

DOI: 10.15690/pf.v14i3.1744

С.А. Мухортова<sup>1</sup>, Т.В. Куличенко<sup>1</sup>, Л.С. Намазова-Баранова<sup>1</sup>,  
С.Г. Пискунова<sup>2,3</sup>, Е.А. Беседина<sup>3</sup>, Д.В. Прометной<sup>4</sup><sup>1</sup> Национальный научно-практический центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация<sup>2</sup> Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону, Российская Федерация<sup>3</sup> Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Российская Федерация<sup>4</sup> Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, Российская Федерация

## Поддерживающий мониторинг больниц как технология повышения качества стационарной медицинской помощи

### Контактная информация:

Куличенко Татьяна Владимировна, доктор медицинских наук, профессор РАН, заведующая отделением неотложной педиатрии ФГАУ «ННПЦЗД» Минздрава России

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, стр. 1, тел.: +7 (499) 134-08-39, e-mail: Tkulichenko@yandex.ru

Статья поступила: 10.06.2017 г., принята к печати: 30.06.2017 г.

Повышение качества медицинской помощи является приоритетной задачей как в странах с развитой, так и с развивающейся системой здравоохранения. Существуют различные подходы к улучшению качества и безопасности стационарной помощи, а также различные стратегии стимулирования больниц к действиям в этом направлении. Целью данного обзора литературы явился анализ существующего опыта использования технологии поддерживающего мониторинга в медицинских организациях для улучшения качества стационарной помощи. В качестве источников использованы публикации из различных медицинских баз данных — PubMed, Cochrane Library, Medscape, eLIBRARY, а также монографии экспертов по теме обзора. В статье обсуждаются результаты научных исследований, демонстрирующие успехи и неудачи применения поддерживающего мониторинга. Внедрение поддерживающего мониторинга медицинских организаций на основании обобщенного опыта различных стран представляется перспективным направлением в улучшении качества оказания медицинской помощи. Эта технология открывает широкие возможности для повышения квалификации и качества работы персонала педиатрических стационаров в Российской Федерации.

**Ключевые слова:** качество медицинской помощи, поддерживающий мониторинг, аудит качества, дети, стационарная помощь.

**(Для цитирования:** Мухортова С.А., Куличенко Т.В., Намазова-Баранова Л.С., Пискунова С.Г., Беседина Е.А., Прометной Д.В. Поддерживающий мониторинг больниц как технология повышения качества стационарной медицинской помощи. *Педиатрическая фармакология*. 2017; 14 (3): 192–197. doi: 10.15690/pf.v14i3.1744)

Svetlana A. Mukhortova<sup>1</sup>, Tatiana V. Kulichenko<sup>1</sup>, Leyla S. Namazova-Baranova<sup>1</sup>,  
Svetlana G. Piskunova<sup>2,3</sup>, Elena A. Besedina<sup>3</sup>, Dmytrij V. Prometnoy<sup>4</sup><sup>1</sup> National Scientific Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation<sup>2</sup> Regional Children's Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russian Federation<sup>3</sup> Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation<sup>4</sup> National Scientific Center of maternity and pediatrics Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

## Supportive Supervision as a Technology of Improving the Quality of Hospital Care Delivery

Improving the quality of medical care is a priority in countries with developed and developing health care system. There are various approaches to improve the quality and safety of patient's care, as well as various strategies to encourage hospitals to achieve this goal. The purpose of the presented literature review was to analyze existing experience of the implementation of technology of supportive supervision in health care facilities to improve the quality of hospital care delivery. The data sources for publication were obtained from the following medical databases: PubMed, Cochrane Library, Medscape, e-library, and books on the topic of the review written by experts. The article discusses the results of the research studies demonstrating the successes and failures of supportive supervision technology application. Implementation of supportive supervision in medical facilities based on generalized experience of different countries is a promising direction in improving the quality of medical care delivery. This technology opens up opportunities to improve skills and work quality of the staff at pediatric hospitals in the Russian Federation.

**Key words:** quality of care, supportive supervision, audit, children, inpatient care.

**(For citation:** Svetlana A. Mukhortova, Tatiana V. Kulichenko, Leyla S. Namazova-Baranova, Svetlana G. Piskunova, Elena A. Besedina, Dmytrij V. Prometnoy. Supportive Supervision as a Technology of Improving the Quality of Hospital Care Delivery. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2017; 14 (3): 192–197. doi: 10.15690/pf.v14i3.1744)

## ВВЕДЕНИЕ

Одной из ключевых задач системы здравоохранения является сохранение и поддержание здоровья детей. Улучшение качества медицинской помощи — один из приоритетов программы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Здоровье 2020», а также различных государственных и международных программ охраны здоровья [1].

В России педиатрическое звено системы здравоохранения выделяется в особую медицинскую службу, что должно способствовать достижению более высокого уровня качества медицинской помощи [2]. В структуре педиатрической службы большое значение имеет стационарная медицинская помощь. Стационару отводится особое место в ряду лечебно-профилактических учреждений. Именно стационары оказывают населению специализированную медицинскую помощь. В больницах должны получать помощь люди с наиболее тяжелыми заболеваниями, эта помощь предполагает высококвалифицированный подход к диагностике и лечению. Нахождение в стационаре предполагает постоянное врачебное наблюдение и интенсивный уход.

В 2006 г. экспертами ВОЗ была проведена оценка качества оказания медицинской помощи в детских больницах России, Казахстана, Молдовы. Эта работа показала, что наибольшие проблемы в области педиатрической помощи, в том числе и в нашей стране, наблюдаются в квалификации медицинского персонала, не владеющего в достаточной степени современными протоколами лечения и навыками оказания неотложной медицинской помощи. Повсеместно встречались необоснованная госпитализация детей, случаи гипердиагностики, полипрагмазии [3].

Современные тенденции в развитии медицинской помощи детям предполагают развитие амбулаторных медицинских структур и внедрение замещающих стационары технологий, т.е. расширение системы дневных стационаров [4]. Тем не менее во многих аспектах круглосуточная стационарная медицинская помощь не может быть заменена на любую другую [5, 6].

Организационные проблемы оказания медицинской помощи особенно остро проявляются в педиатрических стационарах небольших городов, удаленных от областных центров и не обладающих большим бюджетом и возможностью тщательного отбора персонала [2]. В связи с этим требуется взаимодействие как внутренних, так и внешних ресурсов для повышения квалификации медицинского персонала и улучшения качества оказания медицинской помощи. Многими исследователями отмечается ведущая роль мотивации работников медицинских организаций в повышении ими своего профессионального уровня [7, 8]. В ряде исследований показано, что более половины опрошенных медицинских работников признают недостаточность своих знаний и умений и необходимость повышения своей квалификации. Также значительная роль отводится повышению правовой грамотности медицинских работников и их психологической подготовке [7, 8].

Существует много подходов к улучшению качества и безопасности стационарной помощи, а также различных стратегий стимулирования больниц к действиям в этом направлении [9]. Региональная или национальная стратегия улучшения качества стационарной помощи — это долгосрочная, рассчитанная минимум на 2–5 лет программа повышения безопасности пациентов, эффективности персонала и улучшения качества медицинской помощи в стационаре. Не существует убедительных научных доказательств того, какие именно стратегии являются самыми эффективными, поскольку непросто предоставить доказательную базу для сравнения имеющихся технологий [9].

В современных условиях реализации подобных целей удовлетворяют технологии регулярного внешнего аудита и поддерживающего мониторинга медицинских организаций [10, 11].

**Целью** данного обзора литературы является анализ современного опыта применения технологии поддерживающего мониторинга в медицинских организациях для улучшения стационарной медицинской помощи.

## Источники данных

В качестве источников информации использованы публикации из различных медицинских баз данных — PubMed, Cochrane Library, Medscape, eLIBRARY, а также монографии экспертов по теме обзора.

## Терминология

Поддерживающий мониторинг — перевод с английского языка технологии повышения качества медицинской помощи в лечебных учреждениях, которая обозначается введенным ВОЗ термином «supportive supervision». В научных исследованиях понятия «супервизия» и «супервизорство» являются синонимами. В дословном переводе термин «супервизия» состоит из двух слов: «супер» (лат. *super*), которое используется как префикс, означающий «превосходство, высокое качество, усиленное действие», и «образ» (лат. *visio*, что переводится как «видение»). Дословно супервизия означает «видение сверху», надзор, предусматривающий наблюдение, осуществление контроля. В русском языке отсутствует эквивалент этому понятию. Буквально в переводе «супервизия» означает «надзор». Наиболее близким по содержанию в русском языке понятию «супервизор» является слово «наставник», которое часто употреблялось в прежние годы применительно к процессу воспитания.

В конце XIX в. понятие «супервизор» использовалось в Европе для обозначения функций инспектора, надзирателя и даже руководителя. В сфере социальной работы значение этого понятия в основном сохранилось и обозначает контроль, коррекцию и руководство, но, кроме этого, добавился аспект обучения персонала. Этот термин широко используется по сей день в психотерапии и понимается как консультирование более опытным специалистом менее опытного непосредственно в процессе практической работы. Главной задачей супервизорства следует считать профессиональный и личностный рост. Должны непременно присутствовать оба этих компонента. Но при этом важен также элемент профессионального контроля.

За рубежом супервизорство является незаменимым элементом коллективной или «командной» деятельности социального работника, инструментом профессионализма и эффективности работы. Должностные обязанности супервизора имеют четко очерченные функции.

1. Функция обучения. Предполагает повышение квалификации персонала. Супервизор в этом случае делится своим опытом, информирует, разъясняет, направляет, помогает найти необходимое решение, советует, консультирует, предлагает новые методики и технологии.
2. Функция поддержки. Включает личностную поддержку, попытку снять или смягчить напряжение от работы, поиск дополнительных источников и ресурсов для эффективной работы.

3. Функция контроля. Носит частично характер администрирования и необходима не только на начальном этапе становления профессионала. Это своего рода необходимое условие гарантии качества профессиональной деятельности. Обычно круг административных обязанностей супервизора включает помощь в решении кадровых вопросов, планирование работы в команде, контроль и оценку качества работы, налаживание связей с вышестоящими или сотрудничающими организациями, поддержку при разрешении спорных вопросов и конфликтов, защиту профессиональных интересов.

По определению ВОЗ, поддерживающий мониторинг (supportive supervision) медицинских организаций — это процесс, улучшающий качество оказания медицинской помощи в системе здравоохранения, функционирующий за счет упрочнения связей между подразделениями системы, поиска и разрешения наиболее актуальных проблем, оптимизирующий ресурсы, фокусирующийся на командной работе, поддержании принятых стандартов и двусторонней коммуникации персонала и экспертов [12].

### **ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕХНОЛОГИИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО МОНИТОРИНГА В МИРОВОЙ И РОССИЙСКОЙ ПРАКТИКЕ**

#### **Стратегия и области применения поддерживающего мониторинга медицинских организаций**

Для реализации принципов поддерживающего мониторинга медицинских организаций (далее мы будем использовать только термин «поддерживающий мониторинг», подразумевая всегда, что речь идет о супервизии в медицинских организациях) ВОЗ разработала ряд инструментов и программ, показавших свою эффективность в странах Африки, Азии и Латинской Америки [13, 14].

Потенциальные возможности применения программ поддерживающего мониторинга для повышения квалификации персонала стационаров Российской Федерации определяют необходимость подробного освещения данной технологии. Для осуществления поддерживающего мониторинга больниц требуются специалисты, знакомые с его принципами и высококвалифицированные в своей области [9, 11].

Суть поддерживающего мониторинга заключается в регулярном взаимодействии осуществляющих его экспертов (супервизоров, кураторов) с медицинским персоналом учреждения. Задачами при этом являются выявление и максимально возможное исправление существующих проблем, постановка перед персоналом кратко- и долгосрочных целей, активное участие в улучшении качества медицинской помощи [15].

Основной целью экспертов, как ставит задачу ВОЗ, является совместный с персоналом лечебного учреждения поиск уязвимых мест в работе, для того чтобы нежелательная/неадекватная медицинская практика не закрепились в качестве нормы [16].

Поддерживающий мониторинг может проводиться только сторонними (внешними) экспертами, однако внедрение в больничную практику горизонтального (проводимого работниками других лечебных учреждений) и внутреннего мониторинга (проводимого работниками того же лечебного учреждения) позволяет достигнуть максимальной эффективности [15]. Осуществление внутреннего мониторинга включает в себя проведение вну-

трибольничных конференций и организационно-методическую часть рутинной работы.

Между поддерживающим и традиционным мониторингом, как отмечают многие специалисты, существует ряд принципиальных различий. В процедуре традиционного мониторинга деятельности медицинской организации основной акцент делается на проверку документации и оборудования, критический подход к работе персонала и принятие решений, предложенных специалистами, осуществляющими контроль. Суть поддерживающего мониторинга, напротив, заключается в первую очередь в предоставлении персоналу учреждения позитивной обратной связи и проведении эффективных обучающих тренингов для персонала [12, 16].

Для наиболее продуктивного сотрудничества внешних экспертов (супервизоров) и работников стационара рекомендуется учитывать материальные возможности, а также локальные, правовые и культурные особенности каждого конкретного региона и больницы. В рекомендациях по проведению поддерживающего мониторинга отмечается, что необходимо сфокусироваться на коммуникации с персоналом, обучении и совместном поиске решений для обнаруженных проблем [14]. Выделение отдельных ошибок конкретных работников может вызвать отчуждение персонала и отдалить достижение намеченных целей. В связи с этим большое значение имеют коммуникативные способности внешних экспертов (супервизоров) и правильное понимание ими задач поддерживающего мониторинга [14].

Сравнительная эффективность стандартного мониторинга и поддерживающего мониторинга оценивалась в немногочисленных исследованиях. Проведенное в Бенине (Западная Африка) рандомизированное исследование продемонстрировало, что через 3 года после старта мероприятий по улучшению качества оказания медицинской помощи в детских медицинских организациях, включенных в программу поддерживающего мониторинга, число детей, получающих адекватное лечение, было на 27% больше, чем в медицинских организациях, работающих в рамках традиционного мониторинга [17, 18].

В схожем исследовании, проведенном в Индии, программы поддерживающего мониторинга в сфере вакцинации, в сравнении с другими методами контроля, увеличили эффективность проводивших вакцинацию работников на 36% через 18 мес после его начала [19].

Кроме работы над конкретными проблемами медицинской организации, поддерживающий мониторинг подразумевает проведение тренингов и чтение лекций, посвященных актуальным вопросам. При этом число и объем таких занятий могут значительно варьировать в зависимости от целей и возможностей мониторинга [16]. В практике повышения квалификации медицинского персонала в России принято выделение интенсивных (18 ч), кратких (36 ч) и стандартных (72 ч) тренингов. Такие формы используются как для обычных курсов повышения квалификации, обязательных для медицинских специалистов, так и в программах мониторинга качества оказания медицинской помощи [20].

Важный организационный аспект мониторинга — регулярность визитов супервизора и их повторяемость. Регулярный контроль позволяет следить за успехами медицинского персонала и последовательно решать возникающие проблемы [12]. Среди проводившихся ранее под эгидой ВОЗ программ поддерживающего мониторинга некоторые предполагали ежеквартальные, некоторые — ежемесячные визиты. Несмотря на

то, что организаторы таких программ зачастую ставят задачей как можно более частые визиты супервизоров, эффективность мониторинга в намного большей степени зависит от качества каждого отдельного визита, чем от их частоты [21]. Исследования, посвященные сравнению различных стратегий улучшения качества медицинской помощи, продемонстрировали, что увеличение частоты низкокачественных визитов не дает никаких положительных результатов, в то время как учащение качественных мониторингов существенно улучшает показатели работы медицинской организации. Предполагается, что наибольшее число визитов требуется стационарам с наихудшими показателями работы [17, 18, 22].

В ряде случаев оказывается, что программы поддерживающего мониторинга (как и различные другие стратегии улучшения качества медицинской помощи) не показывают положительных результатов [14, 23].

Некоторые исследователи предполагают, что неэффективность тех или иных технологий может быть связана с низкой квалификацией супервизоров, не учитывающих в должной мере локального контекста оказания медицинской помощи или не предоставляющих персоналу необходимой положительной обратной связи [18, 24].

Кроме лидерских качеств, мотивации и компетентности супервизоров при организации сложных программ, подобных поддерживающему мониторингу, требуются существенные инвестиции, поддерживаемые на всем протяжении их осуществления [19, 25].

#### **Проекты поддерживающего мониторинга медицинских организаций, проводимые при участии ВОЗ, и результаты их осуществления**

ВОЗ в последние годы осуществила несколько проектов по улучшению качества оказания медицинской помощи с использованием поддерживающего мониторинга в развивающихся странах Африки и Азии [13, 14, 26]. В наиболее экономически неблагополучных странах, где система здравоохранения слабо развита, программы ВОЗ нацелены на обучение медицинского персонала. Так, например, в Мали 63% медицинских работников регулярно участвовали в программе поддерживающего мониторинга, что позволило достигнуть адекватной лечебной тактики у детей в 40% случаев [27].

В тех случаях, когда в стране существует многоуровневая служба стационарной медицинской помощи, удается внедрить в практику полноценный поддерживающий мониторинг медицинских организаций и осуществлять регулярные тренинги медицинского персонала [28, 29].

В больницах северной Ганы после включения нескольких территорий в программу поддерживающего мониторинга продуктивность (количество времени, затрачиваемого на одного пациента) медицинских работников повысилась в течение 1 мес после посещения супервизора. Однако, в последующем этот эффект не сохранился; кроме того, лишь небольшая часть работников отметила существенную поддержку и влияние внешних экспертов [30].

Масштабная кампания ВОЗ по улучшению системы здравоохранения в Южной Сахаре включала несколько проектов с привлечением технологии поддерживающего мониторинга [13]. В ряде исследований было показано, что внедрение поддерживающего мониторинга оказалось эффективнее, но дороже, чем проведение обучения персонала без регулярного контроля в последующем. При этом отмечалось улучшение объективных показателей качества оказания медицинской помощи, ее доступности, существенные успехи наблюдались в составлении отчетности и ведении документации [31–33]. С другой стороны,

некоторые исследования отметили и неудачи кампании ВОЗ. Осуществление таких программ в Кении не повлияло на отзывы пациентов о качестве оказанной медицинской помощи, многие из них сохранили те же претензии к работе медицинских организаций [34].

Кроме того, далеко не всегда медицинские работники положительно воспринимают преимущества и пользу супервизорства. Ряд исследований свидетельствует о повышении в процессе поддерживающего мониторинга самооценки медицинских работников, росте навыков и умений у персонала лечебных учреждений, повышении удовлетворенности результатами работы [35, 36]. Другие исследователи отмечают, что многие медицинские работники считают незначительным вклад работы супервизоров в качество оказания стационарной медицинской помощи [23, 37].

Поддерживающий мониторинг в рамках кампании ВОЗ в странах с развивающимся здравоохранением показывает наилучшие результаты только в условиях высокой мотивации медицинского персонала, активно занимавшегося самообразованием [38].

Проекты с применением технологии поддерживающего мониторинга для повышения качества оказания медицинской помощи были проведены ВОЗ в Малави, Зимбабве и Танзании [37, 39].

Существенные успехи были достигнуты при использовании поддерживающего мониторинга при реализации масштабных программ иммунизации детей [40, 41]. Большое влияние поддерживающий мониторинг оказал на повышение качества акушерской помощи и первичной педиатрической помощи в бедных странах Африки и Азии, таких как Эфиопия и Мозамбик, а также в наиболее неблагополучных регионах Индии [42–44].

К сожалению, объективно оценить реальную эффективность технологии поддерживающего мониторинга и сравнить ее с другими стратегиями повышения качества оказания медицинской помощи не позволяют неадекватный дизайн и низкая репрезентативность почти всех исследований, посвященных этому вопросу [26]. Ряд исследователей отмечает неудачи проведения поддерживающего мониторинга, однако во многих случаях они могут быть связаны с качеством исследования, но не с недостатками самого метода [45, 46].

В последние годы ВОЗ поддержала несколько новых проектов, нацеленных на улучшение качества оказания медицинской помощи детям, в том числе на основе проведения поддерживающего мониторинга. Такие программы внедряются сегодня в Туркменистане, Киргизии, Молдове и некоторых странах Африки. Анализ их результатов позволит сделать более обоснованные выводы об эффективности и, следовательно, целесообразности поддерживающего мониторинга [1, 47].

#### **Перспективы применения технологии поддерживающего мониторинга медицинских организаций в Российской Федерации**

К сожалению, в Российской Федерации программы поддерживающего мониторинга ранее не применялись. В медицинских организациях нашей страны в основном используются методики традиционного мониторинга, концепции которого в первую очередь во многом основываются на внутреннем аудите работы лечебного учреждения, поиске ошибок в работе персонала и системе взысканий и наказаний за несоблюдение установленного порядка оказания медицинской помощи [48, 49].

Относительно высокий общий уровень развития педиатрической службы в нашей стране исключил ее из поля зрения благотворительных программ ВОЗ, использующих данную технологию [1]. Тем не менее во многих регионах России и удаленных от областных центров стационарах имеют место проблемы, решению которых может способствовать именно поддерживающий мониторинг [2, 50].

В 2012–2014 гг. эксперты Национального научно-практического центра здоровья детей успешно участвовали в поддерживающем мониторинге педиатрических стационаров Кыргызстана и Таджикистана. Полученный опыт, подробно изложенный [51], позволил разработать подобные программы для региональных стационаров Российской Федерации [1, 16, 52, 53].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение поддерживающего мониторинга медицинских организаций на основании обобщенного опыта различных стран представляется перспективным направлением в улучшении качества оказания медицинской помощи. Эта технология открывает широкие возмож-

ности для повышения квалификации и качества работы персонала педиатрических стационаров в Российской Федерации. При планировании супервизорской работы, однако, необходимо помнить о решающем значении квалификации и мотивации экспертов, а также важности материальной поддержки подобных программ для их успешной реализации.

## ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Поисково-аналитическая работа и подготовка статьи проведены за счет личных средств авторов.

## КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

## ORCID

**Т.В. Куличенко**

<http://orcid.org/0000-0002-7447-0625>

**Л.С. Намазова-Баранова**

<http://orcid.org/0000-0002-2209-7531>

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Jakab Z, Tsouros AD. Health 2020 — achieving health and development in today's Europe. *Cent Eur J Public Health*. 2014;22(2):133–138. doi: 10.21101/cejph.a4045.
2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В. Состояние, проблемы и перспективы организации медико-социальной помощи детям // *Российский педиатрический журнал*. — 2013. — №3 — С. 4–6. [Baranov AA, Albitsky VYu, Ustinova NV. Status, problems and prospects of the organization of medical and social care for children. *Russian journal of pediatrics*. 2013;(3):4–6. (In Russ).]
3. Duke T, Keshishyan E, Kuttumuratova A, et al. Quality of hospital care for children in Kazakhstan, Republic of Moldova, and Russia: systematic observational assessment. *Lancet*. 2006;367(9514):919–925. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68382-7.
4. Дмитриев В.А. Современное состояние и оценка эффективности стационарзамещающих технологий в педиатрической практике // *Саратовский научно-медицинский журнал*. — 2010. — Т.6. — №1 — С. 128–130. [Dmitriyev VA. Current state and efficiency estimation of stationary substituting technologies in pediatric practice. *Saratov journal of medical scientific research*. 2010;6(1):128–130. (In Russ).]
5. Чичерин Л.П. Актуальные проблемы социальной педиатрии России // *Вопросы современной педиатрии*. — 2006. — Т.5. — №6 — С. 13–17. [Chicherin LP. Urgent issues of social pediatrics in Russia. *Current pediatrics*. 2006;5(6):13–17. (In Russ).]
6. Приказ от 16 апреля 2012 г. № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» // *Педиатрическая фармакология*. — 2012. — Т.9. — №3 — С. 114–133. [Order № 366N on April 16, 2012 «On approval of procedure of pediatric care providing». *Pediatric pharmacology*. 2012;9(3):114–133. (In Russ).]
7. Воробьева Е.Е., Купрюшин А.С., Воробьев В.П. Анализ медико-правовых и социально-психологических аспектов в определении качества педиатрической помощи // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. — 2015. — №3–3 — С. 354–358. [Vorobeve EE, Kupryushin AS, Vorobev VP. Analysis of medical and legal and social-psychological aspects in determining the quality of pediatric care. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2015;(3–3):354–358. (In Russ).]
8. Купрюшин А.С., Воробьева Е.Е. Правовые и психологические аспекты оказания педиатрической помощи // *Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки*. — 2014. — №1 — С. 13–20. [Kupryushin AS, Vorob'eva EE. Legal and psychological aspects of pediatric care rendering. *Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedenii. Povolzhskii region. Meditsinskie nauki*. 2014;(1):13–20. (In Russ).]
9. Ovretevit J. What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? [Internet]. Copenhagen: WHO; 2003 [cited 2017 Jul 9]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/74706/E82995.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/74706/E82995.pdf).
10. Хаируллин И.И., Курьев В.А., Капустина И.О. Организация внутреннего аудита медицинской организации как инструмент повышения ее результативности и эффективности // *Вестник Росздравнадзора*. — 2015. — №3 — С. 33–38. [Khayrullin II, Kurylev VA, Kapustina IO. Organization of internal audit medical organizations as a tool to improve the effectiveness and efficiency. *Vestnik roszdravnadzora*. 2015;(3):33–38. (In Russ).]
11. who.int [Internet]. Hospital care for children: quality assessment and improvement tool (2015) [cited 2017 Jul 9]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2015/hospital-care-for-children-quality-assessment-and-improvement-tool>.
12. *Children's Vaccine Program at PATH. Guidelines for Implementing Supportive Supervision: a step-by-step guide with tools to support immunization*. Seattle: PATH; 2003.
13. Bailey C, Blake C, Schriver M, et al. A systematic review of supportive supervision as a strategy to improve primary health-care services in Sub-Saharan Africa. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;132(1):117–125. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.10.004.
14. Clements CJ, Streefland PH, Malau C. Supervision in primary health care - can it be carried out effectively in developing countries? *Curr Drug Saf*. 2007;2(1):19–23. doi: 10.2174/15748860779315435.
15. Hill Z, Dumbaugh M, Benton L, et al. Supervising community health workers in low-income countries — a review of impact and implementation issues. *Glob Health Action*. 2014;7(1):24085. doi: 10.3402/gha.v7.24085.
16. who.int [Internet]. Training for mid-level managers (MLM). Module 4: supportive supervision [cited 2017 Jul 9]. Available from: <http://www.who.int/immunization/documents/mlm/en>.
17. Rowe AK, Onikpo F, Lama M, et al. A multifaceted intervention to improve health worker adherence to integrated management of childhood illness guidelines in Benin. *Am J Public Health*. 2009;99(5):837–846. doi: 10.2105/AJPH.2008.134411.
18. Rowe AK, Onikpo F, Lama M, Deming MS. The rise and fall of supervision in a project designed to strengthen supervision of Integrated Management of Childhood Illness in Benin. *Health Policy Plan*. 2010;25(2):125–134. doi: 10.1093/heapol/czp054.
19. Suraratdecha C, Ramana V, Kaipilyawar S, et al. Cost and effectiveness analysis of immunization service delivery support in Andhra Pradesh, India. *Bull World Health Organ*. 2008;86(3):221–228. doi: 10.2471/blt.06.039495.
20. Серёгина И.Ф., Мартыненко В.Ф. Системные основы организации мониторинга доступности и качества медицинской помощи // *Вестник Росздравнадзора*. — 2010. — №S1 — С. 38–43. [Seregina IF, Martynenko VF. Sistemnye osnovy organizatsii monitoringa dostupnosti i kachestva meditsinskoj pomoshchi. *Vestnik roszdravnadzora*. 2010;(S1):38–43. (In Russ).]

21. Hadi A. Management of acute respiratory infections by community health volunteers: experience of Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC). *Bull World Health Organ.* 2003;81(3):183–189. doi: 10.1590/S0042-96862003000300008.
22. Osterholt D, Onikpo F, Lama M, et al. Improving pneumonia case-management in Benin: a randomized trial of a multi-faceted intervention to support health worker adherence to Integrated Management of Childhood Illness guidelines. *Hum Resour Health.* 2009;7:77. doi: 10.1186/1478-4491-7-77.
23. Bradley J, Igras S. Improving the quality of child health services: participatory action by providers. *Int J Qual Health Care.* 2005;17(5):391–399. doi: 10.1093/intqhc/mzi057.
24. Ramsey K, Hingora A, Kante M, et al. The Tanzania Connect Project: a cluster-randomized trial of the child survival impact of adding paid community health workers to an existing facility-focused health system. *BMC Health Serv Res.* 2013;13 Suppl 2:S6. doi: 10.1186/1472-6963-13-S2-S6.
25. Suh S, Moreira P, Ly M. Improving quality of reproductive health care in Senegal through formative supervision: results from four districts. *Hum Resour Health.* 2007;5:26. doi: 10.1186/1478-4491-5-26.
26. Bosch-Capblanch X, Liaqat S, Garner P. Managerial supervision to improve primary health care in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(9):CD006413. doi: 10.1002/14651858.CD006413.pub2.
27. Perez F, Ba H, Dastagire SG, Altmann M. The role of community health workers in improving child health programmes in Mali. *BMC Int Health Hum Rights.* 2009;9:28. doi: 10.1186/1472-698X-9-28.
28. Dettrick Z, Firth S, Jimenez Soto E. Do strategies to improve quality of maternal and child health care in lower and middle income countries lead to improved outcomes? A review of the evidence. *PLoS One.* 2013;8(12):e83070. doi: 10.1371/journal.pone.0083070.
29. Duke T, Tamburlini G, Silimperi D. Improving the quality of paediatric care in peripheral hospitals in developing countries. *Arch Dis Child.* 2003;88(7):563–565. doi: 10.1136/adc.88.7.563.
30. Frimpong JA, HELLERINGER S, Awoonor-Williams JK, et al. Does supervision improve health worker productivity? Evidence from the Upper East Region of Ghana. *Trop Med Int Health.* 2011;16(10):1225–1233. doi: 10.1111/j.1365-3156.2011.02824.x.
31. Stanback J, Griffey S, Lynam P, et al. Improving adherence to family planning guidelines in Kenya: an experiment. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(2):68–73. doi: 10.1093/intqhc/mzl072.
32. Magge H, Anatole M, Cyamatare FR, et al. Mentoring and quality improvement strengthen integrated management of childhood illness implementation in rural Rwanda. *Arch Dis Child.* 2015;100(6):565–570. doi: 10.1136/archdischild-2013-305863.
33. Workneh G, Scherzer L, Kirk B, et al. Evaluation of the effectiveness of an outreach clinical mentoring programme in support of paediatric HIV care scale-up in Botswana. *AIDS Care.* 2013;25(1):11–19. doi: 10.1080/09540121.2012.674096.
34. Reynolds HW, Toroitich-Ruto C, Nasution M, et al. Effectiveness of training supervisors to improve reproductive health quality of care: a cluster-randomized trial in Kenya. *Health Policy Plan.* 2008;23(1):56–66. doi: 10.1093/heapol/czm037.
35. Manzi A, Magge H, Hedt-Gauthier BL, et al. Clinical mentorship to improve pediatric quality of care at the health centers in rural Rwanda: a qualitative study of perceptions and acceptability of health care workers. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:275. doi: 10.1186/1472-6963-14-275.
36. Uys LR, Minnaar A, Reid S, Naidoo JR. The perceptions of nurses in a district health system in KwaZulu-Natal of their supervision, self-esteem and job satisfaction. *Curationis.* 2004;27(2):50–56. doi: 10.4102/curationis.v27i2.976.
37. McAuliffe E, Daly M, Kamwendo F, et al. The critical role of supervision in retaining staff in obstetric services: a three country study. *PLoS One.* 2013;8(3):e58415. doi: 10.1371/journal.pone.0058415.
38. Agha S. The impact of a quality-improvement package on reproductive health services delivered by private providers in Uganda. *Stud Fam Plann.* 2010;41(3):205–215. doi: 10.1111/j.1728-4465.2010.00244.x.
39. Tavrow P, Kim YM, Malianga L. Measuring the quality of supervisor-provider interactions in health care facilities in Zimbabwe. *Int J Qual Health Care.* 2002;14 Suppl 1:57–66. doi: 10.1093/intqhc/14.suppl\_1.57.
40. Panda B, Pati S, Nallala S, et al. How supportive supervision influences immunization session site practices: a quasi-experimental study in Odisha, India. *Glob Health Action.* 2015;8(1):25772. doi: 10.3402/gha.v8.25772.
41. Som M, Panda B, Pati S, et al. Effect of supportive supervision on routine immunization service delivery—a randomized post-test study in Odisha. *Glob J Health Sci.* 2014;6(6):61–67. doi: 10.5539/gjhs.v6n6p61.
42. Ameha A, Karim AM, Erbo A, et al. Effectiveness of supportive supervision on the consistency of integrated community cases management skills of the health extension workers in 113 districts of Ethiopia. *Ethiop Med J.* 2014;52 Suppl 3:65–71.
43. Austin A, Gulema H, Belizan M, et al. Barriers to providing quality emergency obstetric care in Addis Ababa, Ethiopia: Healthcare providers' perspectives on training, referrals and supervision, a mixed methods study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:74. doi: 10.1186/s12884-015-0493-4.
44. Rath RS, Singh M, Rizwan SA, et al. Evaluation of state-run STI/RTI clinics in the state of Haryana, India through a supportive supervision approach. *Indian Dermatol Online J.* 2014;5(4):446–448. doi: 10.4103/2229-5178.142489.
45. Ndima SD, Sidat M, Give C, et al. Supervision of community health workers in Mozambique: a qualitative study of factors influencing motivation and programme implementation. *Hum Resour Health.* 2015;13:63. doi: 10.1186/s12960-015-0063-x.
46. Tomlinson J. Using clinical supervision to improve the quality and safety of patient care: a response to Berwick and Francis. *BMC Med Educ.* 2015;15:103. doi: 10.1186/s12909-015-0324-3.
47. Tamburlini G, Yadgarova K, Kamilov A, Bacci A. Improving the quality of maternal and neonatal care: the role of standard based participatory assessments. *PLoS One.* 2013;8(10):e78282. doi: 10.1371/journal.pone.0078282.
48. Ледяева Н.П., Гайдаров Г.М., Сафонова Н.Г., Алексеева Н.Ю. Основные подходы к совершенствованию управления и организации контроля качества медицинской помощи в многопрофильном ЛПУ // *Вестник Росздравнадзора.* — 2013. — №1 — С. 43–54. [Ledyeva NP, Gaidarov GM, Safonova NG, Alekseeva NY. Key approaches to improvement of management and regulation of medical care quality in a multidisciplinary clinic. *Vestnik roszdravnadzora.* 2013;(1):43–54. (In Russ).]
49. Мухин Ю.Ю. Мониторинг качества и эффективности медицинской помощи. Материалы конференции «Информационные технологии в медицине» 2015 (презентация). [Muhin JuJu. Monitoring kachestva i jeffektivnosti medicinskoj pomoshhi. Materialy konferencii «Informacionnye tehnologii v medicine» (session document)] Доступно по: <http://itm.consef.ru/dl/2013/Mukhin-Y-Y-Monitoring-kachestva-i-jeffektivnosti-meditsinskoy-pomoschi.pdf>. Ссылка активна на 10.07.2017.
50. Баранов А.А., Таточенко В.К., Намазова Л.С., и др. Рациональная фармакотерапия в педиатрии и российский национальный педиатрический формуляр // *Педиатрическая фармакология.* — 2006. — Т.3. — №2 — С. 6–8. [Baranov AA, Tatochenko VK, Namazova LS, et al. Rational pharmacotherapy in pediatrics and Russian National Pediatric Medication Guidelines. *Pediatric Pharmacology.* 2006;3(2):6–8. (In Russ).]
51. Lazzarini M., Shukurova V., Davletbaeva M., Monolbaev K., Kulichenko T., Akoev Y., Bakradze M., Margieva T., Mityushino I., Namazova-Baranova L., Boronbayeva E., Kuttumuratova A., Weber M., Tamburlini G. Improving the quality of hospital care for children by supportive supervision: a cluster randomized trial, Kyrgyzstan. *Bull World Health Organ.* 2017;95:397–407. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.176982>.
52. nczd.ru [интернет]. НЦЗД. Оценка качества стационарной помощи детям в регионах Российской Федерации [доступ от 9.07.2017]. [NTsZD. Otsenka kachestva stacionarnoi pomoshchi detyam v regionakh Rossiiskoi Federatsii. (In Russ).]. Доступ по ссылке <http://nczd.ru/node/1230%20/%202015>.
53. Куличенко Т.В., Байбарина Е.Н., Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., и др. Оценка качества стационарной помощи детям в регионах Российской Федерации // *Вестник Российской академии медицинских наук.* — 2016. — Т.71. — №3 — С. 214–223. [Baybarina EN, Baranov AA, Namazova-Baranova LS, et al. Pediatric health quality assessment in different regions of Russian Federation. *Annals of the Russian academy of medical sciences.* 2016;71(3):214–223. (In Russ).] doi: 10.15690/vramn688