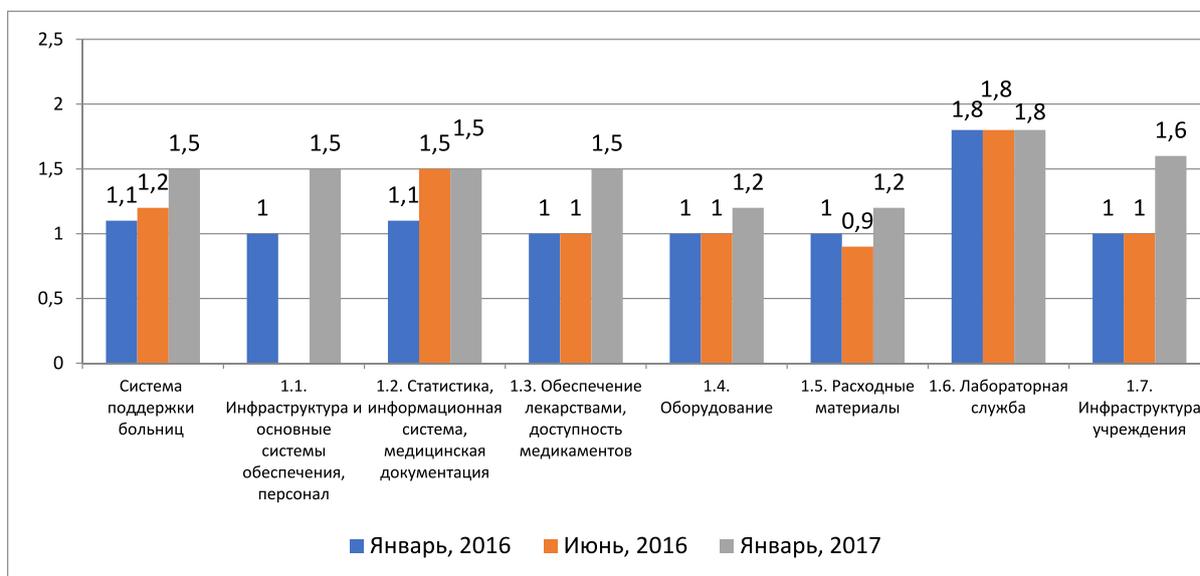


Рис. 8. Динамика прогресса индикаторов МиО по разделу «Система поддержки больницы»: НЕОНАТОЛОГИЯ (на примере Родильного отделения ЖООКБ)



По разделу «Система поддержки больницы» отмечается прогресс, как по разделу «акушерство» (отмечен рост среднего показателя с 1,2 в январе 2016 г. до 1,5 баллов в январе 2017 г.), так и по разделу «неонатология» (с 1,1 до 1,5 баллов). По акушерству улучшение ситуации идет в основном за счет повышения числа акушерок (с 1,0 до 2 баллов) и улучшения обеспеченности лекарственными средствами (с 1 до 1,5 баллов). Что касается неонатологии, то здесь заметно была улучшена инфраструктура (с 1 до

1,6 баллов), а также таких индикаторов, как обеспеченность персоналом, медикаментами и ведение статистических данных и медицинской документации (в среднем с 1 до 1,5 баллов). Вместе с тем, необходима дальнейшая непрерывная и устойчивая административная поддержка в обеспечении родильного отделения, поскольку полученные результаты все еще далеки от достижения максимального балла (оценка проводилась по 3х-балльной системе).

Управление человеческими ресурсами на уровне ОЗ: ситуационный анализ и динамика (на примере Джалал-Абадской области). Неравномерность распределения квалифицированных специалистов является одной из весомых причин внедрения принципа регионализации в стране. К примеру, анализ данных по распределению квалифицированных специалистов в соответствии с уровнем оказания перинатальной помощи по Джалал-Абадской области на 2014-2016 годы показал, что из общего числа неонатологов области (26 специалистов) только 50,0% или 13 специалистов работают в ОЗ I уровня, остальные 50,0% или 13 специалистов сосредоточены на уровне Джалал-Абадского областного родильного стационара (далее ЖООКБ) (Табл. 4.2.4.).

Фактически по области круглосуточный пост неонатологов организован только в 2 (или 14,8%) из 14 ОЗ области (ЖООКБ и Сузакская ТБ). Повсеместно в организациях здравоохранения I уровня (9 ТБ и 4 ЦОВП) фактически работает по 1 неонатологу, которые осуществляют уход только в дневное время (в ночное - по ургентству). Таким образом, в ночное время в уход за новорожденными вовлечены медсестры и общепольничные специалисты (неонатальные медсестры, педиатры, акушеры-гинекологи, реаниматологи, хирурги), которые не обладают достаточными знаниями и навыками по вопросам организации и обеспечения ухода за больными и новорожденными с малой массой тела (по респираторной поддержке, инфузионной терапии и мониторингу [суточный и почасовой диурез]). Этот факт не может не сказываться на выживаемости новорожденных.



Одновременно, имеет место нерациональное использование имеющихся ставок неонатологов в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (далее ОРИТН) областного родильного стационара (13 ставок неонатологов или 11 физических лиц на 75 коек совместного пребывания «матери и ребенка»). Из общего числа 13 ставок неонатологов 3,5 ставки (1 пост в ночное время и в дневное время) направлены на уход за здоровыми новорожденными (принимают участие при рождении

здоровых новорожденных, проводят осмотр новорожденных после рождения, по необходимости осуществляют первичную реанимацию). При этом в ОРИТН (на 9 коек) направлено только 5,5 ставок. В итоге, в дневное время на 1 специалиста приходится – до 4 новорожденных, а в ночное время на 1 неонатолога приходится от 9 до 15 больных новорожденных. Указанное распределение имеющегося персонала, когда квалифицированные неонатологи ориентированы на уход за здоровым новорожденным в ущерб больным и недоношенным младенцам, не способствует улучшению качества ухода за больными и преждевременно-родившимися новорожденными и их выживаемости.

Таблица 4.2.4. Распределение специалистов перинатальной службы в ОЗ по Джалал-Абадской области в зависимости от уровня предоставления услуг, 2014-2016 гг.

	2014		2015		2016	
	Number	%	Number	%	Number	%
Общее число акушеров-гинекологов по области	68		74		71	
Акушеры-гинекологи на I уровне (ТБ и ЦОВП)	51	75.0	55	74.3	49	69.0
Акушеры-гинекологи на II уровне (ЖООКБ)	17	25.0	19	25.7	22	31.0
Общее число акушерок по области	215		215		214	
Акушерки на I уровне (ТБ и ЦОВП)	13	54.2	13	52.0	13	50.0
Акушерки на II уровне (ЖООКБ)	11	45.8	12	48.0	13	50.0
Общее число неонатологов по области	24		25		26	
Неонатологи на I уровне (ТБ и ЦОВП)	13	54.2	13	52.0	13	50.0
Неонатологи на II уровне (ЖООКБ)	11	45.8	12	48.0	13	50.0
Общее число неонатальных м/с по области	89		91		87	
Неонатальные м/с на I уровне (ТБ и ЦОВП)	56	62.9	58	63.7	54	62.1
Неонатальные м/с на II уровне (ЖООКБ)	33	37.1	33	36.3	33	37.9

Круглосуточный пост акушер-гинекологов организован только в 7 (или 50%) из 14 организаций здравоохранения (ЖООКБ, ТБ Сузак, Базаркоргон, Кочкората, Алабука, Аксы и Ташкомур). Кроме того, несмотря на высокую «укомплектованность» по Джалал-Абадской области на 1 акушерку приходится по 5-6 родов за сутки (Аксы ТБ – 1/на 8, Ала-Бука ТБ – 1/на 5, ЖООКБ, Сузак ТБ и Базар-Коргон ТБ – 1/на 5/6). В то же время по международным стандартам в целях улучшения качества ухода в родах рекомендуют обеспечить стандарт 1 акушерка на 1 роженицу в родах и раннем послеродовом периоде. Также в некоторых ОЗ 1 акушерка за сутки одновременно обеспечивает уход за роженицами в родах, матерями и их новорожденными, беременными на койках патологии беременности и в приемном блоке (Таш-Комур ТБ, ЦОВП Кара-Куль, Майлу-Суу, Каныш Кия). Таким образом, по обеспеченности только 3 (или 21,4%) ОЗ из 14 организаций здравоохранения приближены к международным стандартам, в которых на 1 акушерку приходится по 1,5/2 родов (Ноокен ТБ, Токтогул ТБ, Октябрьская ТБ, Кочкор-Ата ТБ).

Только в некоторых родильных отделениях Джалал-Абадской области сложилась хорошая практика, когда акушерки осуществляют уход за роженицами/родильницами и новорожденными в родах и в послеродовом периоде (ТБ Таш Комур, ЦОВП Майли Суу, Каракуль, Каныш Кия). Такая ситуация наблюдается в тех ОЗ, где нет круглосуточного поста акушеров-гинекологов. В большинстве ОЗ Джалал-Абадской области физиологические роды ведутся только акушер-гинекологами, при этом в партограмму данные о родах вносят акушерки. Акушерки либо не ведут роды совсем, либо ведут только в ночное время (Табл.4.2.5.). Подобный подход организации медицинской помощи на уровне ОЗ, когда акушер-гинекологи заняты ведением физиологических родов приводит к тому, что «страдают» организация и качество оказания неотложной акушерской помощи при отдельных медицинских состояниях (кровотечение, пре- и эклампсия, сепсис, экстрагенитальная патология и пр.).

**Таблица 4.2.5. Участие акушерок в физиологических родах,
Джалал-Абадская область**

	Количество родов	Фактическое число акушерок	Роды, принятые акушерками
	2016	2016	2016
ЖООКБ	5,023	9	560 (11.1%)
Сузакская ТБ	5,700	9	440 (7.7%)
Базар-Коргонская ТБ	2,696	9	650 (18.5%)
Аксыйская ТБ	2,519	4	500 (19.8%)
Ала-Букинская ТБ	2,360	8	360 (15.3%)
Ноокенская ТБ	2,407	3	410 (17.0%)
Токтогульская ТБ	1,136	4	580 (51.1%)
ЦОВП г. Таш-Кумыр	738	4	670 (90.8%)
ЦОВП г. Кара-Куль	530	4	480 (90.5%)
ЦОВП г. Майлуу-Суу	469	4	320 (68.2%)
Октябрьская ТБ	831	4	800 (96.3%)
Кочкоратинская ТБ	1,028	4	700 (68.1%)
Всего по области	25,437	64	6,470 (25.4%)

Таким образом, важным аспектом организации качественного ухода за беременными, роженицами/родильницами и новорожденными, внедрения утвержденных национальных клинических стандартов, международных рекомендаций в практику медицинских специалистов является не только обеспечение укомплектованности медицинского персонала, но и выполнение ими их функциональных обязанностей в соответствии с утвержденными нормативными актами. Необходимо увеличивать число акушерок и делегировать им полномочия по уходу за роженицами/родильницами и новорожденными при физиологических родах и в послеродовом периоде. При этом акушеры–гинекологи и неонатологи должны быть соответственно ориентированы на обеспечение качественного ухода за беременными, роженицами/родильницами с материнскими осложнениями и за больными и преждевременно-родившимися новорожденными.

Проведенный анализ деятельности акушерско-гинекологических отделений позволил обосновать и провести оптимизацию использования имеющихся человеческих ресурсов в родильных отделениях. Результатом улучшения потенциала руководителей и их понимания процессов управления качеством стало увеличение числа акушерок в ЦОВП Каракуль (8 акушерок против 4), Алабукинской ТБ (8 акушерок против 4), в родильном стационаре ЖООКБ организованы дополнительно 2 круглосуточных поста.

Данные по организации помощи приведены на рисунке ниже, где отмечается положительная динамика преимущественно за счет улучшения доступности услуг (с 1 до 1,5 баллов) (Рис.9).

Укрепление системы поддержки больниц. Как правило, низкие затраты на поддержание инфраструктуры и материально-технической базы ОЗ, отсутствие использования энергосберегающих технологий (утепление зданий, установка современных окон, солнечные батареи и пр.), низкая ориентированность на создание условий для пациентов (санитарно-техническое оборудование, душ, мебель, кровати, мягкий инвентарь и бытовая техника, интернет и пр.), не позволяют повысить качество предоставления медицинских услуг и удовлетворенность пациентов.

Рис. 9. Организация помощи (на примере Родильного отделения ЖООКБ)

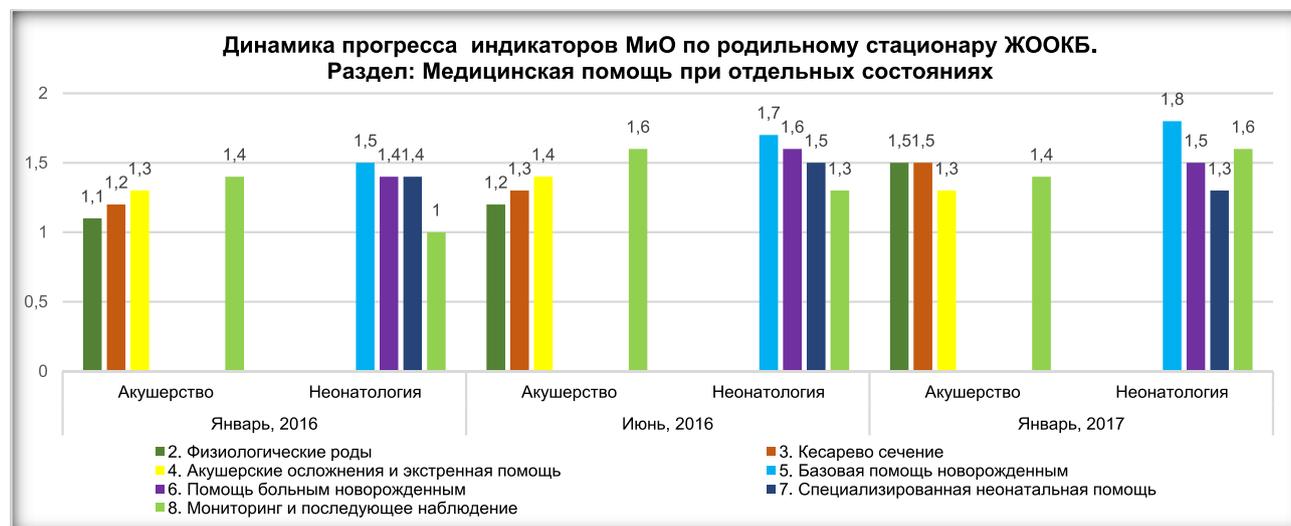


Санитарно-эпидемиологическую обстановку в ОЗ усугубляет отсутствие непрерывного доступа к чистой воде и к санитарно-техническим сооружениям (в адекватном количестве), что создает условия для передачи внутрибольничной инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи (ИСМП). К примеру, по Джалал-Абадской области основной проблемой остается водоснабжение: только в 5 ОЗ из 12 (41,7%) имеется круглосуточный доступ к чистой воде.

В связи с вышеуказанным, при технической поддержке ЮНИСЕФ осуществлен ремонт систем водоснабжения и канализации¹³ в родильных и детских отделениях 10 стационаров (в Иссык-Кульской области - 4 организации здравоохранения и Джалал-Абадской - 6). В результате, более 22 000 женщин и новорожденных ежегодно будут получать помощь в условиях, когда есть круглосуточно горячая и холодная вода, что также позволит снизить риск ИСМП.

По разделу «Медицинская помощь при отдельных состояниях»: отмечено улучшение по ведению физиологических родов (с 1,1 до 1,5 баллов) и кесарева сечения (с 1,2 до 1,5 баллов), а также базового ухода за здоровым новорожденным (с 1,5 до 1,8 баллов). Но сохраняется необходимость постоянного контроля над устойчивостью и дальнейшим повышением качества предоставляемых услуг (Рис.10).

Рис.10. Медицинская помощь при отдельных состояниях (на примере Родильного отделения ЖООКБ)



¹³ В рамках Проекта «Продвижение мира через улучшение здоровья матери и ребенка в конфликтных регионах» на общую сумму 28 млн 281 тыс. сом.

Дополнительные результаты по внедрению программы

ЭПУ в пилотных областях:

- Проведена оптимизация дополнительных помещений для родильных отделений с целью обеспечения условий безопасности и приватности для пациенток и их семей; организованы и максимально приближены к родильным комнатам неонатальные блоки (палаты интенсивной терапии); в части пилотных ОЗ сокращено число гинекологических коек, что позволило перераспределить имеющиеся человеческие ресурсы;
- Инициированы мероприятия по усилению роли акушерок, для чего в организациях здравоохранения медицинским специалистам предложен индикатор «Количество/доля физиологических родов, которые проведены акушерками». На уровне ОЗ акушеркам предложено заполнять и вести личный дневник, в котором необходимо будет проводить регистрацию вышеуказанного индикатора («Количество/доля физиологических родов, которые проведены акушерками»);
- Проведено обучение акушерок родильных отделений для обеспечения качественной неотложной неонатальной помощи новорожденным;
- Улучшилась командная работа (врач и медсестра, техники + фармакологи + руководители, совместные выезды);
- Повсеместно улучшилось качество ухода за роженицами и родильницами при физиологических родах;
- Повсеместно улучшилось качество ухода за здоровым новорожденным;
- Несколько улучшилась доступность стационарной помощи в стационарах II уровня (областные больницы) для беременных, рожениц/родильниц с медицинскими осложнениями;

Из сохраняющихся трудностей необходимо отметить:

- Анализ данных показывает, что наиболее острой проблемой всех регионов/районов является нехватка неонатологов и анестезиологов-реаниматологов, а также недостаточный уровень клинических навыков у имеющегося персонала по уходу за беременными, роженицами/родильницами с акушерскими осложнениями, больными и преждевременно-родившимися новорожденными;
- Недостаточная вовлеченность акушерок для принятия физиологических родов. Так, в структуре родов 85% это физиологические роды, но при этом анализ показывает, что только 9% из них это роды, которые были приняты акушерками;
- Значительного улучшения требует качество оказания неотложной помощи беременным, роженицам/родильницам с акушерскими осложнениями, больным и преждевременно-родившимся новорожденным (низкое качество мониторинга и последующего наблюдения);
- В большинстве организаций здравоохранения нет устоявшейся системы ежегодного профилактического ремонта и поддержки медицинского оборудования, включая закупку расходных материалов. Это подтверждается и отсутствием заявок на ремонт оборудования в Фонд технического обслуживания при МЗ КР со стороны ОЗ (для стационаров с коечным фондом свыше 300, заявка должна составляться на сумму более 24000 сом, до 300 коек – более 18000 сом, для ОЗ ПМСП – более 12000 сом)¹⁴;
- Приоритетной проблемой для всех ОЗ области является улучшение организации процессов инфекционного контроля;
- Отсутствие консультативно-транспортной службы.

¹⁴ Приказ МЗ КР «Положение Фонде Технического Обслуживания и ремонте медицинской техники МЗ КР» (№416 от 20.07.2012 год).

4.2.4. Управление качеством предоставляемой медицинской помощи

Проектом ЮНИСЕФ оказана поддержка МЗ КР в пересмотре Приказа «О совершенствовании системы управления качеством в организациях здравоохранения Кыргызской Республики». Данный Приказ делает акцент не только на вопросах инфекционного контроля в ОЗ, но и на клинических аспектах организации помощи; внесены изменения в структуру комитетов качества, предполагающие децентрализацию управления качеством внутри ОЗ (отделы по управлению качеством на уровне ОЗ и технические группы на уровне структурных подразделений ОЗ); введены новые элементы как клинический аудит (этапы и задачи для каждого этапа), должность клинического фармаколога и др. Данный приказ является одним из практических документов, который дает четкие инструменты по механизму улучшения качества медицинских услуг на уровне медицинского учреждения. Последний нормативный документ регламентирующий регулирование качества медицинских услуг был создан более 20 лет назад.

Усилена приверженность руководителей ОЗ к улучшению услуг по ОЗМиР через повышение их потенциала. В рамках Проекта ЮНИСЕФ обучено 56 руководителей пилотных ОЗ и 14 представителей из МЗ КР, КГМИПиПК, республиканских ОЗ и профессиональной ассоциации, где была представлена информация по вопросам управления качеством медицинской помощи, инструментам мониторинга и оценки, включая матрицу BABIES с ее возможностями по планированию мероприятий в области ОЗМиР. На национальном уровне придается большое значение необходимости укрепления потенциала руководителей:

«...Многое в ОЗ зависит от лидерских качеств руководителя, от того как он организует работу...»;

«...Очень слабый уровень подготовки руководителей, особенно в части управления качеством, отсутствует понимание своих обязанностей, отсутствует понимание преемственности. Необходимо командный подход в оказании помощи при неотложных состояниях, включая менеджеров для своевременного решения организационных вопросов...»;

«...Необходимо усиливать потенциал менеджеров...».

(из интервью с респондентами)

Визиты в отобранные для оценки ОЗ показали разный уровень вовлеченности руководителей в решение вопросов по ОЗМиР. Вместе с тем, есть целый ряд положительных примеров:

- активное улучшение инфраструктуры (ремонт, реорганизация), приобретение медицинского оборудования и лекарств для соответствия требованиям КС и другим КП;
- поиск решений для обеспечения преемственности: например, в соответствии с согласованным решением руководителей ОЦСМ и ООБ в приемном отделении стационара ежедневно по графику работает семейный врач, который принимает участие в сортировке пациентов (преимущественно детей), оказывает медицинскую помощь с рекомендациями тем, кто должен был обратиться в первую очередь ЦСМ, и затем передает информацию о пациенте в соответствующее ГСВ по приписке;
- улучшение коммуникации и преемственности между руководством и специалистами реанимационных отделений в ОЗ г. Бишкек (НЦОМид, РКИБ и ГДКБСМП). Так, совместное участие в обучающих тренингах и выработка единого понимания задач по улучшению качества оказываемых услуг способствовало снятию прежних

барьеров для пациентов (исключены случаи необоснованных перенаправлений). При необходимости специалисты принимают совместное решение, где именно и какая помощь должна быть оказана пациенту;

- введение практики обсуждения результатов интегрированных мониторингов и супервизий на областных коллегиях, когда непосредственно сами руководители докладывают данные по ключевым индикаторам и итоги проведенных работ в рамках программ по ОЗМиР, имеют возможность сравнить ситуацию по пилотным больницам и обменяться опытом по организации процесса оказания помощи матерям и детям.

Сформирован определенный пул национальных консультантов, осуществляющих мониторинг и супервизию, однако необходимо продолжить работу по укреплению потенциала консультантов. За три года реализации Проекта к проведению мониторинга и супервизии привлекались наиболее опытные и обученные специалисты из ОЗ всех уровней. Во время проведения опроса респондентов были выражены различные мнения:

«...Возможно у нее (о супервайзере) хорошие теоретические знания, но отношение к медицинскому персоналу было некорректное, высказывала резкие суждения во время обсуждений, что снижало мотивацию к обучению...»;

«...Мы здесь внедряем КС, но вот приезжали консультанты из Бишкека и, оказалось, что они работают по-старому...»;

«...Коммуникационные навыки некоторых консультантов нуждаются в улучшении...»;

«...Не все супервайзеры могут оказывать очень хорошую практическую помощь, мы даже иногда прямо просим прислать именно определенного консультанта...».

(из интервью с респондентами).

Списки консультантов для каждого визита в настоящее время формируются на уровне МЗ КР, где нет возможности заниматься дополнительными вопросами по организации и качеству визитов. Для выполнения роли мониторинга при помощи данного проекта создан Центр МиО при НЦОМИД.

Накоплен опыт по подготовке отчетов по мониторингу и супервизиям, но качество отчетов нуждается в дальнейшем улучшении. Несмотря на то, что методология проведения мониторинга и супервизии отработана и имеется единый набор индикаторов, оформление отчетов по итогам визитов нуждается в дальнейшей унификации. Отчеты содержат дублирующую информацию (описание целей и задач визитов), каждый консультант имеет свой стиль изложения, иногда нет четких различий между двумя видами отчетов, что отражается на сроках обработки содержащейся информации, преемственности и сопоставимости данных.

На уровне ОЗ данные по индикаторам качества собираются, анализируются и используются для планирования и принятия решений. В пилотных ОЗ под влиянием мониторинговых и супервайзерских визитов начал формироваться подход, когда идет планомерное отслеживание и анализ индикаторов качества (как на уровне отделений, так и на уровне ОЗ). С учетом выявленных пробелов и рекомендаций супервайзеров медицинский персонал подразделений разрабатывает план по улучшению ситуации, итоги работ презентуются на ежемесячных отчетных собраниях перед руководством и служат обоснованием для принятия решений на уровне ОЗ.

Продемонстрирована роль клинического фармаколога, входящего в состав Комитетов

качества, в проведении анализа применения ЛС и повышении эффективности использования финансовых средств на уровне ОЗ. Рациональное использование ЛС является важным компонентом в системе здравоохранения, а статья расходов на закупку ЛС занимает одно из ведущих мест в бюджете ОЗ и здравоохранения в целом. Согласно новому Приказу МЗ КР №454 «О совершенствовании системы управления качеством в организациях здравоохранения КР» в составе Комитетов качества предусмотрено наличие клинического фармаколога, на которого возлагается целый ряд функций, в том числе проведение клинико-экономического анализа. Оценка показала, что ОЗ национального и областного уровней начали вводить в штат клинических фармакологов. Что касается ОЗ районного уровня, то респондентами было отмечено наличие трудностей с привлечением данных специалистов, с одной стороны, из-за их недостатка в стране и, с другой, низкой заработной платы, предусмотренной для этой должности. Районные ОЗ в основном укомплектованы провизорами, которые нуждаются в обучении. Закупка ЛС нередко проводится на основе заявок предыдущего года.

Пример положительной практики: Впервые проведена Конференция по разработке индикаторов качества для улучшения ситуации по рациональному использованию ЛС. НЦОМид, будучи третичной ОЗ в области ОЗМиР, при поддержке со стороны Проекта ЮНИСЕФ инициировал проведение Конференции по разработке индикаторов качества с привлечением руководителей соматических и хирургических отделений НЦОМид, представителей ГКДБСМП, РКИБ и международных партнеров (ВОЗ, ГИЗ). На Конференции были представлены наглядные презентации по результатам VEN и ABC анализа использования ЛС по ключевым отделениям НЦОМид. Участники Конференции совместно обсудили выявленные недостатки, которые в зависимости от профиля отделений имели свои особенности (недоиспользование ЛС, рекомендованных КП; случаи необоснованного использования парентеральных препаратов и др.). По итогам Конференции было принято решение о необходимости улучшения ситуации. С этой целью каждое отделение взяло обязательство разработать по 1-3 индикатора качества для отслеживания процесса и достижения результата. Проведение данной Конференции продемонстрировало роль клинического фармаколога и использование результатов ABC/VEN анализа в качестве дополнительного инструмента для улучшения качества и эффективности предоставляемых услуг по ОЗМиР через рациональное использование ЛС.

В рамках данной оценки был проведен ABC/VEN анализ использования ЛС в 6 ОЗ (районный уровень – 2 ОЗ; областной – 3 ОЗ; и 1 ОЗ национального уровня) с акцентом на детские отделения и родильные дома за период с 2014 по 2016 гг.. Полученные результаты свидетельствуют, что ситуация по рациональному использованию и закупкам ЛС лучше в ОЗ, где имеется клинический фармаколог и/или уделяется должное внимание вопросам лекарственного менеджмента. Получены следующие результаты:

- Дополнительные списки ПЖВЛС включают препараты с недоказанной эффективностью, без указания международных непатентованных наименований и нередко дублируют основной список ПЖВЛС (больше характерно для ОЗ районного уровня);
- Практически во всех ОЗ отмечается постепенное увеличение доли расходов на изделия медицинского назначения (ИМН), что отражает более активное следование требованиям инфекционного контроля. При этом в областных ОЗ, особенно в родильных отделениях, процент расходов на ИМН значительно выше (52-71%) по сравнению с районными ОЗ (34-44%);

- В отдельных ОЗ имеет место закуп ЛС с недоказанной эффективностью (13,5-29% от общего количества закупленных ЛС) и/или дорогих препаратов, у которых есть более дешевые аналоги (8-30% в финансовом эквиваленте). Такая ситуация больше характерна для педиатрических отделений и отделений патологии новорожденных. Кроме того, большая часть расходов приходилась на закупку растворов и антимикробных препаратов для парентерального введения, что может свидетельствовать о необоснованно частом назначении в/м и в/в инъекций;
- Ситуация по акушерским отделениям и отделениям патологии беременных в отобранных ОЗ сильно не отличалась от стандартов, что скорее всего связано с довольно активным внедрением протоколов в акушерстве и гинекологии;
- Проведенный анализ показал все еще слабое внедрение клинических протоколов (или их отсутствие при некоторых нозологиях), недостаточное понимание формулярной системы и слабую работу лекарственного комитета. Только при условии взаимодействия всех этих систем возможна оптимизация менеджмента ЛС, что необходимо учесть на последующих этапах работы.

В целом, потенциальные преимущества от деятельности клинических фармакологов на уровне ОЗ остаются недоиспользованными.

На национальном уровне формируется комплексная МиО система для эффективного анализа показателей здоровья и реагирования на нужды населения. Проектом ЮНИСЕФ сделан вклад в развитие Центра МиО при НЦОМид. Прежде всего, был проведен ситуационный анализ в области сбора данных по ОЗМиР с привлечением международного консультанта. При содействии руководства НЦОМид Центр МиО был выведен из структуры прежнего АСУ, разработано Положение о Центре, выделены помещение и штаты, привлечены соответствующие специалисты. За счет средств Проекта сотрудники Центра прошли обучение, в том числе за рубежом, так же было закуплено необходимое оборудование (компьютеры и др.).

Центр МиО фокусируется на сборе, хранении и анализе информации по основным показателям смертности и заболеваемости по ОЗМиР (включая оперативные данные), о мероприятиях, проводимых в рамках Программы «Ден соолук» (доступность, качество услуг), в том числе международными партнерами и проектами. Центр МиО тесно взаимодействует с УОМПилП Министерства здравоохранения КР и Координатором по ОЗМиР для Программы «Ден соолук», принимая участие в подготовке данных к регулярным Саммитам по здравоохранению и заседаниям Тематических Групп.

Центр МиО уже имеет опыт проведения анализа данных по внедрению КС и программы ЭПУ на основе двух раундов мониторинговых и супервайзерских визитов, выполненных в пилотные ОЗ по Проекту ЮНИСЕФ. Эти данные впервые были презентованы руководителям ОЗ во время последнего Саммита по здравоохранению, где руководители могли сравнить ситуацию в своих организациях, обозначить общие проблемы и задачи для решения.

На последующие этапы Центр МиО ставит перед собой следующие задачи:

- Подготовка нормативной правовой документации по мониторингу и супервизии: описание портрета экспертов (квалификация, функции); разработка и утверждение руководства по проведению мониторинга и супервизии (методология, инструменты МиО, рекомендации по подготовке отчетов);
- Создание персонифицированной базы данных по национальным экспертам (на сегодняшний день при поддержке Проекта ЮНИСЕФ разработана платформа Ро-

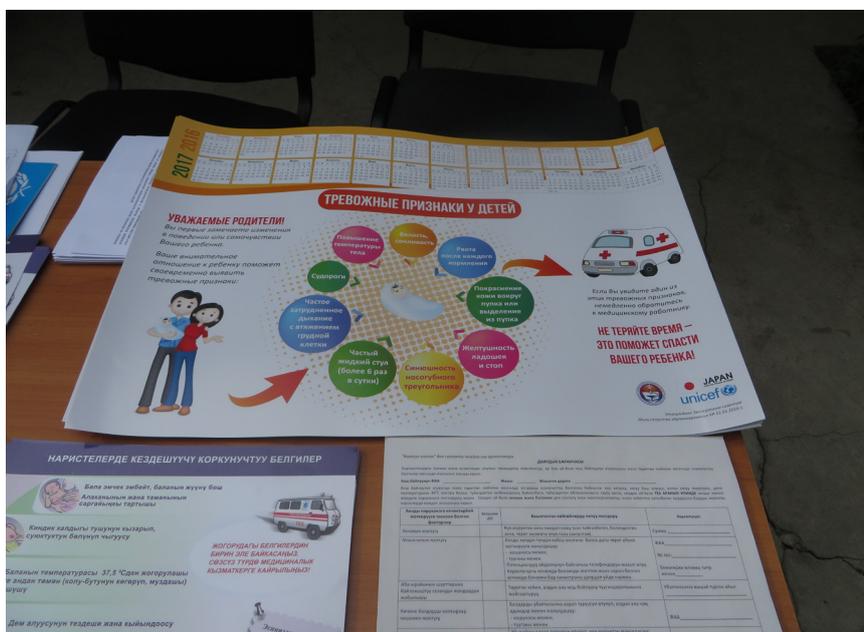
стера экспертов по мониторингу, которая содержит анкетные данные эксперта, его отчеты и отзывы о нем от руководителей Оз. Усиление потенциала сотрудников данного центра а также создание Ростера экспертов по мониторингу создает условия для улучшения аналитической функции мониторинга, усиления взаимосвязи между Центром и учреждениями, где проводится мониторинг;

- Дальнейшее расширение состава и укрепление потенциала экспертов по вопросам МиО и подготовке отчетов надлежащего качества;
- Налаживание наиболее полного потока информации по Проектам, реализуемым в области ОЗМиР другими партнерскими и международными организациями.

4.2.5. Инициативы по миростроительству

Необходимо отметить, что повышение информированности по вопросам здоровья матери и ребенка среди населения и обеспечение своевременного доступа к качественным медицинским услугам для жителей приграничных районов являются первоочередными задачами для Правительств Кыргызстана и Республики Таджикистан. Результаты Проекта по данному направлению приведены ниже.

Усилен потенциал членов 890 СКЗ в трех областях Кыргызстана по распознаванию опасных признаков при беременности и болезнях детского возраста. Поскольку позднее обращение за медицинской помощью является одним из факторов, оказывающих существенное влияние на уровень материнской и детской смертности, Проект обеспечил обучение 7035 членов из 890 СКЗ по опасным признакам беременности и детских болезней. За каждым членом СКЗ обычно закрепляется ответственность за определенное количество семей (в среднем 20), с которыми проводится работа в тесной взаимосвязи. Таким образом, потенциальными получателями необходимой информации могут стать более 100 тыс. матерей и беременных женщин в трех пилотных областях (табл. 4.2.6).



В 2013 году для проведения мониторинга уровня осведомленности населения по вопросам здоровья Республиканским центром укрепления здоровья (РЦУЗ) была разработана инновационная технология по программе «Мониторинг, картографирование и анализ» (МКА) с использованием мобильных телефонов. Разработанные анкеты хранятся на центральном сервере РЦУЗ. Обученные сотрудники КУЗ/ЦСМ и члены

СКЗ посредством интернета визуализируют анкеты на мобильном телефоне, проводят опрос и заполняют анкеты в мобильном телефоне. Заполненные анкеты сразу же после опроса отправляются на сервер, где формируется единая база данных с последующей обработкой информации. Данный подход используется при проведении ежегодных мониторингов.

Таблица 4.2.6 Количество обученных СКЗ в разрезе трех областей

Показатель	Область	Ош	Джалал-Абад	Баткен
Общее количество СКЗ в области		350	360	180
<i>из них:</i>				
обучено опасным признакам болезней		350	360	180
обучено по миростроительству и толерантности		n/a	n/a	12
Общее количество прямых бенефициаров (члены СКЗ)		2,848	2,735	1,452
Общее количество других (косвенных) бенефициаров		48,476	50,283	23,882
<i>из них:</i>				
матери		29,416	29,331	14,105
беременные женщины		17,672	19,143	8,997
представители айыл окмоту, школьные учителя и воспитатели детских садов		1,388	1,809	720

Так, в 2017 году было опрошено 1369 респондентов из 90 сел Ошской, Джалал-Абадской и Баткенской областей, отобранных методом случайной выборки (из них беременных - 461 чел., женщин с детьми до 6 месяцев – 449, женщин с детьми до 2 лет – 459). Результаты опроса приведены на рис. 11 и 12, где видно, что при проведении оценки знаний и осведомленности населения об опасных признаках беременности (7 симптомов) и болезней детского возраста (9 симптомов) в 2017 году процент правильных ответов в большей части случаев заметно вырос по сравнению с данными 2014 года и составил 54-97% и 17-92% соответственно.

Рис. 11. Какие опасные признаки во время беременности вы знаете (в%)?

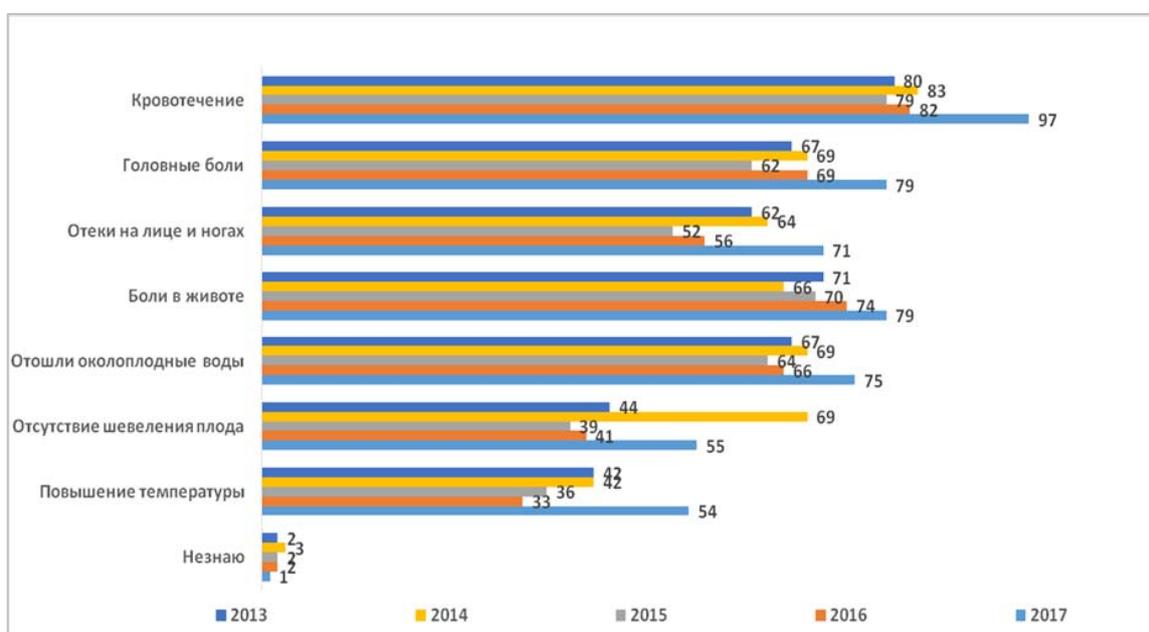
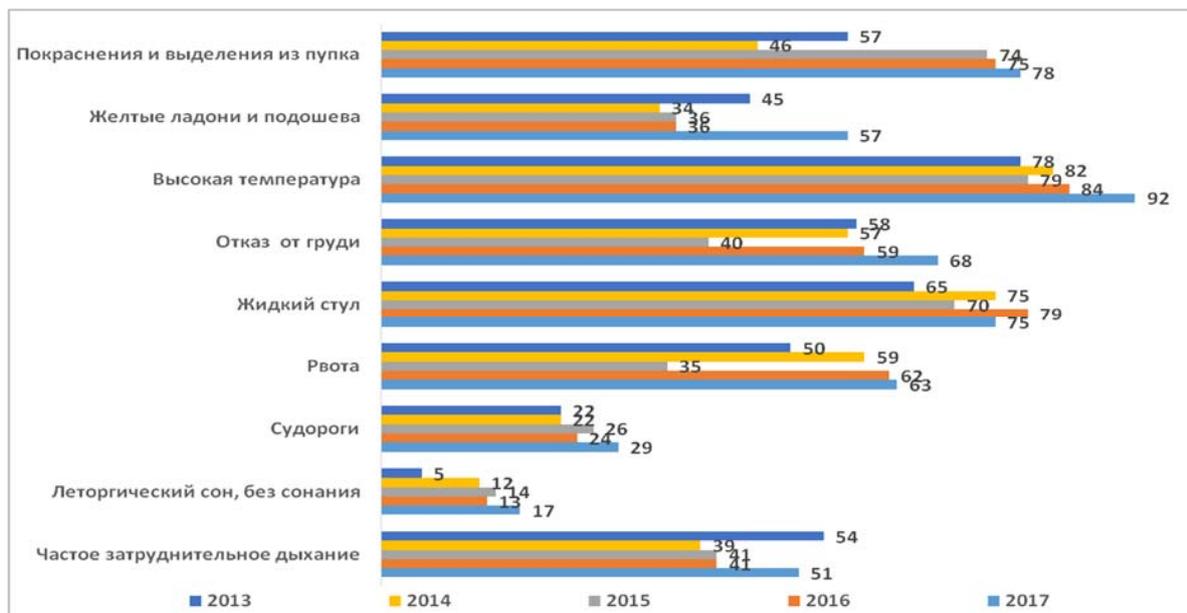


Рис.12. Какие опасные признаки вы знаете у детей раннего возраста (в %)? ¹⁵



Анализ мониторинговых исследований с 2013 года показал, что при обнаружении у ребенка любых из вышеуказанных опасных признаков большинство женщин обращаются в ГСВ/ФАП (2013 г. - 80%, 2017 г. – 90.3% г.).

Наряду с повышением информированности населения по проблемам здоровья матери и ребенка члены СКЗ проводили работу по повышению толерантности и укреплению мира. Результаты данной работы мониторировались в 2016 и 2017 гг. Например, в 2017 году было опрошено 540 респондентов из числа разных национальностей, вероисповеданий и рода занятий из 36 пилотных приграничных сел (всего 5 вопросов с вариантами ответов). Результаты опроса приведены на рис.13.

Рис.13. Что вы понимаете под словом «толерантность» (в %)?



Наблюдается увеличение понимания термина «толерантность» людьми, проживающими в смешанных по этическим признакам сообществах. Число респондентов, ответивших «не знаю, затрудняюсь ответить» на вопрос о толерантности снизилось с 30.6% в 2016 г. до 15,37% в 2017 г. Возросло число респондентов, понимающих такие аспекты

¹⁵ Кроме вопросов по опасным признакам болезней опрос респондентов включал вопросы по исключительному грудному вскармливанию и дополнительному питанию (Отчет по мониторингу осведомленности населения, 2017 г.).

понятия «толерантности», как готовность понимать и принимать многообразие культур, готовность к новым знаниям и открытость. Больше респондентов высказались за то, что детей нужно воспитывать в разных сообществах, чтобы дети могли в дальнейшем приспособиться к быту и традициям разных сообществ.



Налажен диалог по обеспечению беспрепятственного доступа населения приграничных зон к медицинским услугам для матери и ребенка. При поддержке проекта ЮНИСЕФ осуществляемого в рамках гранта Японского Правительства был проведен Круглый Стол для руководителей организаций здравоохранения приграничных территорий Кыргызстана и Таджикистана, что положило начало для проведения ряда трансграничных мероприятий и встреч. В рамках последующих

встреч для медицинских работников двух приграничных областей были организованы посещения районных и областных организаций здравоохранения для ознакомления с опытом организаций и планирования работы по оптимизации предоставления услуг матерям и детям. Согласно проведенным интервью, реализация запланированных мероприятий значительно улучшила ситуацию по доступности медицинских услуг в приграничных зонах для населения, в частности, для матерей и детей.

Пример положительной практики: Постепенная смена подхода от проведения Круглых Столов к Коллегиям. За время реализации Проекта в Баткенской области Кыргызстана и Согдийской области Таджикистана проведено ряд встреч, нацеленных на усиление партнерства по улучшению здоровья матерей и новорожденных детей, проживающих в приграничных районах. Проект оказал методологическую и финансовую поддержку для данного партнерства. Особенности проведенных мероприятий явились: (i) активное вовлечение в процесс медицинских работников и представителей местных (областных и районных) государственных администраций приграничных областей обоих государств; (ii) участники процесса сами выступали в качестве организаторов, самостоятельно определяя повестку дня, место и время для проведения обсуждений; и (iii) постепенный переход от формата Круглых Столов, где акцент делается больше на информирование и констатацию фактов, к формату Коллегий, когда обсуждение проблем ведет к разработке плана действий и распределению ответственности за достижение намеченных результатов. Участники данного партнерства стремятся достичь улучшения доступности и качества медицинских услуг роженицам, новорожденным и детям, независимо от места проживания и гражданства.

4.3. Эффективность

4.3.1. Эффективность реализации Проекта



На реализацию проекта «Продвижению мира посредством улучшения охраны материнства и детства в регионах, подверженных конфликтам» было предусмотрено 2 496,8 тыс. долларов США, выделенных в качестве гранта Правительством Японии.

Почти 43% выделенных средств было запланировано на приобретение медицинского оборудования для 12 пилотных организаций здравоохранения в целях обеспечения безопасности родов и эффективной реанимации новорожденных и детей (рис.14).

Рис. 14. Структура распределения ресурсов по плану и по фактическим расходам

Программные расходы	Запланировано было всего (US\$)		Фактически	
		As %		As %
1. Улучшить клинические навыки медицинских работников для обеспечения безопасной и эффективной помощи матерям и новорожденным во время беременности, родов и послеродового периода и оснастить медицинских работников навыками реанимации новорожденных и детей во всех 34 целевых медицинских учреждениях (тренинги для медицинских работников, супервайзерские визиты)	379,140	15.2	602,136.40	24.1
2. Закупить медицинское оборудование для обеспечения безопасной и эффективной реанимации новорожденных и детей в 12 выбранных медицинских учреждениях	1,071,150	42.9	633,895.40	25.4
3. Улучшить системы водоснабжения и санитари, регулирования тепловой цепи в 10 выбранных медицинских учреждениях	480,300	19.2	501,528	20.1
4. Повысить потенциал менеджеров здравоохранения по вопросам непрерывного повышения качества медицинских услуг	29,840	1.2	87,484.12	3.5
5. Усилить систему МиО на национальном и медицинском уровнях	89,940	3.6	178,019.30	7.1
6. Улучшить работу с населением путем мобилизации Сельских комитетов здоровья и разработки и распространения информационных материалов	126,381	5.1	137,802.30	5.5
7. Административные расходы (консультанты, рабочие выезды, организация встреч и обсуждений)	2,311,901	92.0	2,311,901.00	92.0
8. Мониторинг и оценка	184,952.08	8	184,952.08	
Всего программных расходов	2,496,853	100	2,496,853	100

Почти 43% выделенных средств было запланировано на закупку медицинского оборудования для 12 пилотных организаций здравоохранения в целях обеспечения безопасности родов и эффективной реанимации новорожденных и детей (рис 14.)

Следующей по величине категорией расходов были мероприятия по улучшению управления водой, санитарией и температурой, которые проводились в 10 отобранных пилотных организациях здравоохранения и чья доля в общем бюджете проекта составила чуть более 19%.

Более 16% средств было запланировано на мероприятия по улучшению клинических навыков медицинских работников для обеспечения безопасной и эффективной помощи матерям и новорожденным в течение беременности, родов и постнатальном периоде, обучение медицинских работников реанимации новорожденных и детей, а также на повышение потенциала руководителей организаций здравоохранения.

Наряду с повышением доступности и качества медицинских услуг, предоставляемых в области материнства и детства, важную роль играет и повышение грамотности по вопросам здоровья целевой группы населения. Для этого, в рамках проекта было выделено более 5% от общего бюджета на мероприятия по обучению представителей СКЗ и КУЗ вопросам по опасным признакам при беременности и детским заболеваниям, которые являются основными проводниками информации для родителей по вопросах улучшения ухода за ребенком. Очень интересным подходом явилось интеграция посылов по миростроительству в контекст информации по уходу за ребенком. Это было необходимо, так как к советам медицинских работников население прислушивается и доверяет.

На укрепление системы мониторинга и оценки в области охраны здоровья матери и ребенка было предусмотрено 3,6% от запланированного бюджета. В целом на клинический и программный мониторинг было выделено 9% средств. Данные средства было запланировано направить на повышение потенциала Отдела мониторинга и оценки Национального центра охраны материнства и детства. Кроме того, фокус Проекта был направлен на оказание практического содействия медработникам по внедрению новых практик на рабочем месте. Так, за время реализации Проекта на проведение мониторинговых и супервайзерских визитов было выделено 106,000 USD и 150, 948 USD соответственно.

Также, для обеспечения большего доступа к медицинским услугам матерям и детям, было запланировано проведение Круглого стола в приграничной зоне в Баткенской области, в ходе которого представители Кыргызстана и Таджикистана могли бы выработать совместный план сотрудничества по обеспечению доступа к неотложной помощи в трансграничном регионе, в независимости от гражданства. На проведение данного круглого стола было запланировано 0,3% от общего бюджета проекта.

Оставшиеся 12,5% бюджета составили расходы на администрирование и поддержку реализации проекта, включая проведение мониторинга и оценки процесса его реализации и проведение заключительной оценки по его завершению.

Одним из ключевых компонентов проекта стало проведение тренингов для медицинских работников, направленных на повышение их клинических навыков по обеспечению безопасной и эффективной помощи матерям и новорожденным в течение беременности, родов и постнатальном периоде, а также навыкам реанимации новорожденных и детей. В этих целях, было запланировано проведение базовых тренингов по 4 модулям:

- «Поможем ребенку дышать» (НВВ) модуль;
- «Базовое поддержание жизнедеятельности» (BLS) модуль;
- «Углубленные мероприятия по поддержанию жизнедеятельности у детей» (PALS) модуль;

- Модуль Эффективный Перинатальный Уход.

Данные тренинги были проведены течение 2015 года и первой половины 2016 года, в ходе которых было обучено по модулю НВВ 309 медицинских работников (83,1% от целевой аудитории), по модулю BLS – 93 медицинских работников (24,4%), по модулю PALS – 185 медицинских работников (30,1%) и по модулю ЭПУ – 120 медицинских работников (43,5%).

Согласно мнению опрошенных в ходе проведения оценки реализации проекта медицинских работников, реализация данного компонента оказало значительный вклад улучшение качества предоставления медицинской помощи матерям и детям. В частности, проведение тренингов позволило более активно вовлекать средний медицинский персонал при проведении первичного осмотра пациентов, что с одной стороны помогло снизить нагрузку на врачей, а с другой стороны сократило время ожидания для пациентов.

В целях закрепления навыков, полученных в ходе проведения базовых тренингов, в течение реализации проекта проводились мониторинговые и супервайзерские визиты.

Команде удалось сэкономить средства в процессе закупки оборудования и за счет экономии закупить дополнительные 7 комплектов оборудования, увеличить расходы на усиление потенциала руководителей и персонал медицинских учреждений по предоставлению качественной медицинской помощи и выделить дополнительно около 10% средств на мониторинг и оценку мероприятий.

Проект ЮНИСЕФ планирует проведение следующих дополнительных мероприятий за счет сэкономленных средств. Проектом будут проведены следующие мероприятия в поддержку планов МЗ КР:

- Приглашение международного консультанта для проведения анализа деятельности руководителей ОЗ и разработки критериев для их оценки. Будет разработана и пилотирована электронная панель управления – Дашборд- по индикаторам ОЗ-МиР. Дашборд поможет руководителям ОЗ отслеживать изменения по индикаторам в реальном времени, своевременно анализировать эффективность деятельности и планировать действия для повышения качества услуг;
- Проведение тренингов по использованию поставленных ИВЛ-аппаратов в реанимации детей.

4.3.2. Эффективность в деятельности пилотных ОЗ

Для решения вопроса о повышении эффективности и качества оказания стационарной помощи детям, оптимизации коечного фонда, снижения уровня необоснованных госпитализаций и эффективного использования средств государственного бюджета Министерством здравоохранения и Фондом ОМС был издан совместный приказ об открытии отделений однодневного пребывания (ОКП) в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь детям. Данный приказ стал одним из результатов деятельности ЮНИСЕФ в рамках проекта «Продвижение мира через улучшение здоровья матери и ребенка в конфликтных регионах». В рамках данного приказа были открыты ОКП в Национальном центре охраны материнства и детства (НЦОМид) на 20 коек, Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) на 30 коек, Городской детской клинической больнице скорой медицинской помощи г.Бишкек (ГДКБ СМП г.Бишкек) на 35 коек, Ошской межобластной детской клинической больнице (ОМОДКБ) на 20 коек, Детской территориальной больнице Кара-Суйского района (ДТБ Кара-Суйского района) на 6 коек. Позднее, ОКП стали открываться и в других пилотных организациях здравоохранения, как на областном, так и районном уровнях. При этом, откры-

тие ОКП имеет свои отличия в стационарах различного уровня. Так, республиканские и национальные центры создали самостоятельные отделы, тогда как в стационарах на областном и районном уровне ОКП создавались в составе приемного отделения, либо выделялись отдельные койки в имеющихся отделениях (детские, интенсивной терапии).

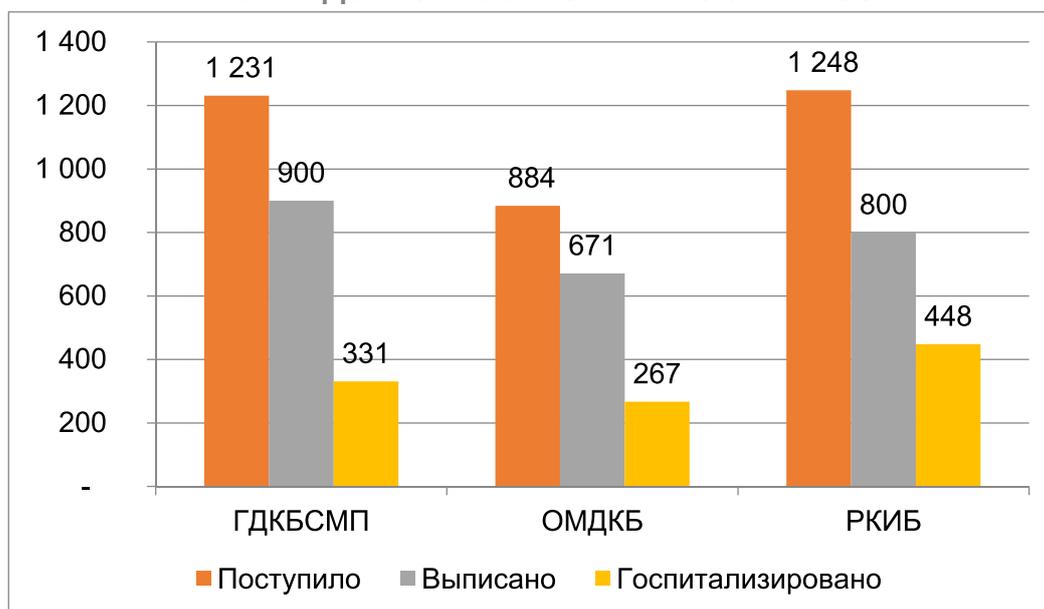
Открытие ОКП было обусловлено необходимостью улучшения доступа больных детей, особенно из отдаленных территорий, к качественным медицинским услугам на уровне первичного уровня госпитальной службы. Также практика внедрения стандартов обновленной программы ИВБДВ в стационарах показала, что 1) необходимость в пребывании больных детей в стационаре резко снижалась (до суток), и задержка их в больнице приводила к полипрагмазии и росту числа необоснованной госпитализации; 2) нагрузка на врачей детских отделений снижалась, вызывая опасения в возможном сокращении их позиций; 3) родители больных детей не обращались в стационар за медицинской помощью, так как не хотели или не имели возможности госпитализироваться на несколько дней с детьми из-за других обязанностей по дому. В свою очередь, это приводило к достаточно большим уровням смертей детей на дому и в первые сутки госпитализации.

В рамках предоставления медицинской помощи в ОКП детям до 15 лет на бесплатной основе оказываются следующие услуги:

- консультативно-лечебные мероприятия;
- дифференциальная диагностика;
- раннее синдромальное лечение;
- динамическое наблюдение и перевод в профильные отделения, при необходимости.

В целом, данное нововведение получило поддержку среди руководства и медицинского персонала стационаров. Важным явилась лидирующая роль ФОМС в разработке нового механизма финансирования ОКП. Но, к настоящему времени не проведена оценка эффективности внедрения ОКП, что обусловлено небольшим сроком с начала реализации вышеуказанного приказа. На момент подготовки отчета, имелась лишь информация по деятельности ОКП в ряде пилотных ОЗ за первые полгода после начала пилотирования. Как показано на рисунке 15, от 64% до 76% поступивших в ОКП пациентов были выписаны в течение суток после получения необходимой медицинской помощи, что может служить аргументом в пользу повышения эффективности деятельности стационаров за счет снижения затрат, предусмотренных при более длительном пребывании пациента.

Рис. 15. Деятельность ОКП в пилотных ОЗ



По результатам деятельности ОКП были отмечены ряд положительных моментов, таких как:

- Минимизация стресса от пребывания в больничных условиях и повышение удовлетворенности пациентов;
- Сокращение длительности пребывания в стационаре;
- Снижение риска инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- Сокращение необоснованных госпитализаций, что снижает загруженность стационаров;
- Улучшение процесса диагностики и получение своевременной медицинской помощи пациентами при оптимальных сроках пребывания в стационаре;
- Уменьшились самовольные уходы из стационара матерей с детьми.

В то же время, были отмечены и ряд проблем, связанных с открытием ОКП. К ним необходимо отнести вопросы по материально-техническому оснащению ОКП: оснащенность оборудованием, наличие помещений для размещения пациентов и т.д. Кроме того, в ряде стационаров отмечалось, что имеет место недостаток медицинского, в первую очередь врачебного, персонала. В свою очередь, ограниченность кадровых ресурсов привела к повышению нагрузки на имеющихся врачей.

Необходимо также отметить обеспокоенность тем, что открытие ОКП может оказать негативное влияние на деятельность ПМСП, так как это привело к тому, что появилась практика прямого обращения пациентов в данные отделения без направления семейных врачей. С одной стороны это обусловлено большим доверием со стороны населения врачам стационарной помощи, а с другой стороны, графиком работы ОКП, который позволяет пациентам обращаться круглосуточно за медицинской помощью.

4.4. Влияние

4.4.1. Долгосрочные и среднесрочные влияния

Проект способствовал снижению показателей материнской, младенческой и детской смертности в КР. Проектом ЮНИСЕФ было охвачено 34 ОЗ в четырех областях страны. Проведенные мероприятия внесли свой вклад в достижение общей цели в рамках страновых и секторальных программ по снижению показателей смертности среди матерей и детей (табл. 4.4.1.). Так, материнская смертность в КР в период с 2014 по 2016 гг. снизилась на 41,2%, наиболее существенное снижение было отмечено в Баткенской и Иссык-Кульской областях (на 68,7% и 67,5% соответственно). Ведущей причиной материнской смертности по данным 2016 года является эстрагенитальная патология (31,3%). Показатели младенческой и детской смертности в целом по КР также демонстрируют снижение (от 7,6% до 36,6%). Однако имеется рост показателей по досуточной летальности среди детей до года в Баткенской области (на 40,5%) и по детской смертности от болезней органов дыхания среди детей до 5 лет в Баткенской и Иссык-Кульской областях (на 20,8% и 57,5% соответственно).

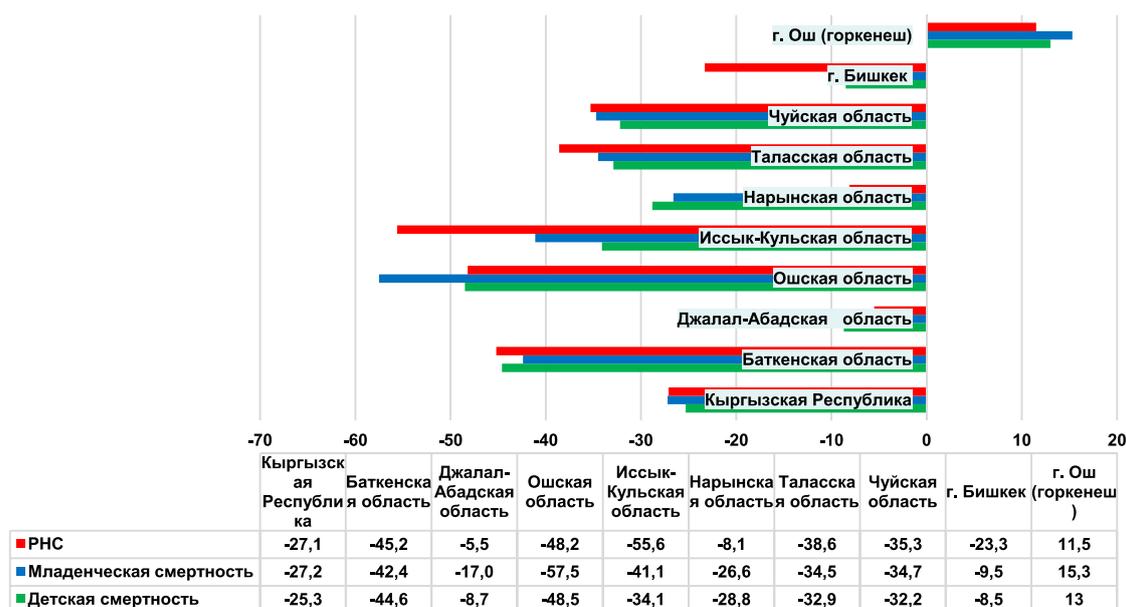
Таблица 4.4.1. Индикаторы влияния, 2014 – 2016 гг.

№	Индикатор	Область	2014	2015	2016	% изменений
1	Материнская смертность	КР	51.7	39.3	30.4	-41.2
		Баткенская	84.5	26.2	26.4	-68.7
		Джалал-Абадская	43.3	45.8	27.6	-36.2
		Иссык-Кульская	31.2	20.3	10.1	-67.5
		Ошская	43.5	43.8	32.5	-25.2
2	Младенческая смертность	КР	22.1	20.1	17.9	-19.0
		Баткенская	20.1	17.9	15.7	-22.3
		Джалал-Абадская	20.6	18.9	16.4	-20.2
		Иссык-Кульская	14.9	17.4	12.9	-13.5
		Ошская	18.9	15.7	14.0	-25.6
3	Ранняя неонатальная смертность	КР	16.7	15.2	13.4	-19.5
		Баткенская	11.8	11.4	10.4	-11.2
		Джалал-Абадская	15.9	14.0	12.1	-23.4
		Иссык-Кульская	10.4	13.6	9.1	-12.3
		Ошская	11.8	8.6	7.9	-33.0
4	Досуточная летальность (дети до 1 года)	КР	32.1	29.9	29.7	-7.6
		Баткенская	36.4	44.7	51.2	40.5
		Джалал-Абадская	36.5	29.7	31.1	-14.7
		Иссык-Кульская	66.7	0.0	0.0	-100
			38.9	42.4	29.3	-24.8
5	Детская смертность от болезней органов дыхания (дети до 5 лет)	КР	19.0	17.0	19.2	1
		Баткенская	19.8	22.4	23.9	20.8
		Джалал-Абадская	29.8	24.8	23.1	-22.4
		Иссык-Кульская	11.7	13.7	18.4	57.5
		Ошская	29.2	26.8	25.3	-13.3
6	Детская смертность от кишечных инфекций (дети до 5 лет)	КР	3.7	3.4	2.4	-36.8
		Баткенская	11.2	6.9	7.4	-34.2
		Джалал-Абадская	3.7	4.9	1.1	-69.9
		Иссык-Кульская	0.0	2.0	0.7	-66.3
		Ошская	5.7	4.4	5.1	-10.4

Примечание: РМИЦ, МЗ КР

Сравнение по областям показало, что в период с 2010 по 2016 гг. наиболее высокие темпы снижения показателей младенческой и детской смертности отмечались в Ошской, Баткенской и Иссык-Кульской областях (рис.16.).

Рис. 16. Темп прироста/снижения показателей детской, младенческой, ранней неонатальной смертности, Кыргызская Республика, 2010 и 2016гг.



Разбивка младенческой смертности по причинам показала, что значительная доля приходится на перинатальные причины (64,9% по КР), в том числе на внутриутробные инфекции (наиболее высокий показатель в Иссык-Кульской области – 16,8%)(табл. 4.4.2.). Второй ведущей причиной являются врожденные аномалии (18,5% по КР). Наиболее высокие показатели отмечены в Ошской области – 24,3%. В Баткенской и Ошской областях сохраняют свою актуальность смертность от болезней органов дыхания (20,1% и 22% соответственно).

Таблица 4.4.2. Ведущие причины младенческой смертности, 2016 год

Показатели	Область	КР		Баткенская		Джалал-Абадская		Иссык-Кульская		Ошская	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Всего	2621	100.0	224	100.0	467	100.0	137	100.0	296	100.0
2	Болезни органов дыхания	257	9.8	45	20.1	58	12.4	11	8.0	65	22.0
	в т.ч. пневмония	214	8.2	32	14.3	49	10.5	9	6.6	53	17.9
3	Инфекционные и паразитарные болезни	71	2.7	12	5.4	11	2.4	2	1.5	29	9.8
	в т.ч. ОКИ	45	1.7	11	4.9	6	1.3	2	1.5	18	6.1
4	Перинатальные причины	1700	64.9	129	57.6	304	65.1	92	67.2	98	33.1
	в т.ч. ВУИ	268	10.2	12	5.4	20	4.3	23	16.8	18	6.1
5	Врожденные аномалии	484	18.5	31	13.8	76	16.3	26	19.0	72	24.3

Примечание: Данные НЦОМид, АСУ

Отмечены положительные изменения по данным анализа матрицы BABIES. Матрица BABIES является инструментом для сбора и анализа данных, который позволяет учитывать плодово-младенческие потери на уровне ПМСП и стационаров, а также мониторировать и оценивать эффективность проводимых вмешательств. Ниже приведены данные за 2014 и 2016 гг. (таблица 4.4.3. и 4.4.4.)

Таблица 4.4.3. Плодово-младенческие потери на уровне ПМСП и стационаров, 2014 г.

Масса тела при рождении в граммах	Аntenатальная смертность	Интранатальная смертность	Ранняя неонатальная смертность	Поздняя неонатальная смертность	Постнеонатальная смертность
500-999	11.7				
1,000-1,499	11.7				
1,500-2,499	5.0	0.8	37.1	8.2	6.0
2500 и более	5.0	0.8	37.1	8.2	6.0

Источник: РМИЦ, МЗ КР

Таблица 4.4.4. Плодово-младенческие потери на уровне ПМСП и стационаров, 2016 г.

Масса тела при рождении в граммах	Аntenатальная смертность	Интранатальная смертность	Ранняя неонатальная смертность	Поздняя неонатальная смертность	Постнеонатальная смертность
500-999	10.0				
1,000-1,499	10.0				
1,500-2,499	5.0	0.7	27.1	6.3	5.1
2500 и более	5.0	0.7	27.1	6.3	5.1

Источник: РМИЦ, МЗ КР

Согласно представленных данных смертность младенцев до года за период с 2014 по 2016 гг. снизилась в КР с 31,7 до 27,1 (пропорциональный показатель смертности в зависимости от веса при рождении). При этом доля ответственности за плодово-младенческие потери в стационаре (медицинская помощь во время родов и при уходе за новорожденными) также снизилась с 28,4% в 2014 г. до 25,8% в 2016 г., что свидетельствует об улучшении качества оказываемой помощи, в том числе экстренной. Ответственность за плодово-младенческие потери на уровне ПМСП по итогам 2016 г. составила 74,2%, из них на здоровье женщин до беременности приходится – 36,9% (10,0), на антенатальный уход – 18,5% (5,0) и на уход за младенцем после рождения – 18,8% (5,1).

Проведение на регулярной основе интегрированного мониторинга и супервизии программ «ЭПУ» и ИВБДВ КС «Оказание стационарной помощи детям» получили хороший отзыв от респондентов, это школа наставничества, обладает большим потенциалом в долгосрочной перспективе. Всеми респондентами при проведении опроса был отмечен положительный эффект от проводимых мониторинговых и, особенно, супервайзерских визитов («...это очень большая помощь для нас, мы можем задать вопросы и сразу получить необходимые пояснения...»; «...сначала мы скрывали наши недостатки, но потом поняли, что если готовить вопросы и говорить все открыто, то работу можно наладить гораздо быстрее...»). Ценность мониторинга и супервизии заключается в оказании практической помощи специалистам на местах (обучение и отработка навыков), помощь в анализе деятельности стационаров и выявлении недостатков (доп. информация также в разделе 1.2.). По итогам визитов, как правило, готовятся отчеты с разработанными рекомендациями по их устранению, что в дальнейшем является руководством к действию как для медицинского персонала, так и для руководителей ОЗ. Также, была положительно отмечена практика привлечения специалистов из одного региона

в проведении мониторинговых и супервайзерских визитов в других регионах, что позволяло осуществлять обмен опытом и улучшить взаимосвязи между специалистами. Большинство респондентов высказались о необходимости продолжения практики мониторинговых и супервайзерских визитов, часть из них выразило желание участвовать в их проведении в будущем. Однако, респондентами признавалось, что визиты требуют дальнейшей поддержки в части обучения экспертов. Также, необходимо решение вопроса финансирования мониторинговых и супервайзерских визитов, включая стимулы для экспертов.

Формат реализации Проекта способствовал развитию инициатив и укреплению лидерства и автономии управления в ОЗ пилотных регионов. Подходы в реализации данного Проекта имели свои особенности. Так, делегирование больше обычного ответственности за реализацию мероприятий и достижение общих результатов значительно повысило лидерство и чувство сопричастности среди руководителей и медицинских работников ОЗ. Средства предоставленные ЮНИСЕФ и отдельные подходы в некоторой степени сыграли роль катализатора, продемонстрировав возможность и роль изменений. Примерами таких подходов служат:

- Прямое перечисление финансовых средств на счет ОЗ для реализации запланированных мероприятий;
- Ремонт систем водоснабжения и канализации в ОЗ из средств Проекта ЮНИСЕФ помог увидеть руководителям процесс проектирования, проведения ремонта в соответствии с нормативами и рационального использования имеющихся средств. Руководители большинства ОЗ, используя опыт и знания, полученные во время этих работ, в продолжение ремонта из средств ЮНИСЕФ, смогли повысить качество услуг через улучшение инфраструктуры ОЗ из бюджетных средств.

Пример положительной практики: Повышение приверженности руководителей и сотрудников ОЗ вопросам повышения качества услуг по ОЗМиР. В пилотном ОЗ за счет средств ЮНИСЕФ был проведен капитальный ремонт 2х из 12 родильных залов (оборудование, водоснабжение, санузлы), реорганизованы приемный и операционный блоки. После чего ремонт в родильном доме продолжился, сначала были отремонтированы оставшиеся родильные залы, затем коридор и нижестоящие этажи здания. Были закуплены недостающие предметы мебели, оборудование, облагорожена территория. «...Здоровье матерей и детей для нашего руководства - приоритет. Директор начинает и заканчивает свой рабочий день обходом родильного дома...» (цитата из интервью). Средства на продолжение ремонта были изысканы из бюджета ОЗ, а также частично за счет добровольных вложений самих сотрудников ОЗ.

- Оказание поддержки инициативы МСУ/МГА по проведению Круглых Столов и рабочих встреч по вопросам улучшения качества оказания помощи матерям и детям в Баткенской области;
- Оказание поддержки инициативы медицинских работников по пересмотру Приказа по регионализации на уровне Ошской области (разработка системы перенаправлений беременных с уровня ПМСП).

4.4.2. Незапланированные влияния

Положительные результаты открытия ОКП в 5 пилотных ОЗ способствовали распространению данного опыта по всей стране. По итогам пилотирования ОКП был издан Приказ МЗ КР №368 и ФОМС при Правительстве КР №159 от 25.05.2016 г.,¹⁶ согласно которому госпитализация детей в ОКП по возрасту была увеличена с 5 до 16 лет и также расширен перечень заболеваний для лечения в ОКП с 61 до 121 заболеваний с включением хирургической патологии. Далее совместным Приказом МЗ КР №901 и ФОМС при Правительстве КР №356 от 19.12.2016 г. было инициировано открытие ОКП во всех стационарах КР.

Хотя на сегодняшний день открытие ОКП соответствует потребностям населения, учитывает финансовые интересы стационаров, способствуя повышению их эффективности (снижение необоснованных госпитализаций и средней продолжительности пребывания пациента на койке), необходимо принять во внимание следующие моменты: (i) есть тенденция к увеличению потока больных в стационар, минуя ПМСП; (ii) часть респондентов были едины во мнении, что ОКП в отдельных случаях берет на себя функции ПМСП; (iii) возможно идет дублирование с кабинетами ПОР, функционирующих при ЦСМ. В связи с этим имеется необходимость изучения влияния в долгосрочной перспективе открытия ОКП на деятельность ПМСП.

«...Среди населения уже прошел слух, что можно прийти в стационар и бесплатно полежать один день, поэтому количество пациентов увеличивается, особенно в вечерние часы...»;

«...Часть пациентов, получающих помощь в ОКП, могли бы пролечиться в ЦСМ...»;

«...ОКП частично выполняет работу первички, первичка не обучена, зачастую перенаправляет пациентов без наличия показаний...».

(из интервью с респондентами)

Кроме того, наметились инициативы по разработке возможности открытия ОКП для других категорий пациентов, например, в акушерстве-гинекологии, хирургии и др.

Укрепление потенциала Общественного Объединения «Кыргызский Альянс Акушеров» (КАА). Будучи партнером ЮНИСЕФ в реализации Проекта по «Продвижению мира через улучшение здоровья матери и ребенка в конфликтных регионах», КАА имел возможность повысить свой потенциал, а именно по вопросам управления проектами, включая финансовый менеджмент. При проведении мероприятий КАА получает поддержку со стороны ЮНИСЕФ ("Выборочная проверка (Spot checks)"; аудиты). На основании полученных рекомендаций КАА улучшил свои процедуры, усовершенствовав внутриорганизационные документы: "Положение о закупках"; "Руководство по управлению персоналом"; "Учетная политика" и др. Кроме этого, в рамках партнерства с ЮНИСЕФ ключевые сотрудники КАА прошли обучение по теме "Финансово - административные правила ЮНИСЕФ для реализации проектов, осуществляемых национальными партнерами".

¹⁶ Приказ МЗ КР №368 и ФОМС при Правительстве КР №159 от 25.05.2016 г. «О внесении изменений и дополнений в совместный приказ МЗ КР №110 и ФОМС при Правительстве КР №42 от 15.02.2016г. «Об открытии отделения однодневного пребывания в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь детскому населению в Кыргызской Республике»

4.5. Устойчивость

В рамках Проекта пересмотрен или вновь разработан целый ряд нормативных правовых актов, способствовавших повышению качества и эффективности медицинских услуг по ОЗМиР. Во время реализации мероприятий Проекта выявились определённые системные барьеры, потребовавшие пересмотра ранее существующих нормативных правовых актов (Приказы МЗ КР, Положения, и др.). В каждом случае при МЗ КР/ФОМС формировались рабочие группы, где по итогам ситуационного анализа вырабатывался новый документ, обязательный к исполнению не только в пилотных областях, но и по всей стране, что, безусловно, способствовало устойчивости положительных изменений. Некоторые примеры приведены ниже:

- Приказ МЗ КР по скорой помощи, где пересмотрен норматив финансирования машин скорой помощи, расширены показания и изменен порядок предоставления транспортных услуг и услуг по санитарной авиации для беременных и детей в экстренных случаях.

Пример положительной практики: Стратегическое планирование по принципу «снизу-вверх». В основу дизайна данного Проекта был положен реальный кейс из практики территориальной больницы, куда поступил 8-месячный ребенок с неотложным состоянием. Опыт оказания помощи данному ребенку выявил целый ряд барьеров: отсутствие клинических стандартов по детской реанимации; недостаток знаний и практических навыков врачей и медсестер; не укомплектованность базового оборудования для реанимации детей; небрежное отношение к правам пациентов. Кроме того, слабая преемственность между стационарами областного и районного уровней и несостоятельность реанимационно-транспортной службы нередко приводила к случаям смерти детей в пути. Учитывая во многом типичность данной ситуации, в Проект были включены такие мероприятия, как разработка учебного модуля по углубленной реанимации детей (PALS), клинических протоколов по детской реанимации и проведение тренингов для медицинского персонала, закупка комплектов оборудования для реанимационных отделений и обеспечение регулярной консультационной поддержки персоналу пилотных ОЗ в рамках суперайзерских визитов.

- Поддержана разработка Приказа МЗ КР №454 от 04.08.2015 г. «О совершенствовании системы управления качеством в организациях здравоохранения Кыргызской Республики». Приказ обязателен для исполнения по всей стране. Однако оценка показала, что реализация данного Приказа идет неравномерно, некоторые руководители считают его усложненным, трудным для выполнения, в связи с чем необходимо методологическое сопровождение его реализации (особенно в ОЗ, не входящих в пилоты);
- Разработан и утвержден совместный Приказ МЗ КР №110 и Фонда ОМС при Правительстве КР №42 от 15.02.2016 г. «По открытию отделений однодневного пребывания в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь детскому населению в Кыргызской Республике»;
- Указанием МЗ КР № 577 создана «Рабочая группа по совершенствованию системы перенаправления в родовспоможении и педиатрии в Ошской области и реали-

зации решения Круглого Стола по транспортно-консультативной помощи Ошской области от 30.08.2016 г.». Создание данной рабочей группы было инициировано самими ведущими специалистами Ошской области, что является хорошим примером лидерства. Данная инициатива была поддержана Проектом ЮНИСЕФ. К настоящему моменту практически разработан пакет документов, необходимый для надлежащего функционирования Кабинетов патологии беременных при ЦСМ/ЦОВП, включая критерии перенаправления беременных на вышестоящие уровни оказания помощи, алгоритмы транспортировки («дорожная карта»), а также проводятся подготовительные меры по созданию регистра беременных из групп риска. Также в процессе завершения проект приказа «Об оптимизации критериев перенаправления детей по уровням оказания медицинской помощи детскому населению по Ошской области и г. Ош» для утверждения и внедрения в практику;

- В связи с появлением новых данных/доказательств пересмотрены и утверждены Приказом МЗ КР №104 от 10.02.2016 г. новые клинические протоколы по неонатологии, а именно «Желтухи новорожденных», «Оказание реанимационной помощи новорожденному в родильном зале», «Уход за здоровым новорожденным в раннем перинатальном периоде» (Приложение 5 «Стандарт профилактики геморрагической болезни новорожденного»);
- Разработаны 4 клинических протокола¹⁷ по детской реанимации: «Оценка состояния ребенка», «Шоки у детей», «Сердечно-легочная реанимация - базисная и расширенная» и «Острый респираторный дистресс синдром и дыхательная недостаточность». Данные клинические протоколы утверждены через Экспертный совет доказательной медицины МЗ КР.

Проведенные в рамках Проекта ЮНИСЕФ обучающие тренинги частично институционализированы в учебные программы и планы КГМИПиПК, что обеспечит возможность проведения обучения новых специалистов на регулярной основе.

Интегрированные мониторинговые и супервайзерские визиты осуществляются за счет проектного финансирования. Требуется дальнейшая разработка механизма по обеспечению устойчивой поддержки данных визитов. Интегрированные мониторинговые и супервайзерские визиты программ по ОЗМиР, получившие позитивные отзывы от медицинского персонала пилотных ОЗ, поддерживались за счет средств Проекта ЮНИСЕФ. В связи с завершением Проекта остро встанет вопрос о дальнейшей разработке механизма рутинного процесса. В ходе проведения оценки респондентами на национальном уровне были высказаны различные мнения, обобщающие опыт реализации разных проектов и существующие практики:

- Изыскание средств из бюджета самих ОЗ: например, одним из требований в рамках Проекта WB «ФОР» является выделение 5% из заработанных средств на обучение медицинского персонала;
- Кроме того, в рамках самого Проекта ЮНИСЕФ есть опыт, когда три стационара внесли заявку на проведение дополнительного тренинга по реанимации детей (PALS) за счет своих бюджетов;

¹⁷ Приказ МЗ КР №527 от 13.07.2016г. «О разработке Клинических протоколов по реанимационной помощи детям и о проведении круглого стола по обсуждению разработанных клинических протоколов и критериев направления и перенаправления больного ребенка с одного уровня на другой уровень здравоохранения».

- Привлечение профессиональных ассоциаций, имеющих средства за счет членских взносов.

Возможно руководство ОЗ смогут оплачивать тренинги, распечатку КС и других КП/КР, а также запрашивать визиты супервайзеров для получения консультаций и наставничества на рабочем месте.

Необходимость институционализации оценочных инструментов. В рамках Проекта было отработано использование оценочных инструментов, которые позволяют охватить различные аспекты оказания помощи и стимулировать улучшения. Визиты в регионы показали, что мониторинг деятельности в ОЗ проводится не только по линии ЮНИСЕФ, но и по Проекту WB «Финансирование, основанное на результатах» (ФОР), экспертами ФОМС, а также областными координаторами. При этом в каждом случае используются разные подходы и инструменты мониторинга.

«...Все доноры и проекты, работающие в области Усиления Систем Здравоохранения, должны способствовать созданию устойчивых механизмов...»

«...Унифицировать все разработанные на сегодняшний день инструменты мониторинга скорее всего не получится, поскольку каждый проект имеет свои цели и задачи. Но необходимо их пересмотреть с целью исключения явных противоречий...»

(из интервью с респондентами)

Кроме того, по Проектам ЮНФПА и ГИЗ также были разработаны свои инструменты МиО. В связи с этим ключевыми респондентами были высказаны мнения о необходимости институционализации наиболее практических и эффективных инструментов мониторинга и оценки с целью использования наработок и после завершения проектов.

4.6. Подход, основанный на правах человека

Согласно инструменту ВОЗ по оценке качества стационарной помощи при оценке соблюдения прав детей и их опекунов учитываются такие параметры, как соблюдение Конвенции о правах ребенка, доступность, непрерывность и обоснованность оказываемой помощи, обеспечение приватности и конфиденциальности, доступ к информации и обеспечение доброжелательной обстановки.

Анализ 14 индикаторов по системам поддержки стационаров и 9 индикаторам по оценке историй болезни уже демонстрируют улучшение подхода, основанного на правах пациента. Кроме того, сайт-визиты в отобранные для оценки ОЗ, показали следующее:

Улучшены условия для пребывания пациентов в стационаре

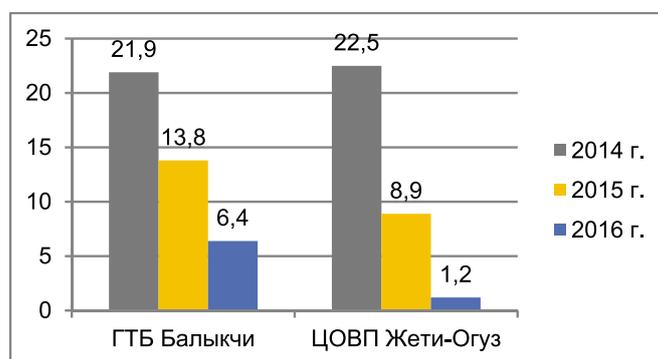
- В части больниц в приемных отделениях предусмотрены дополнительные помещения или крытые пространства для ожидающих приема пациентов, иногда с дополнительными посадочными местами. Как правило, вывешены информационные материалы или предусмотрены мониторы с роликами по вопросам здоровья;
- Приемные отделения реорганизованы с учетом обеспечения приватности (как в детских отделениях/стационарах, так и в родильных домах);
- Созданы условия для матерей, находящихся в стационаре по уходу за детьми (холодильники, микроволновки и др.);

- Улучшились условия для личной гигиены и ухода за ребенком у матерей (ОМДКБ, ТБ Нокенского, ТБ Ноокатского ТБ Кара-Кульджинского районов, ЖООБ, ФОКГБ и др.);
- Детские отделения красочно оформлены и организованы игровые комнаты, но для многих ОЗ проблемой является оснащение их игрушками и детскими книжками. В части больниц игрушки покупаются за счет небольших взносов медицинского персонала;
- Матери имеют доступ к детям в ОРИТ.

Улучшен доступ и качество лечения.

- Открытие ОКП улучшило доступ к медицинской помощи, включая уязвимые группы населения (помощь оказывается на бесплатной основе, сокращение длительности пребывания в больнице);
- Внедрение КС позволило значительно снизить причинение необоснованной боли детям при проведении лечебных мероприятий (снижение применения антибиотиков, как правило, ранее вводимых парентерально), полипрагмазии и другое (Рис.17).

Рис.17. Процент необоснованного назначения антибиотиков при обструктивном бронхите у детей (на примере Иссык-Кульской области)



Улучшен доступ к информации.

- Обеспечен доступ к информации по наиболее актуальным вопросам здоровья для матерей (наглядные пособия и схемы), проводятся беседы;
- Продолжается работа с населением через обучение и поддержание деятельности КУЗ и СКЗ

4.7. Извлеченные уроки

Обучение и развитие лидерских качеств руководителей способствует большей приверженности и играет ключевую роль в успешной реализации запланированных стратегий. Опыт Проекта показывает более успешные результаты в тех ОЗ, где руководители хорошо осведомлены и вовлекаются на всех этапах организации и оказания помощи, особенно экстренной. Кроме того, лидерские качества позволяют мотивировать персонал, поддержка которого вносит свой существенный вклад в достижение намеченных целей.

Дальнейшее повышение роли акушерок и участие их в командной работе при оказании помощи матерям и детям будет способствовать улучшению качества и результатов медицинского обслуживания. Опыт Проекта по детальному анализу обеспеченности врачебным и особенно средним медицинским персоналом (в частности, акушерок) и их рабочей нагрузки позволил провести оптимизацию оказания медицинской помощи в отдельных ОЗ с открытием дополнительных сестринских постов, что положительно повлияло на результаты деятельности родильных отделений.

Проведение мониторинговых и супервайзерских визитов является действенным инструментом для постоянного повышения квалификации медицинского персонала (посредством обучения и закрепления практических навыков на рабочем месте). Опыт использования интегрированного мониторинга и супервизии показал, что данный подход оказывает положительное влияние на процессы по управлению качеством предоставляемых медицинских услуг. Для более полного использования потенциала данного подхода необходимо продолжить налаживание процедур (усиление потенциала экспертов, унификация отчетности, решение вопросов финансирования и др.).

Для дальнейшего улучшения показателей здоровья матери и ребенка необходимо усиление потенциала ПМСП. Как показывает анализ матрицы BABIES, 74,2% ответственности за плодово-младенческие потери лежит на ПМСП, повышение ее потенциала, безусловно, ускорит снижение смертности среди младенцев.

Раздел 5. Заключение

Оценка реализации Проекта ЮНИСЕФ «Продвижение мира через улучшение здоровья матери и ребенка в конфликтных регионах» (2014 - 2017 гг.) проводилась на основании достижения целевых показателей по запланированным мероприятиям, полученных результатов в отношении качества услуг по ОЗМиР, воздействия на ключевые показатели здоровья матерей и детей. Также результаты деятельности Проекта были оценены с учетом таких критериев, как актуальность, результативность, влияние и устойчивость проведенных мероприятий.

Как показала оценка, 4 из 7 целевых индикаторов Проекта по запланированным мероприятиям были выполнены (улучшение водоснабжения, санитарии и отопления в 10 отобранных ОЗ; усиление системы МиО на национальном уровне и уровне ОЗ; повышение информированности населения по вопросам здоровья посредством мобилизации СКЗ; организация Круглых столов с целью усиления сотрудничества среди местных администраций в приграничных регионах для улучшения доступа матерей и детей к медицинским услугам), улучшение потенциала руководителей ОЗ по управлению качеством медицинских услуг – процент исполнения индикатора составил 109%), 2 индикатора значительно превысили целевой показатель (обеспечение необходимым медицинским оборудованием – 26 ОЗ вместо 12 (процент исполнения – 216,7%); улучшение клинических навыков медицинских работников – 127,8%).

За период с 2014 по 2017 гг. отмечено заметное снижение показателей материнской смертности (на 41,2% по КР), младенческой, ранней неонатальной и детской смертности от ОКИ (на 19%, 19,5% и 36,5 соответственно). При этом процент снижения показателей в пилотных областях нередко превышает средний показатель по стране. Меньший прогресс отмечен по досрочной летальности среди детей до года (на 7,6%) и на

1% увеличилось число случаев смерти от болезней органов дыхания среди детей до 5 лет (за счет Баткенской и Иссык-Кульской областей). Аналогичную положительную динамику демонстрируют данные анализа матрицы BABIES. Наблюдается снижение доли ответственности за плодово-младенческие потери в стационаре (медицинская помощь во время родов и при уходе за новорожденными) с 28,4% в 2014 г. до 25,8% в 2016 г., что свидетельствует об улучшении качества оказываемой помощи, в том числе экстренной.

Таким образом, Проектом ЮНИСЕФ был внесен вклад в улучшение показателей по выживаемости матерей и детей.

В рамках Проекта ЮНИСЕФ был использован подход интегрированных мониторинговых и супервайзерских визитов для улучшения качества медицинских услуг, предоставляемых матерям и детям. Данный подход получил положительные отклики медицинского персонала, опрошенного в ходе сайт-визитов. Особенно ценной, по мнению респондентов, оказалась возможность получения консультативной и практической помощи на рабочем месте. Кроме того, эффективность данного подхода демонстрируется улучшением отобранных показателей, а именно основных индикаторов по системам поддержки больниц (14 и 11 индикаторов по ИВБДВ и ЭПУ соответственно) и индикаторов по качеству помощи при отдельных нозологиях и состояниях (9 и 8 индикаторов по ИВБДВ и ЭПУ соответственно).

Эффективность раундов интегрированных мониторингов объединяющих программы по Эффективному Перинатальному уходу, ИВБДВ и Неонатальному уходу на уровне 34 больниц для улучшения качества медицинских услуг продемонстрирована показателями индикаторов за последние три года. На основании анализа показателей в 2017 по сравнению с 2013, уменьшены: ненужные внутривенные вливания (с 68% to 12,5%), необоснованно причиненная боль (81,7% to 31,7%), неправильный диагноз (63,3% - 21,7%), неправильное лечение (84,7% - 26,7%), необоснованная госпитализация (64% - 25%). В целом были пересмотрены нормативные документы касающиеся качества, перенаправления, оказания помощи в транспортировке в экстренных ситуациях, обеспечении оборудованием, улучшения потенциала руководителей и медицинских работников, особенно акушерок на основе разработанных протоколов.



Более 22,000 женщин и новорожденных стали получать перинатальные услуги в 41,7 медицинских учреждениях с улучшенными условиями, а именно с наличием чистой холодной и горячей воды 24 часа в сутки, что снижает уровни инфекций.

Однако, несмотря на общую положительную динамику, все же уровень индикаторов по системам поддержки больниц в пилотных областях требует дальнейшего улучшения, как по программе ИВБДВ (1,1-2,3 балла из 3х возможных), так и по ЭПУ (менее 2х баллов из 3х возможных). Что касается данных по стране в целом, то показатели по указанным индикаторам еще ниже по сравнению с показателями пилотных областей.

Как результат активного сотрудничества с членами СКЗ отмечено повышение уровня осведомленности населения по вопросам здоровья матери и ребенка, также улучши-

лось понимание понятия «толерантность» среди опрошенных респондентов.

Оценка знания и информированности населения по опасным признакам беременности (семь симптомов) и заболеваний детей (девять симптомов) в 2017 показала, что процент правильных ответов в большинстве случаев значительно возрос по сравнению с 2014 годом с 54% до 97% и с 17% до 92% соответственно. В случае распознавания данных симптомов у детей, большинство женщин обращается к медицинскому работнику (в 2013 – 80%, в 2017 – 90.3%). Улучшенное понимание термина «толерантность» было отмечено у лиц, проживающих в этнически смешанных сообществах. Количество респондентов отвечающих на вопрос о толерантности ответом «Я не знаю, это сложно ответить» снизилось с 30.6% в 2016 до 15.4% в 2017. Среди респондентов увеличилась доля кто понимает концепцию «толерантность» как желание понять и принять многообразие культур (с 26,6% до 44,04%), готовность и открытость к новым знаниям (с 20,2% до 36,79%), гармонию в многообразии (9,4% до 46,29%). Большинство респондентов высказало мнение что дети должны обучаться в смешанных сообществах с тем чтобы уметь адаптироваться в будущем к различным образам жизни и традиций в них.

Улучшению доступа к медицинской помощи для матерей и детей способствовали мероприятия по миростроительству. Проведенные при содействии Проекта, в приграничных областях Кыргызстана и Таджикистана.

Также анализ собранных данных показал удовлетворительное соответствие Проекта по критериям «актуальность», «результативность», «влияние» и «устойчивость».

С учетом результатов проведенной оценки подготовлены рекомендации для деятельности ЮНИСЕФ и МЗ КР на последующих этапах.

Раздел 6. Рекомендации

6.1. Рекомендации для UNICEF

По обучающим мероприятиям

- Продолжить обучение руководителей ОЗ по вопросам качества;
- Учитывая долю ответственности ПМСП за плодово-младенческие потери, рекомендуется уделить внимание укреплению потенциала ПМСП (совместное проведение тренингов для руководителей ОЗ, обучение догоспитальной неотложной помощи детям, обновленной блок схеме программы ИВБДВ и т.д.);
- Продумать разработку эффективных учебных модулей для методологического сопровождения реализации Приказа МЗ КР «О совершенствовании системы управления качеством в организациях здравоохранения Кыргызской Республики» с целью повышения эффективности деятельности комитетов качества при ОЗ;
- Предоставить консультативную поддержку и/или дополнительное обучение для медицинского персонала по использованию поставленного оборудования (СРАР и ИВЛ);
- Продолжить институционализацию всех учебных модулей, разработанных в рамках Проекта;

По мониторингу и супервизиям

- Продолжить поддержку ЦМиО при НЦОМид и усиление потенциала экспертов для проведения мониторинговых и супервайзерских визитов, включая областной уровень;
- Усовершенствовать процесс подготовки отчетов по итогам визитов с целью унификации данных и ускорения процедуры обработки и анализа данных (особенно по ЭПУ);
- Разработать механизм финансирования интегрированных мониторинговых и супервайзерских визитов программ по ОЗМиР для использования после завершения Проекта ЮНИСЕФ;

По работе с населением

- Продолжить мероприятия по поддержанию осведомленности населения по вопросам здоровья матерей и детей.

6.2. Общие рекомендации для Министерства здравоохранения КР

По организации системы здравоохранения

- С учетом недостатка врачебных кадров в регионах фокусироваться на улучшении качества обучения среднего медицинского персонала и делегирования им услуг по оказанию помощи роженицам и детям. Так, только в 21,4% стационаров 1 акушерка на 1,5-2 родов, только в 25% случаев акушерки ведут физиологические роды;
- Только в 14,8% учреждений имеется круглосуточный пост неонатологов, это означает что в ночное время нет квалифицированного медицинского персонала который может квалифицированно оказать реанимационную помощь новорожденным;

- Необходимо продолжить работы по улучшению доступа рожениц к чистой воде в процессе родов. Так, только в 41,7% учреждений был круглосуточный доступ к чистой воде

По обучающим мероприятиям

- Обеспечить непрерывную подготовку молодых кадров по программам «ЭПУ» и ИБВДВ КС «Оказание стационарной помощи детям», а также «Углубленные мероприятия по поддержанию жизнедеятельности у детей» (Pediatric Advanced Life Support - PALS);
- Обеспечить доступ к электронной версии КС «Оказание стационарной помощи детям», утвержденного Приказом МЗ КР №464 05.08.2013 для использования регионами, не вошедшими в пилотные Проекты;
- Изыскать возможность для проведения обучения специалистов ПМСП обновленной блок схеме программы ИБВДВ, догоспитальной неотложной помощи детям;
- Расширение подготовки клинических фармакологов для наиболее полной реализации деятельности Комитетов качества при ОЗ;

По мониторингу и оценке

- Провести оценку экономической эффективности ОКП, работающих в различных областях страны (характер расходования и перераспределения финансовых средств в ОЗ);
- Провести повторный анализ деятельности ПОР и стационарозамещающих отделений на уровне ПМСП с целью оптимизации их деятельности;
- Провести оценку реализации нового Приказа МЗ КР «О совершенствовании системы управления качеством в организациях здравоохранения Кыргызской Республики» по регионам страны (эффективность работы Комитетов качества, включая деятельность клинических фармакологов).



ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Критерии ОЕСD/DAC и вопросы для исследования

Актуальность	<ol style="list-style-type: none">1. Как данный проект вписывается в более широкий контекст по ОЗМИР в Кыргызской Республике?2. В какой мере цели и достижения проекта согласуются с национальными приоритетами?3. В какой мере цели и достижения проекта согласуются с ЦУР?4. В какой мере цели и достижения проекта отвечают на потребности поставщиков услуг и конечных бенефициаров?5. В какой степени результаты проекта влияют на решение ключевых проблем, на их основные причины и проблемы?6. Насколько данный проект был целесообразен/актуален, являются ли цели и индикаторы проекта актуальными?7. Рассматривал ли проект преодоление неравенства в рамках различных групп населения (сельское / городское, бедность, этническая принадлежность)?8. В какой степени обеспечение справедливого доступа к услугам включено в проект?
Результативность	<ol style="list-style-type: none">1. В какой степени проекту удалось достичь поставленных целей и задач?2. Каковы были основные факторы/причины, мешающие в достижении поставленных целей и задач?3. Как проект поддержал национальные приоритеты в ОЗМИР?4. В какой степени проект усилил потенциал поставщиков услуг в соответствии со стандартами ВОЗ?5. Изменил ли проект медицинские или административные практики поставщиков услуг?6. Как проект изменил показатели здоровья бенефициаров?7. Каков был вклад проекта по улучшению качества медицинской помощи в перинатальной помощи и помощи детям до 5 лет?8. Каков был вклад проекта в улучшение рационального использования ресурсов (например, оптимизация отделений, сокращение использования ненужных лекарств, лечение, необоснованная госпитализация)?9. Как были использованы результаты мониторинга для дальнейшего планирования и корректировки?
Эффективность	<ol style="list-style-type: none">1. Насколько рационально были использованы ресурсы на реализацию различных мероприятий и в какой степени трансформированы в предполагаемые результаты проекта, с точки зрения количества, качества и своевременности?2. Были ли имеющиеся ресурсы достаточны для удовлетворения потребностей проекта?

<p>Устойчивость</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. В какой степени Министерства здравоохранения и местные органы здравоохранения демонстрируют право собственности в этом проекте? 2. Каким образом проект повлиял на процесс принятия решений и политики на национальном уровне? 3. Как обеспечивается устойчивость проекта на национальном / областном уровнях и уровне ОЗ? Будут ли поддерживаться результаты/достижения, полученные в результате проекта? 4. Каковы возможные факторы, повышающие или препятствующие устойчивости (например, обязательства на национальном/местном уровнях, финансы, институциональные / технические возможности)? Каким образом проект принял во внимание эти факторы? 5. В течение какого времени бенефициары проекта будут получать/иметь возможные позитивные изменения, полученные от реализации проекта? 6. Каковы узкие места и средства для обеспечения повышения или препятствующие устойчивости этих изменений?
----------------------------	--

Приложение 2. Список использованных документов

1. *Proposal to the Government of Japan. Project for Advancing Peace through Enhanced Maternal and Child Healthcare in Conflict-Prone Regions;*
2. *«Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным», Европейским Региональным Бюро ВОЗ, вторая редакция, 2014 г.;*
3. *Оценка Программы UNICEF по перинатальному уходу за период 2010 – 2013 гг., 2014 г.;*
4. *Отчеты о проведении интегрированных супервайзерских визитов на уровне родильных и детских отделений Ошской, Баткенской, Джалал-Абадской и Иссык-Кульской областей в рамках программ «Эффективный перинатальный уход» и «Интегрированное ведение болезней детского возраста» (октябрь 2015 г.; январь-март 2016 г.; июнь 2016 г.; октябрь 2016 г.);*
5. *Отчеты по МиО внедрения ЭПУ в Баткенской, Ошской, Джалалабадской и Иссык-Кульской областях (январь-февраль, 2016 г.; июнь 2016 г.; январь-февраль, 2017 г.);*
6. *Отчеты по МиО внедрения Карманного справочника “Оказание стационарной помощи детям” (январь, 2016; октябрь, 2016 г.);*
7. *Сравнительный анализ результатов базовой оценки (2013г.) и последующей оценки при супервайзерском визите (2015г.) по программе ИВБДВ в ЦОВП/ТБ и ООБ в Ошской, Баткенской и пилотных районах Джалал-Абадской областей (2015 г.);*
8. *Отчет о проведении базовой и промежуточной оценки по оказанию стационарной помощи в ООБ/ТБ Ошской, Жалал-Абадской и Баткенской областей (2013 г.);*

9. *Отчет по оценке качества стационарной помощи детям в Кыргызстане 24 июля – 4 августа 2012 г., Отчет миссии, ЕРБ ВОЗ;*
10. *Оценка знания и осведомленности населения Ошской, Баткенской и Джалал-Абадской областей об опасных признаках беременности и болезней детского возраста, UNICEF, июль 2014 год;*
11. *Приказ МЗ КР № 454 «О совершенствовании системы управления качеством в организациях здравоохранения Кыргызской Республики» от 04.08.2015 г.;*
12. *Приказы МЗ КР и ФОМС при Правительстве КР (от 15.02.2016 г.; 25.05.2016 г.; и 19.12.2016 г.) «Об открытии отделения однодневного пребывания организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь детскому населению в Кыргызской Республике»;*
13. *Материалы рабочего совещания по открытию отделений однодневного пребывания детей с экстренными состояниями, проведенного 19 июля, 2016 г.;*
14. *Материалы встречи по разработке индикаторов качества в НЦОМид, проведенной 20.02.2017 г.;*
15. *Пакет услуг по перинатальной помощи. Руководство для организаторов здравоохранения и управленцев, работающих на всех уровнях перинатальной помощи, МЗ КР, 2012;*
16. *Оценка знаний и осведомленности населения Ошской, Баткенской и Джалал-Абадской областей об опасных признаках беременности и болезней детского возраста, UNICEF, 2014 год;*
17. *Отчет по мониторингу осведомленности населения. 2017 г.;*
18. *Статистические данные РМИЦ по отобраннным индикаторам (2013 – 2016 гг.);*
19. *Пакет индикаторов по Целям в области Устойчивого Развития, связанные со здравоохранением;*
20. *Национальная Программа «Ден соолук» и Пакет индикаторов к Программе.*

Приложение 3. Перечень пилотных организаций здравоохранения

Название ОЗ	
Баткенская область - 10 ОЗ	
1	БООБ
2	Кызыл- Кыя ТБ
3	Кадамжай ТБ
4	Сулукту ЦОВП
5	Уч-Коргон ЦОВП
6	Айдаркен ЦОВП
7	Кулунда ЦОВП
8	Лейлек ТБ
9	Самаркандек ЦОВП
10	Жаны-Жер ЦОВП
Жалал-Абадская область - 14 ОЗ	
11	г.Жалал-Абад
12	Сузак ТБ
13	Ала-Бука ТБ
14	Токтогул ТБ
15	Кара-Кол ЦОВП
16	Октябрьский ТБ
17	Ноокен ТБ
18	Тогуз-Торо ЦОВП
19	Чаткал ЦОВП
20	Базар-Коргон ТБ
21	Аксы ТБ
22	Майлу-Суу ЦОВП
23	Кочкор-Ата ТБ
24	Таш-Комур ТБ
Иссык-Кульская область - 4 ОЗ	
25	Каракол
26	ТБ Тюп
27	ЦОВП Жети-Огуз
28	Балыкчи
Ошская область - 6 ОЗ	
29	Ноокатская ТБ
30	Узгенская ТБ
31	Араванская ТБ
32	ОМДКБ
33	Карасуйская ДБ
34	Филиал №1 ТБ г. Ош (Детская инфекционная больница)

Приложение 4. Индикаторы системы поддержки больниц в разрезе областей, программа ИВБДВ, январь 2017 год

	Индикатор	Ош	г.Ош	Джалал-Абад	Баткен	Ис-сык-Куль	Нарын	Талас	Чуй	КР
		Пилотные области UNICEF								
1	Сортировка и оказание неотложной помощи	1.9	2.4	0.9	1.4	2.1	1.2	1.1	1.2	1.5
2	Ведение детей с острой инфекцией нижних дыхательных путей	2	2.2	0.9	1.3	1.9	1.4	1	1.3	1.5
3	Ведение детей с диареей	0.7	0.8	1	1.3	2	1.3	1	1.4	1.2
4	Ведение больных детей с анемией и задержкой роста	2	2	0.7	0.7	1.2	1.3	0.8	1	1.2
5	Ведение больных детей с лихорадочным состоянием	2.4	2.4	1	1.3	2	1.7	1	1.3	1.6
6	Питание и поддерживающая терапия	2.4	2.5	1.1	1.3	2	1.8	1.3	1.6	1.8
7	Услуги, доброжелательные к ребенку	2.3	2.4	0.9	1.2	2	1.5	1.1	1.3	1.6
8	Мониторинг и последующее наблюдение	2.2	2.4	1.1	1.3	1.9	1.3	1	1.3	1.6
9	Доступность лечения в больнице и преемственность с ПМСП	2.4	2.5	1.2	1.3	2	1.9	1.6	1.7	1.8
10	Обеспеченность отделения лекарственными препаратами	2.5	2.8	1.2	1.8	2.7	1.9	1.2	1.9	2
11	Обеспеченность отделений оборудованием	2.3	2.5	1.2	1.4	2.5	1.6	1.1	1.6	1.8
12	Лабораторная поддержка	2.5	2.7	1.2	1.5	2.9	1.8	1.1	1.5	1.9
13	Беседа с матерями/лицами, ухаживающими за ребенком	2.6	1.4	1.2	1.2	1.9	0	1.1	1.2	1.3
14	Информационная система	2.6	2.7	1.1	1	2.1	1.8	1.3	1.3	1.7
	Средний балл	2.2	2.3	1.1	1.3	2.1	1.6	1.1	1.4	1.6

