

**Обоснование необходимости
проведения аудита
перинатальной смертности**

**Профессор Чувакова Т.К.
ФКФ «УМС» ННЦМД,
Г. Астана**

- Ключевыми показателями качества работы системы здравоохранения являются уровни материнской, младенческой и детской смертности, которые используются для принятия управленческих решений по ее совершенствованию. Проблемы снижения указанных показателей решаются в Республике Казахстан через национальные процессы планирования и государственную политику. В частности, через Национальную стратегию развития РК (Стратегия 2030, 2050), а также путем выполнения международных обязательств в рамках Декларации Тысячелетия по снижению детской смертности и улучшению материнского здоровья до 2015г. С 2016 г — путем выполнения Целей устойчивого развития.

Декларация На Пороге Тысячелетия Организации Объединенных Наций и Цели развития тысячелетия

- **Цель 1: искоренение крайней нищеты и голода**
- **Цель 2: Обеспечение всеобщего начального образования**
- **Цель 3: Поощрение равенства и расширение прав женщин**
- **Цель 4: Снижение детской смертности**
- **Цель 5: улучшение здоровья матерей**
- **Цель 6: Борьба с ВИЧ/СПИД, малярия и другими заболеваниями**
- **Цель 7: Обеспечение экологической стабильности**
- **Цель 8: Формирование глобального партнерства в целях развития**

Обратите внимание, что здоровью уделяется большое внимание!

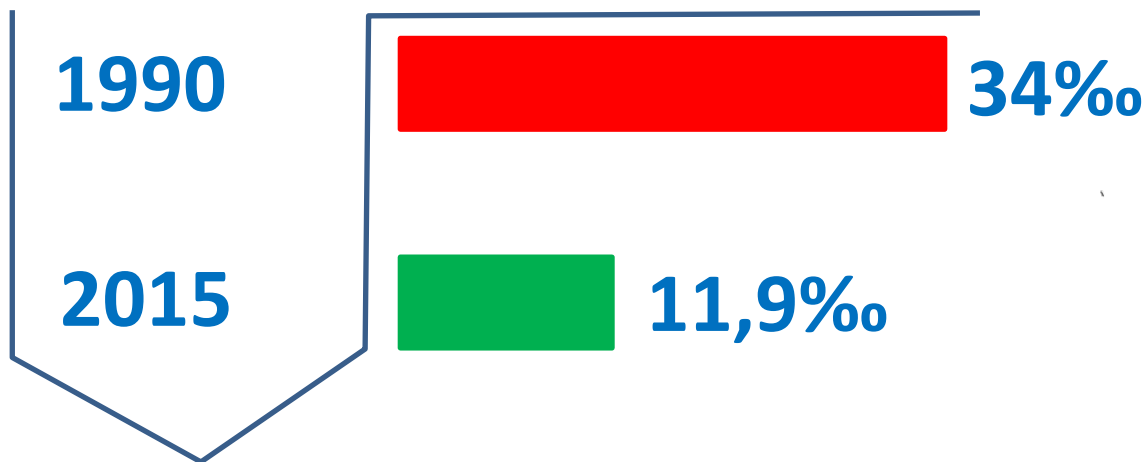
ЦРТ 4. СНИЖЕНИЕ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ





Сократить на две трети (65%) за период 1990-2015 гг. смертность среди детей в возрасте до 5 лет

ЦРТ 4: Показатель смертности детей до 5 лет, который необходимо достигнуть к 2015 году




- **Придавая особое значение своему современному достижению Целей Тысячелетия, в стране при технической поддержке ЮНИСЕФ, был утвержден проект по исследованию причин младенческой и детской смертности в Казахстане.**
- **Научным руководителем проекта была назначена проф. Чувакова Т.К. (приказ МЗ РК № 1157 от 24.12.2001 г).**

ПРИЧИНЫ МЛАДЕНЧЕСКОЙ И ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КАЗАХСТАНЕ



Каждому ребенку –
здоровье, образование, равные возможности и защиту.
НА ПУТИ К ГУМАННОМУ МИРУ

unicef 

Результаты проведенного исследования показали, что достижение 4-й цели тысячелетия по снижению детской смертности в РК возможно при условии:

- 1) улучшения учета и анализа статических данных;
- 2) совершенствования перинатального ухода;
- 3) адекватного клинического ведения болезней детского возраста и патронажного наблюдения за детьми на уровне ПМСП.

Результаты исследований легли в основу Отчетов Правительства Республики Казахстан и представительства ООН в Казахстане.



- Чувакова Т.К. «Снижение детской смертности в Казахстане: ситуация, проблемы, ключевые интервенции».
- Презентации и обсуждение отчетов состоялись:
 - на заседании Парламента РК (2005 г),
 - в институте стратегических исследований при Президенте РК (2007 г)
 - в МИД (2010 г).

2010



MILLENNIUM
DEVELOPMENT
GOALS
IN KAZAKHSTAN



- Предложения, сделанные в отчетах, явились отправной базой для дальнейших реформ в области охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане.

Предложения, сделанные в отчетах 2005 и 2007 гг были учтены при разработке:



- «Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы», утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 г, № 1438
- «Программы по снижению материнской и детской смертности в Республике Казахстан на 2008-2010 годы», утвержденной постановлением Правительства РК от 28 декабря 2007 г за №1325.

Мероприятия по выполнению Государственных Программ



В соответствии с планом выполнения Государственной программы, в 2007 году была завершена реализация ее I этапа, направленного на масштабные инвестиции в отрасль:

- **техническую модернизацию, развитие инфраструктуры,**
- **решались задачи укрепления первичной медико-санитарной помощи, формирования здорового образа жизни, повышения качества медицинских услуг.**

Этапы реализации задач по достижению Цели Тысячелетия 4 «Снижение детской смертности»

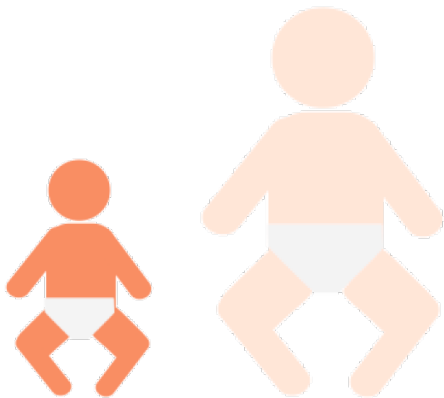
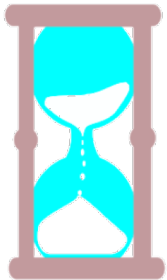


1. Для улучшения учета и анализа статистических данных было проведено исследование в пилотных регионах Казахстана (г. Алматы и Алматинская область), утвержденное приказом МЗ РК от 22.01.2002 г за № 61 «О подготовке к внедрению критериев живорождения и мертворождения ВОЗ в Республике Казахстан».

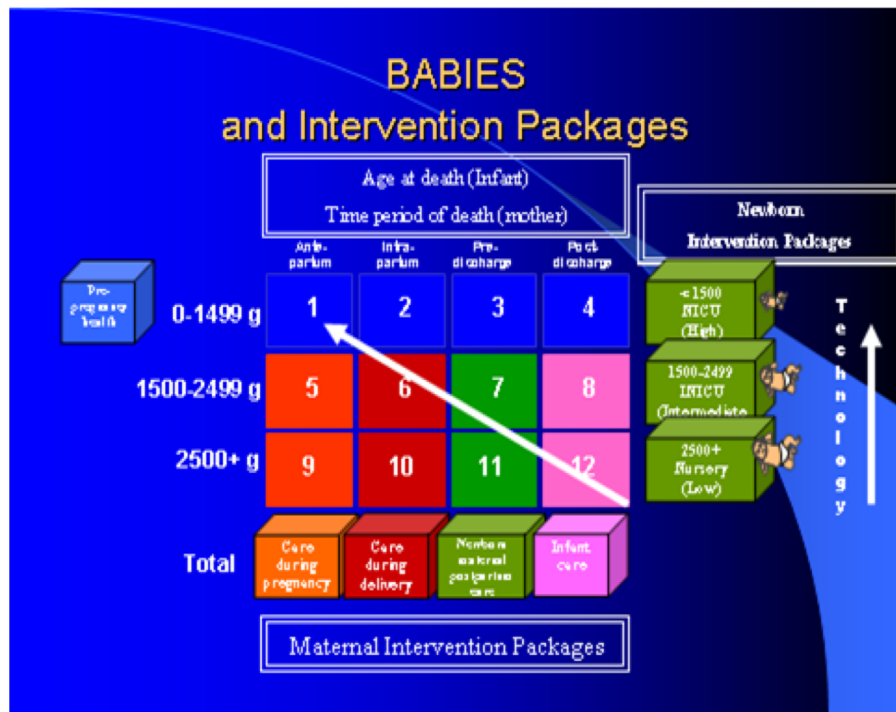
- Создан координационный совет при МЗ РК, научное руководство возложено на профессора Чувакову Т.К.
- Основная цель исследования – разработка нормативно-правовых документов и их апробирование в пилотных регионах для последующего внедрения на национальном уровне.

Результаты

- **Обоснована целесообразность странового внедрения критериев живорождения и мертворождения, рекомендованных ВОЗ, что легло в основу распоряжения Премьер Министра РК за №38 от 01.03. 2006 г**
- «Об утверждении Плана мероприятий по переходу Республики Казахстан на критерии живорождения и мертворождения, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения».
- **С 01.01 2008 г Казахстан перешел на регистрацию случаев живорождения и мертворождения в соответствии с международными критериями, рекомендованными ВОЗ.**
- В этой связи в национальной перинатальной статистике стали учитываться плоды и новорожденные, родившиеся при сроке беременности 22 недели и более, имеющие массу тела при рождении 500 г и более и длину 25 сантиметров и более.



В Казахстане внедрена методология расчетов плодово-младенческих потерь с использованием матрицы BABIES, предусматривающая обязательный учет всех перинатальных рождений и потерь



Матрица BABIES позволяет:

- проводить мониторинг и оценку мероприятий по улучшению охраны здоровья младенцев;
- своевременно выявлять проблемы, возникающие в ходе внедрения в практику родовспоможения технологий безопасного материнства
- проводить адекватную коррекцию путем выбора соответствующего пакета вмешательств.

Каждый пакет вмешательств содержит информацию о мероприятиях, которые необходимо предпринять для улучшения деятельности службы родовспоможения и детства.

Пакеты вмешательства BABIES

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12

Здоровье матери

Вмешательства
до зачатия:

Планирование семьи

Питание

ДНТ осложнений

Вредные привычки

Рекомендации по
оздоровлению женщин
детородного возраста

ДНТ для детей < 1500 г

Здоровье матери

Дородовое
наблюдение

Уход в родах

Уход
новорожденног

Мед. помощь матери Вмешательства во время берем.

ДНТ осложнений

Наблюдение за группой риска

Профилактические
меропр. во время
беременности (Fe, Фол.
к-та, Vit.A)

Мед. помощь матери Вмешательства при родах

Профилактические меропр.
во время родов (СДР)
Мониторинг в родах
(партограмма)
ДНТ мед. проблем
(преэклампсия, отслойка
плаценты)
ДНТ хир. проблем (рубец на
матке, узкий таз)

Мед. помощь новорожденному Вмешательства в неонат. периоде

Реанимация

Термоконтроль

Грудн. вскармл.

Концепция "Baby Friendly"

Наблюдение за группой риска

2. Совершенствование перинатального ухода



**Effective
perinatal Care**

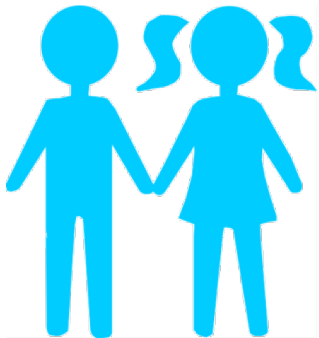
- Разработаны стандарты акушерской и неонатальной помощи.
- В практику родовспомогательных организаций всех уровней внедрены программы ВОЗ:
 - «Безопасная беременность» и «Эффективный перинатальный уход» (2002 г), «Эффективная перинатальная помощь» (2015г).
- Разработаны и внедрены в практику:
 - клинические протоколы по ведению беременности и родов;
 - клиническое руководство и протоколы по уходу, диагностике и лечению заболеваний у новорожденных.
- Проведена регионализация перинатальной помощи.

Регионализация перинатальной помощи



- **Регионализация – это распределение организаций родовспоможения по трем уровням оказания перинатальной помощи, для максимального использования эффективных технологий ухода и медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с учетом степени риска для женщины и ее плода и новорожденного.**
- **Целью регионализации является улучшение качества перинатальной помощи за счет рационального использования возможностей существующей системы родовспоможения.**

3. Адекватное клиническое ведение болезней детского возраста и патронажное наблюдение за детьми на уровне ЦМСП



Внедрение в практику МО стратегий ВОЗ по:

- оказанию стационарной помощи детям (карманный справочник, ВОЗ, 2005 г, 2013 г);
- интегрированному введению болезней детского возраста (ИББДВ) на амбулаторном уровне;
- Разработаны и внедрены в практику клинические руководства и протоколы диагностики и лечения заболеваний детей от 0 до 5 лет на основе международных рекомендаций, основанных на доказательной медицине.



Результаты

- Проведенные в Казахстане реформы здравоохранения обеспечили позитивные результаты в плане улучшения качества оказываемых услуг в системе охраны здоровья матери и ребенка.

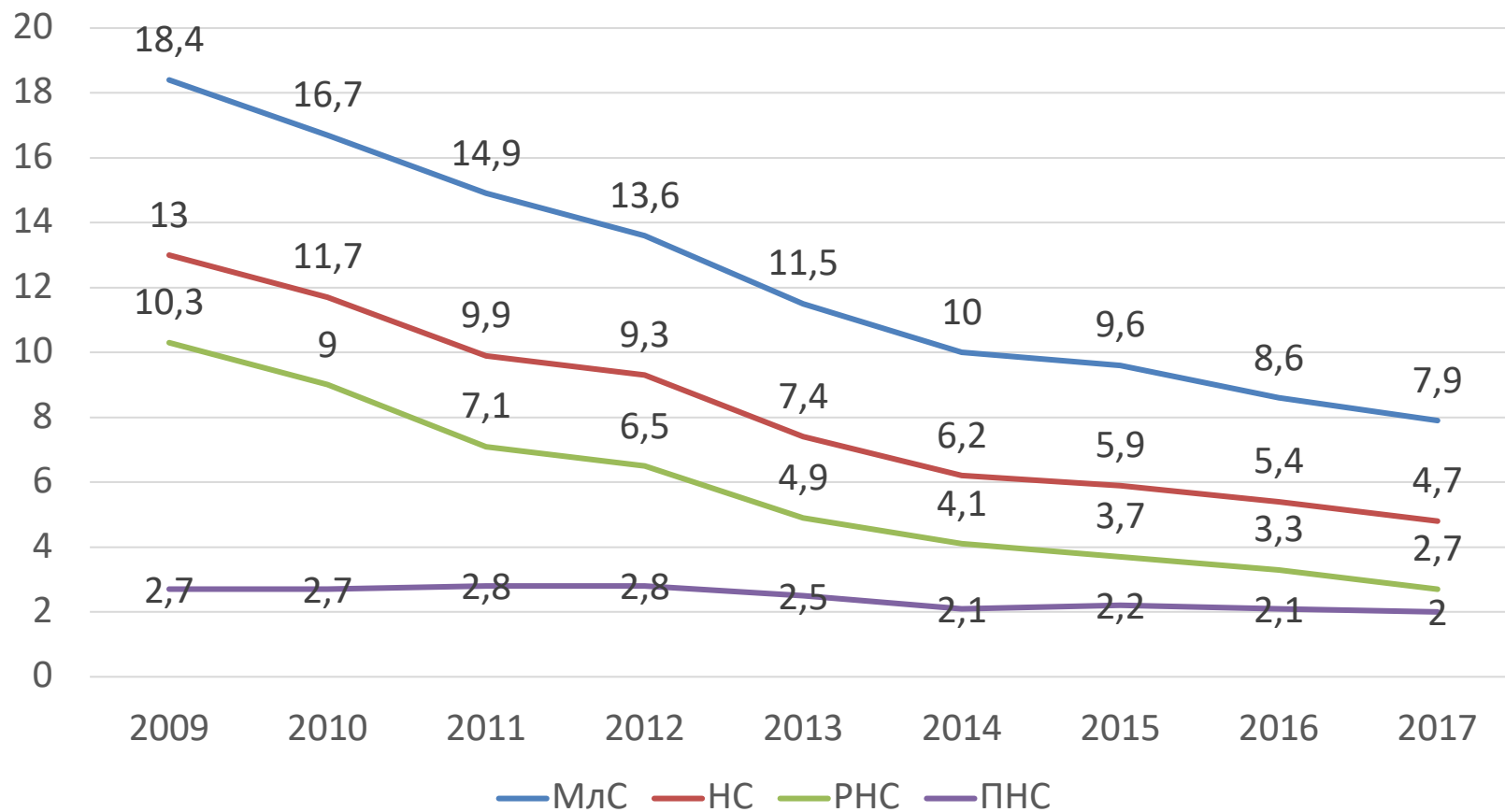


С 2009 г наметилось устойчивое снижение показателя младенческой смертности, уровень которой к 2017 г составил 7,9‰ ..

- Снижение МС было обусловлено уменьшением потерь в раннем неонатальном периоде в 4 раза: с 12,0‰ в 2008 г до 2,7‰ в 2017 г за счет повышения выживаемости маловесных детей, как с экстремально низкой (менее 1000 г) и очень низкой (менее 1500 г) массой тела при рождении.



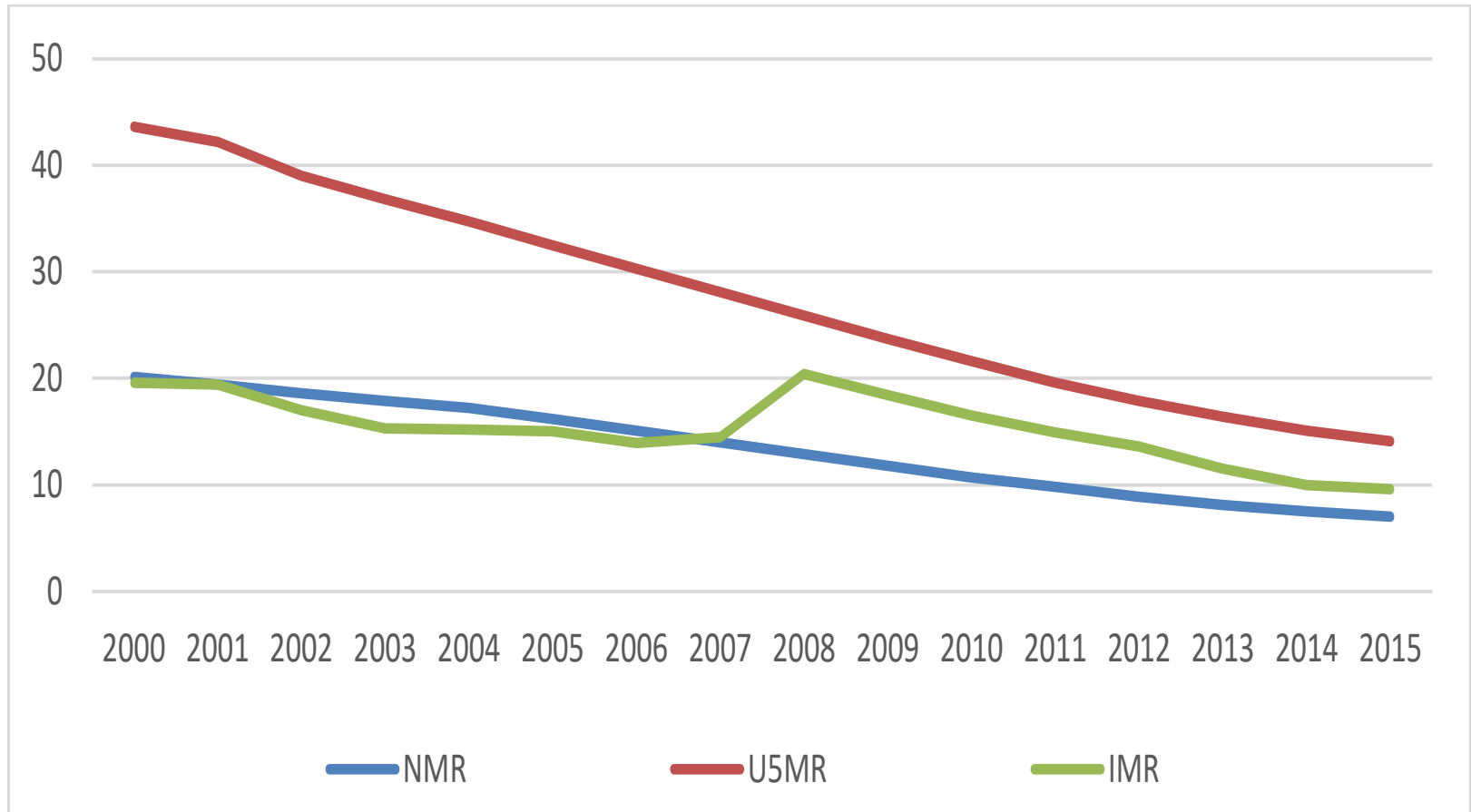
Динамика младенческой смертности по РК



Выживаемость среди новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела до 1 года в РК

	2014 г	2015 г	2016 г
ЭНМТ	37%	53%	45%
ОНМТ	73%	77%	80%

Динамика детской, младенческой и неонатальной смертности на 1000 родившихся живыми. Казахстан, 2000-2015 (Источник: IGME)



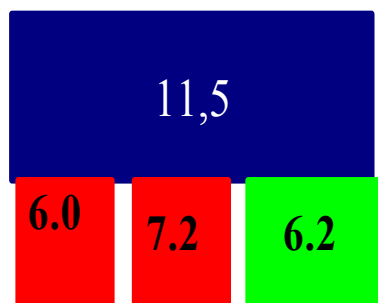
Факторы, определяющие плодово-младенческие потери в Казахстане, 2008 год

500-999г	Здоровье женщин до беременности: 11,5‰		
1000-1499			
1500-2499	Уход за беременной женщиной: 6,0‰	Уход за новорожденны м: 7,2‰	Уход за младенцем: 6,2‰

Факторы, определяющие плодово-младенческие потери в Казахстане. 2015 г (в ‰)

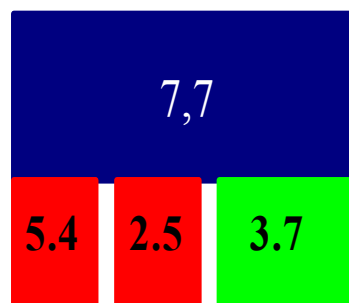
500-999г	Здоровье женщин до беременности: 7,7‰		
1000-1499			
1500-2499	Уход за беременной женщиной: 5,4‰	Уход за новорожденным: 2,5‰	Уход за младенцем: 3,7‰
2500 и более			

Приведенные факты свидетельствуют об имеющихся резервах, которые могут способствовать дальнейшему улучшению основных показателей, характеризующих качество медицинских услуг в системе детства и родовспоможения для достижения показателей экономически развитых стран (например, США).



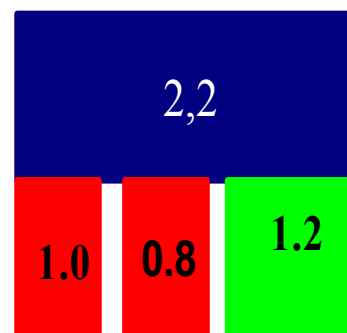
30.9 %

Казахстан, 2008 г.



19.3 %

Казахстан, 2015 г.



5.2

США для сравнения

Динамика перинатальной смертности по РК

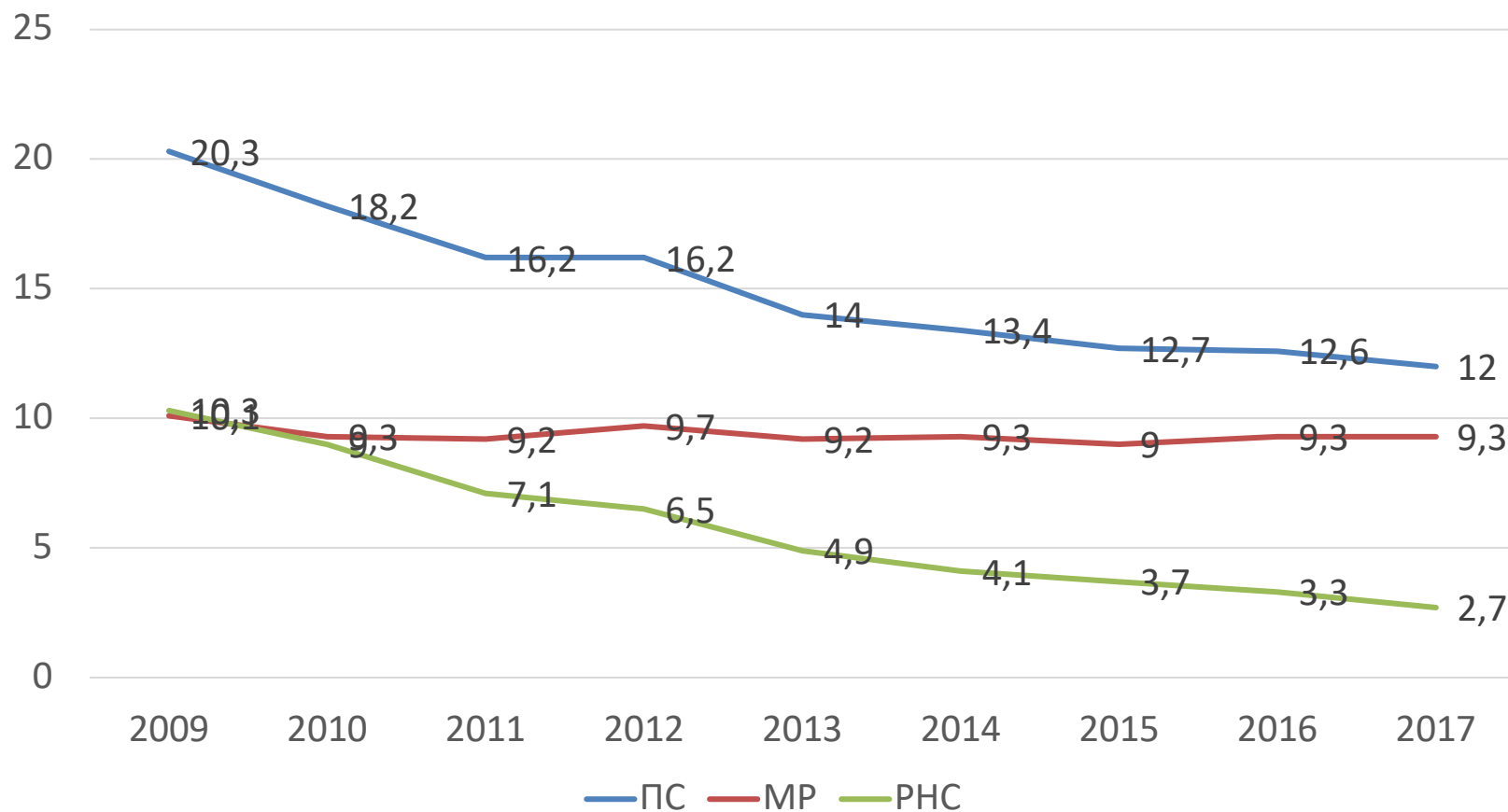


Рис.9 Метод вмешательства, обладающий наибольшим потенциалом снижения плодово-младенческой смертности?

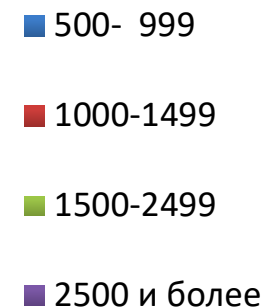
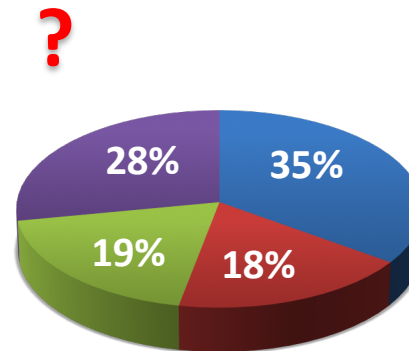
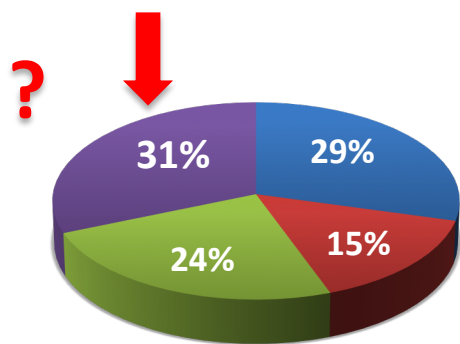
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Здоровье женщины	11,5	11	9,5	8,8	8,8	8,1	7,4	7,3	7,4
Анте- и интранатальный уход	6	5,5	5,4	5,4	5,8	5,3	5,5	5,2	5,2
Уход за новорожденным до выписки из роддома	7,2	5,8	5,4	4,3	4	2,9	2,5	2,3	2
После выписки из роддома	6,2	6	5,6	5,5	4,6	4,2	3,8	3,7	3,2

Структура перинатальной смертности в зависимости от массы тела

Структура мертворождаемости

Структура ранней неонатальной смертности

80% происходит в антенатальном периоде



Распределение мертворожденных в зависимости от массы тела

500,0-999,0	1000,0-1499,0	1500,0-2499,0	2599,0 и более
28%, из них:	15%, из них:	24%, из них:	32%, из них
Аntenатально 74% Интранатально 26%	Аntenатально 93% Интранатально 7%	Аntenатально 95% Интранатально 5%	Аntenатально 86% Интранатально 14%

Распределение умерших в раннем неонатальном периоде в зависимости от массы тела

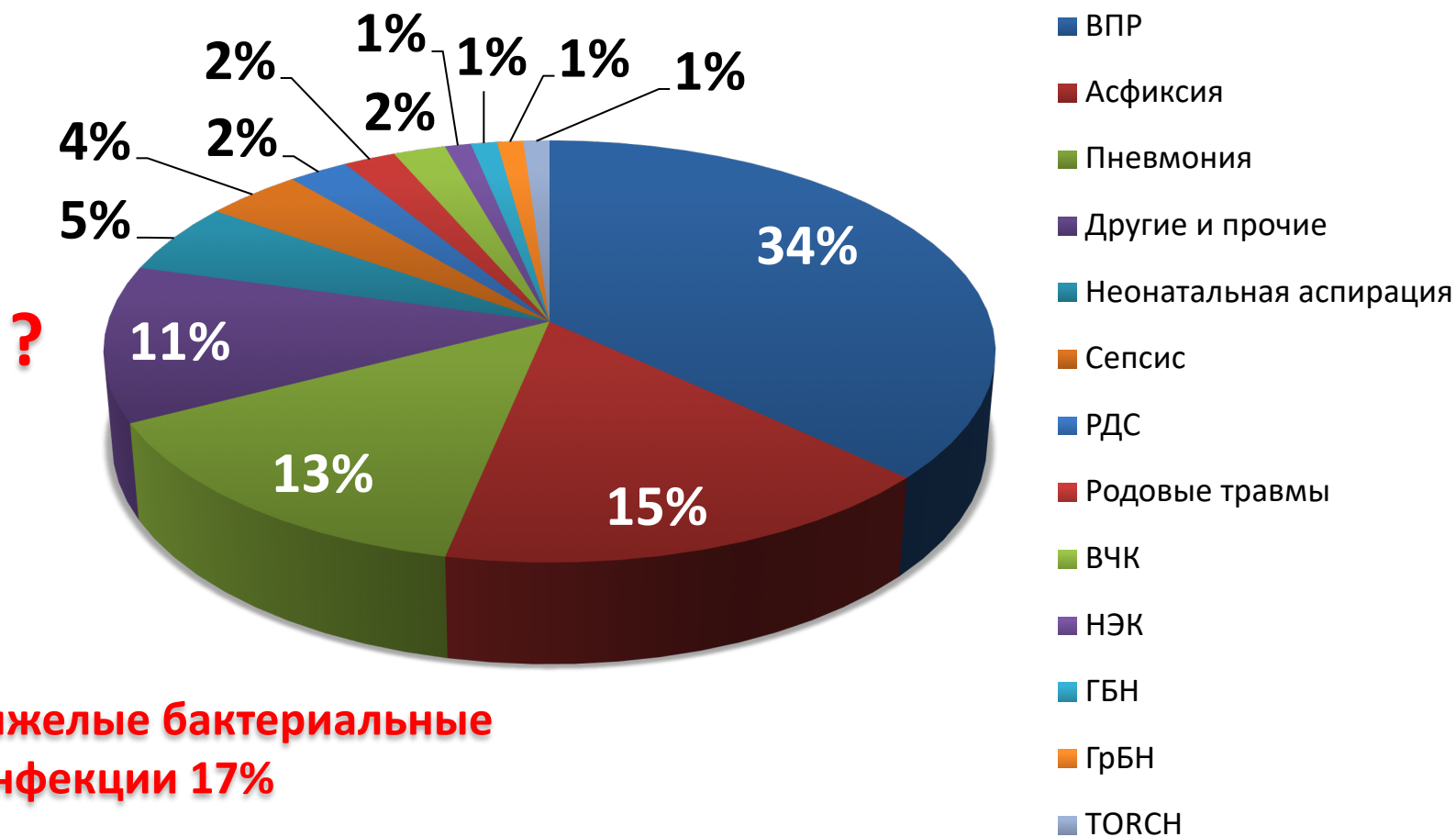
500,0-999,0	1000,0-1499,0	1500,0-2499,0	2599,0 и более
32%	17%	22%	29%

Структура перинатальных потерь

- В структуре перинатальных потерь лидируют плоды и новорожденные с нормальной массой тела (2500 г и более).**
- Их суммарные потери в антенатальном и интранатальном периодах (2,9‰) даже выше потерь плодов ЭНМТ (2,4‰),**
- а в антенатальном периоде (2,5‰) превышают потери плодов с ЭНМТ (1,7‰) в 1,5 раза.**

Пропорциональные показатели						
Масса тела при рождении и в граммах	Антенатальная смертность	Интранатальная смертность	Ранняя неонатальная смертность	Поздняя неонатальная смертность	Постнеонатальная смертность	Всего
	1	2	3	4	5	6
500- 999	1,7	0,7	1,1	0,6	0,3	4,4
1000-1499	1,3	0,1	0,8	0,4	0,3	2,9
1500-2499	2,1	0,2	0,8	0,4	0,6	4,2
2500 и более	2,5	0,4	1,0	0,7	2,4	7,0
Всего	7,7	1,3	3,7	2,1	3,7	18,5

Структура смертности в раннем неонатальном периоде в весовой категории 2500 г и более



- **Известно, что в странах с хорошо поставленной перинатальной службой потери плодов и новорожденных с нормальной массой тела не регистрируются, так как для их выживания не требуются дорогостоящие медицинские технологии. Основным условием их выживания является улучшение качества клинической практики.**
- **Следовательно, обеспечение выживания указанного контингента плодов и новорожденных будет способствовать весоному снижению показателя перинатальной смертности в Республике Казахстан.**

- Все вышеизложенное определило необходимость проведения конфиденциального аудита перинатальной смертности, **основной целью которого является:**
- **выявление резервов улучшения качества перинатальной помощи и разработка рекомендаций по снижению перинатальной заболеваемости и смертности в РК.**

Аудит перинатальной смертности направлен на:

- а) выявление реальных медицинских и немедицинских причин, приведших к случаям перинатальной смертности, в том числе социального и семейного характера;**
- б) оценку на основе научно-доказательной медицины случаев перинатальной смертности, с установлением возможных отрицательных факторов на общественном уровне, а также на уровне медицинских организаций;**
- в) разработку конкретных рекомендаций с межсекторальным (ведомственным) подходом с целью повышения качества обслуживания беременных, рожениц и родильниц и новорожденных.**

КАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ
ӘЛЕУМЕТТІК ДАМУ
МИНИСТРЛІГІ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

БҰЙРЫҚ

29 апреля 2016 года
Астана қаласы

ПРИКАЗ

№ 344
город Астана

Об организации проведения конфиденциального аудита материнской перинатальной смертности, критических случаев в акушерской практике

В целях снижения материнской и перинатальной смертности и повышения качества медицинской помощи матерям и детям, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Отменить приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 11 марта 2016 года № 190 «Об организации проведения конфиденциального аудита материнской и перинатальной смертности, критических случаев в акушерской практике».

2. Руководителям Управлений здравоохранения областей, городов Астаны и Алматы (по согласованию):

для проведения конфиденциального аудита материнской смертности:

1) определить в срок до 27 мая 2016 года регионального координатора конфиденциального аудита материнской смертности;

2) обеспечить не позднее двадцати пяти дней с момента смерти женщины проведение анонимного анкетирования медицинских работников и близких родственников умершей женщины для установления факторов медицинского и немедицинского характера, приведших к смерти;

3) в течении тридцати дней с момента смерти женщины обеспечить предоставление региональным координатором в республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – РЦРЗ) обезличенную документацию анонимные анкеты на умершую женщину;

для проведения конфиденциального аудита перинатальной смертности:

1) обеспечить в срок до 27 мая 2016 года в организациях родовспоможения или детских стационарах назначение ответственного лица за подготовку документации по каждому случаю смерти новорожденного или плода с гестационным возрастом более 37 недель и массой тела более 2500,0 грамм при рождении;

2) определить в срок до 27 мая 2016 года регионального координатора конфиденциального аудита перинатальной смертности;

3) обеспечить в течении трех рабочих дней с момента смерти плода или новорожденного проведение анонимного анкетирования медицинских работников и родителей, перенесших перинатальную потерю по каждому случаю смерти для установления факторов медицинского и немедицинского характера, приведших к смерти плода или новорожденного;

4) в течении четырнадцати дней с момента мертворождения или смерти новорожденного до 7 суток жизни обеспечить предоставление региональным координатором в РЦРЗ обезличенную документацию и анонимные анкеты по каждому случаю смерти новорожденного или плода;

для проведения аудита критических случаев в акушерской практике (массивные кровотечения, акушерский сепсис, хронические заболевания в стадии декомпенсации или остро возникшие заболевания во время беременности, обусловившие тяжесть состояния):

1) обеспечить в срок до 27 мая 2016 года в организациях родовспоможения создание рабочей группы по проведению аудита критических случаев в акушерской практике (далее – Рабочая группа);

2) определить в срок до 27 мая 2016 года регионального координатора по проведению аудита критических случаев в акушерской практике (далее – региональный координатор);

3) обеспечить проведение Рабочей группой анализа критических случаев в акушерской практике и предоставление его региональному координатору ежемесячно к 5 числу следующего за отчетным периодом;

4) обеспечить предоставление региональным координатором ежеквартально к 10 числу следующего за отчетным периодом в РЦРЗ сводной аналитической информации по критическим случаям в акушерской практике;

3. Обеспечить:

1) Департаменту организации медицинской помощи в срок до 25 мая 2016 года разработку и направление в РЦРЗ, управления здравоохранения областей, городов Астаны и Алматы методических рекомендаций по проведению конфиденциального аудита материнской, перинатальной смертности и критических случаев в акушерской практике;

2) РЦРЗ:

создание Комиссии по проведению конфиденциального аудита материнской и перинатальной смертности, критических случаев в акушерской практике (далее – Комиссия) по согласованию с Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

проведение Комиссией конфиденциального аудита материнской и перинатальной смертности, критических случаев в акушерской практике;

представление аналитической информации по результатам проведения конфиденциального аудита материнской и перинатальной смертности, критических случаев в акушерской практике в Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан ежегодно к 20 числу следующего за отчетным периодом года.

Национальный комитет конфиденциального аудита

- **Комитет конфиденциального аудита перинатальной смертности, который представлен :**
- **Национальным координатором конфиденциального аудита по перинатальной смертности,**
- **Секретарем НКАПС и 6 приглашенных членов.**

Задачи КАПС

- 1. Идентифицировать причины перинатальных потерь плодов и новорожденных с гестационным возрастом ≥ 37 недель и массой тела при рождении ≥ 2500 г.**
- 2. Дать оценку существующему в родовспомогательных организациях РК качеству ухода и медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным детям с гестационным возрастом ≥ 37 недель и массой тела при рождении ≥ 2500 г с позиций перинатального аудита.**
- 3. Оценить отношение женщин и семей к качеству и объему медицинской помощи, по результатам вербальной аутопсии.**
- 4. Обосновать систему мероприятий по совершенствованию ухода и медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным с гестационным возрастом ≥ 37 недель и массой тела при рождении ≥ 2500 г.**

Правила организации конфиденциального аудита перинатальной смертности

В Правилах используются следующие понятия:

а) конфиденциальность – принцип аудита, заключающийся в том, что аудиторы обеспечивают сохранность и анонимность документов, получаемых или составляемых ими в ходе аудиторской деятельности, не передают эти документы или их копии, каким бы то ни было третьим лицам, либо не разглашают устно содержащиеся в них сведения без согласия собственника;

б) обезличивание – отсутствие (удаление) информации, способной дать сведения о населенном пункте, родовспомогательной организации, или иной медицинской организации, сведения о мертворожденном плоде или умершем новорожденном ребенке, или медицинском персонале, имевшем отношение к данному случаю;

- **вербальная аутопсия** – словесное расследование - метод выявления медицинских причин смерти и установления личных, семейных и общественных факторов, которые, возможно, способствовали смерти плода или новорожденного, произошедшей вне медицинской организации;
- **Конфиденциальный аудит является мероприятием:**
 - независимым от официальной деятельности местных органов государственного управления здравоохранением и Министерства здравоохранения Республики Казахстан;
- **не имеющим административных и юридических полномочий.**

Проведение конфиденциального аудита перинатальной смертности не отменяет официального или традиционного анализа перинатальной смертности.

. Любая информация, содержащаяся в конфиденциальном аудите, не разглашается и не используется в иных целях (судебные или административные расследования).

. Целью конфиденциального аудита перинатальной смертности является снижение и предупреждение перинатальной смертности.

Ожидаемые результаты

1. Переход от мероприятий по контролю качества уже оказанной перинатальной помощи к системе управления качеством **обеспечивает получение непрерывного, целенаправленного улучшения исходов, прогноза и показателей.**
 2. Перинатальный аудит позволит выявить основные варианты субоптимальной помощи **и оценить безопасность и эффективность проводимых мероприятий в сравнении с клиническими исходами, а также позволит повысить качество ухода и помощи беременным, роженицам и новорожденным с нормальной массой тела.**
 3. Перинатальный аудит **позволит дать оценку существующим проблемам ухода и медицинской помощи в перинатальном и раннем неонатальном периодах. Обосновать возможность снижения перинатальных потерь путем внедрения в практику эффективных перинатальных и неонатальных технологий, направленных на минимизацию репродуктивных потерь.**
- Все это неизбежно приведет к совершенствованию перинатальной помощи в целом и снижению перинатальной смертности и, следовательно, к снижению плодово-младенческих потерь в РК до уровня развитых стран.

Спасибо за внимание!

