**Подпрограмма "Модернизация здравоохранения Ленинградской области в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатального центра"**

Паспорт Подпрограммы

|  |  |
| --- | --- |
| Ответственный исполнитель Подпрограммы | Комитет по здравоохранению Ленинградской области |
| Участники Подпрограммы | Комитет по строительству Ленинградской области |
| Цели Подпрограммы | Повышение доступности и качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным;снижение материнской и младенческой смертности, в том числе ранней неонатальной;увеличение охвата беременных женщин пренатальной (дородовой) диагностикой нарушений развития ребенка;оказание медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в соответствии с порядками оказания медицинской помощи |
| Задачи Подпрограммы | Совершенствование службы родовспоможения путем развития трехуровневой системы оказания медицинской помощи;создание системы раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка;выхаживание детей с экстремально низкой массой тела;развитие специализированной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным;увеличение укомплектованности врачами акушерами-гинекологами и неонатологами |
| Этапы и сроки реализации Подпрограммы | Подпрограмма реализуется в 2014-2016 годах в один этап |
| Финансовое обеспечение Подпрограммы - всего, в том числе по источникам финансирования | Всего по Подпрограмме - 2486984,96 тыс. рублей, в том числе:Федеральный фонд обязательного медицинского страхования - 1193753,00 тыс. рублей,областной бюджет - 1293231,96 тыс. рублей;2014 год - 1327300,16 тыс. рублей, в том числе:Федеральный фонд обязательного медицинского страхования - 1193753,00 тыс. рублей,областной бюджет - 133547,16 тыс. рублей;2015 год - 566452,80 тыс. рублей, в том числе:областной бюджет - 566452,80 тыс. рублей;2016 год - 593232,00 тыс. рублей, в том числе:областной бюджет - 593232,00 тыс. рублей |
| Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы | К 2018 году:Увеличение доли охвата беременных женщин, вставших на учет в женской консультации в первом триместре беременности, пренатальной (дородовой) диагностикой нарушений развития ребенка - 68 процентов;увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальном центре, - 65 процентов;увеличение выживаемости детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре, на 1000 родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела в акушерском стационаре - 755,0 |

**Общая характеристика сферы реализации Подпрограммы, основные проблемы в сфере здравоохранения и прогноз развития**

**1. Система оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным**

В Ленинградской области внедрены порядок оказания медицинской помощи по профилю "неонатология" и порядок оказания акушерско-гинекологической помощи. Изданы приказы Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 29 мая 2013 года N 18 "Об оказании акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовый период в Ленинградской области" и от 29 мая 2013 года N 17 "Об оказании неонатологической медицинской помощи в Ленинградской области". В указанные приказы внесены изменения в части создания трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и новорожденным. В случае выявления заболеваний, требующих оказания медицинской помощи на третьем уровне, осуществляется направление беременных женщин и новорожденных в федеральные специализированные медицинские учреждения и многопрофильные больницы Санкт-Петербурга.

В рамках реализации мероприятий долгосрочной целевой программы "Модернизация здравоохранения Ленинградской области на 2011-2013 годы" приобретено современное медицинское оборудование для неонатологической и педиатрической службы - 223 единицы медицинского оборудования на 318,3 млн рублей (койки реанимации - на 245,2 млн рублей и койки патологии новорожденных и недоношенных детей - на 73,1 млн рублей).

Проведены капитальные ремонты зданий и отделений для детей и новорожденных (израсходовано 236019 тыс. рублей). В соответствии с программой модернизации здравоохранения совокупный размер средств на финансовое обеспечение мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи детям, включая новорожденных, составляет 928826,75 тыс. рублей (28,3 проц. общего размера средств на финансирование всех мероприятий программы).

Проведена оптимизация коечного фонда родильных отделений, отделений патологии беременности и отделений патологии новорожденных, коек реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. Созданы межрайонные родильные отделения для беременных с патологией беременности и отделения второго этапа выхаживания новорожденных. Определены маршрутизация, этапность и мониторинг медицинской помощи новорожденным, беременным и роженицам группы риска. Работает система дистанционного слежения за всеми детьми, в первую очередь новорожденными, которые находятся в тяжелом состоянии в отделениях реанимации и интенсивной терапии центральных районных больниц, через отделение экстренной и плановой консультативной медицинской помощи ЛОГБУЗ ДКБ. Рассмотрен вопрос по внедрению в работу отделения экстренной и плановой консультативной помощи современных информационных технологий.

Реализация мероприятий в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года обусловила позитивные изменения демографической ситуации в Ленинградской области, улучшение состояния здоровья детей, беременных женщин, сокращение темпов уменьшения численности детского населения.

**2. Характеристика акушерского коечного фонда**

В настоящее время в Ленинградской области функционирует один родильный дом в статусе юридического лица на 130 коек, пять родильных домов и 11 родильных отделений, не имеющих отдельных реанимационных отделений, в составе центральных районных больниц. Все родильные стационары мощностью до 30 коек находятся в структуре многопрофильных центральных районных больниц, относятся к учреждениям первой и второй групп и не имеют возможности организовать высокотехнологичную медицинскую помощь новорожденным, в том числе обеспечить условия для выхаживания глубоко недоношенных детей с экстремально низкой массой тела.

В Ленинградской области функционируют 635 акушерских коек, в том числе 246 коек для беременных и рожениц и 389 коек патологии беременности.

В муниципальных учреждениях родовспоможения I группы работают 227 акушерских коек (32,6 проц. в структуре акушерского коечного фонда), из них 80 коек для беременных и рожениц и 147 коек патологии беременности.

В учреждениях родовспоможения II группы развернуто 408 акушерских коек (67,4 проц. в структуре акушерского коечного фонда), из них 166 коек для беременных и рожениц и 242 койки патологии беременности.

Обеспеченность акушерскими койками в Ленинградской области составляет 15,2 на 10000 женщин фертильного возраста (по Российской Федерации - 20,8). Обеспеченность койками для беременных и рожениц в Ленинградской области составляет 5,9 (по Российской Федерации - 10,8). В учреждениях родовспоможения III группы акушерские койки отсутствуют.

К 2017 году число акушерских коек в Ленинградской области будет увеличено до 655.

Для оказания медицинской помощи беременным с патологией беременности, роженицам и родильницам в Ленинградской области осуществляют работу шесть учреждений здравоохранения II группы: государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области "Всеволожская клиническая межрайонная больница", государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области "Выборгский родильный дом", государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области "Гатчинская клиническая межрайонная больница", государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области "Тосненская клиническая межрайонная больница", государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области "Волховская межрайонная больница", государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области "Тихвинская межрайонная больница им. А.Ф.Калмыкова".

В составе родильных отделений учреждений родовспоможения II группы к 2017 году будут развернуты отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии, оснащенные в соответствии с порядком оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам.

**3. Показатели деятельности службы родовспоможения**

В Ленинградской области в 2012 году родилось 15611 детей. Растет заболеваемость беременных женщин, в том числе различными хроническими заболеваниями, а также заболеваемость, осложняющая течение родов и послеродовый период. Уменьшается частота нормальных родов, остается актуальной проблема невынашивания беременности. Одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности являются преждевременные роды.

За последние пять лет наблюдается увеличение на 4,6 проц. удельного веса патологических родов (с 66,8 проц. в 2008 году до 71,4 проц. в 2012 году). Показатель числа недоношенных детей в 2012 году составил 61,0 на 1000 родившихся живыми, из них около 20 проц. приходится на долю детей с низкой массой тела (1000 - 1499 грамм). Удельный вес детей (живых), родившихся с экстремально низкой массой тела, от числа недоношенных составляет 9 проц. Увеличение выживаемости детей прежде всего связано с совершенствованием системы выхаживания новорожденных, особенно недоношенных и маловесных (свыше 500 грамм).

В последние годы в Ленинградской области отмечается улучшение качества оказания медицинской помощи женщинам во время беременности и родов и новорожденным, о чем свидетельствуют позитивные изменения состояния здоровья женщин и детей: частота досрочного прерывания беременности в группе женщин, находящихся на диспансерном наблюдении в связи с беременностью, снизилась с 7 проц. в 2008 году до 6,1 проц. в 2012 году. Показатель прерывания беременности до 28 недель в 2012 году составил 2,6 проц. С 2008 года регистрируется положительная динамика удельного веса родов и снижение удельного веса абортов в структуре репродуктивного поведения женщин. Если в 2008 году на 1 роды приходилось 1,2 аборта, то в 2012 году на 1 роды приходится 0,7 аборта. Отмечается положительная динамика в снижении показателя абортов на 1000 женщин фертильного возраста, который в 2012 году составил 21,4 (в 2008 году - 29,6).

Показатели заболеваемости новорожденных в акушерских стационарах имеют тенденцию к снижению. В течение последних пяти лет отмечается снижение общей заболеваемости новорожденных - с 356,3 на 1000 живорожденных в 2008 году до 273,7 на 1000 живорожденных в 2012 году.

Беременные высокой группы риска по материнской и перинатальной смертности проходят профилактическое стационарное лечение. За период 2008-2012 годов снизились показатели материнской смертности в 2,7 раза (с 34,9 до 12,8 на 100 тыс. родившихся живыми) и младенческой смертности на 22,1 проц. (с 7,9 до 6,15 на 1000 родившихся живыми).

Вместе с тем показатели материнской и младенческой смертности в Ленинградской области не имеют устойчивой тенденции к снижению и превышают аналогичные показатели развитых стран. Сохраняется высокая дифференциация указанных показателей в разных районах области, превышение их среди сельских жителей.

В 2012 году показатель материнской смертности составил 12,8 на 100 тыс. родившихся живыми. Показатель младенческой смертности в 2012 году вырос до 6,15, показатель перинатальной смертности - до 7,96.

Потери детей до года составляют более половины всех случаев смерти детского населения. Остается высокой частота осложнений во время беременности и родов, что приводит к рождению недоношенных и маловесных детей, нуждающихся в продолжительном лечении и реабилитации.

Врожденные пороки развития являются одной из основных причин младенческой и детской смертности, а также детской инвалидности. В 2012 году врожденные аномалии развития занимали второе место в структуре младенческой смертности и третье место среди причин первичной детской инвалидности (26 проц. и 20 проц. соответственно).

**4. Характеристика кадрового потенциала службы родовспоможения**

В Ленинградской области работают 312 врачей акушеров-гинекологов, из них 282 работают по своей специальности. Имеют высшую квалификационную категорию 50 врачей, первую - 71 врач, вторую - 16 врачей, сертификат специалиста - 308 врачей.

Укомплектованность врачами акушерами-гинекологами учреждений родовспоможения составляет 68,5 проц., в том числе в учреждениях родовспоможения I группы - 64,7 проц., в учреждениях родовспоможения II группы - 71,0 проц.

В Ленинградской области также работают 51 врач-неонатолог, из них 38 врачей-неонатологов работают по своей специальности. Имеют высшую квалификационную категорию 9 врачей, первую - 12 врачей, вторую - 3 врача, сертификат специалиста - 51 врач.

Укомплектованность врачами-неонатологами учреждений родовспоможения составляет 74,5 проц., в том числе в учреждениях родовспоможения I группы - 59,0 проц., в учреждениях родовспоможения II группы - 81,1 проц.

**5. Обоснование целесообразности строительства перинатального центра**

Ленинградская область является одним из немногих субъектов Российской Федерации, в котором отсутствует перинатальный центр, областной родильный дом и учреждения родовспоможения III группы. В этой связи затрудняется реализация трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи и с учетом перехода с 1 января 2012 года на новые критерии регистрации живорождения.

Единственный на территории Выборгского района родильный дом, построенный в 40 годах прошлого века, рассчитан на 130 коек вместо 200 и не соответствует по занимаемым площадям требованиям санитарного законодательства.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 года N 761 "О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы" предусматривается завершить создание современных перинатальных центров во всех субъектах Российской Федерации.

Требует совершенствования и дальнейшего развития созданная в Ленинградской области трехуровневая система оказания медицинской помощи, обеспечивающая своевременную и адекватную медицинскую помощь женщинам и детям как на уровне первичной медико-санитарной помощи, так и на уровне высокотехнологичной специализированной медицинской помощи. Эффективное функционирование такой системы в настоящее время невозможно из-за плохого состояния материально-технической базы отдельных учреждений здравоохранения, недостаточного количества современного медицинского оборудования, дефицита медицинских кадров.

Препятствует полноценному функционированию трехуровневой системы перинатальной помощи дефицит выездных акушерских и неонатальных бригад, коек реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, располагающих современным высокотехнологичным оборудованием, недостаточное количество коек патологии новорожденных (II этап выхаживания), отсутствие коек восстановительного лечения и реабилитации новорожденных, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела.

Для обеспечения дальнейшего снижения показателей перинатальной, младенческой и материнской смертности, особенно с учетом перехода с 2012 года на критерии регистрации рождений, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения, создания эффективной трехуровневой системы оказания помощи беременным и новорожденным необходимо строительство областного перинатального центра, в котором будет создано отделение анестезиологии и реанимации для женщин, открыты дополнительные реанимационные койки для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей.

Для снижения детской инвалидности и смертности важна эффективно функционирующая система раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка. Наиболее важным инструментом профилактики врожденных и наследственных заболеваний является пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития плода. Несмотря на увеличение процента охвата беременных пренатальной (дородовой) диагностикой нарушений развития плода ее доступность и качество проведения не соответствуют действующим стандартам. В этой связи предусматривается открытие в перинатальном центре медико-генетической консультации.

Для строительства перинатального центра планируется рассмотреть проект перинатального центра повторного применения на 130 коек и провести работы по привязке проекта к местности. Перинатальный центр будет самостоятельным государственным бюджетным учреждением здравоохранения Ленинградской области.

**Цели Подпрограммы**

Повышение доступности и качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным;

снижение материнской и младенческой смертности, в том числе ранней неонатальной;

увеличение охвата пренатальной (дородовой) диагностикой нарушений развития ребенка;

оказание медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

**Задачи Подпрограммы**

Совершенствование службы родовспоможения путем развития трехуровневой системы оказания медицинской помощи;

создание системы раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка;

выхаживание детей с экстремально низкой массой тела;

развитие специализированной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным;

увеличение укомплектованности врачами акушерами-гинекологами и неонатологами.

**Характеристика основных мероприятий Подпрограммы**

*Мероприятие 13.1. Строительство и ввод в эксплуатацию перинатального центра, в том числе проектные работы*

1. Обоснование структуры и коечной мощности перинатального центра (число коек, структура перинатального центра)

В Ленинградской области учреждения родовспоможения недостаточно обеспечены акушерскими койками, в том числе койками для беременных и рожениц, отсутствуют акушерские койки в учреждениях родовспоможения III группы. Программой модернизации здравоохранения Ленинградской области к 2013 году предусматривалось поэтапное увеличение количества акушерских коек, коек патологии беременных, коек реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных в учреждениях родовспоможения II группы, однако это не ликвидировало главную проблему в оказании акушерской помощи.

Для совершенствования организации и повышения качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным, снижения перинатальной, младенческой и материнской смертности, осуществления координированной трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи запланировано в 2014 году начало строительства в Ленинградской области областного перинатального центра на 130 коек, в том числе 80 акушерских коек, 30 коек патологии новорожденных. В составе перинатального центра планируется открыть отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных на 12 коек, отделение реанимации и интенсивной терапии для женщин на 9 коек.

Строительство областного перинатального центра запланировано в г. Гатчине Гатчинского муниципального района. В целях сокращения времени на подготовку проектно-сметной документации Правительством Ленинградской области рассматривается проект перинатального центра повторного применения с проведением работы по его привязке к местности.

Строительство перинатального центра предусматривает открытие к 2017 году коек для беременных и рожениц и коек патологии беременности в учреждении родовспоможения III группы, увеличение коек реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных, качественное оснащение отделений современным медицинским оборудованием. Обеспеченность акушерскими койками в Ленинградской области в 2013 году составила 635 акушерских коек, или 15,2 на 10000 женщин фертильного возраста (по Российской Федерации - 20,8), в том числе койками для беременных и рожениц - 5,9 (по Российской Федерации - 10,8). К 2017 году запланировано увеличение коек данного профиля до 655 коек (16,4 на 10000 женщин фертильного возраста).

В составе межрайонного перинатального центра будут открыты медико-генетическая консультация и центр медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Выхаживание детей с экстремально низкой массой тела позволит улучшить результаты лечения не только этой категории детей, но и всех недоношенных и новорожденных детей, будет иметь большую значимость для снижения неонатальной смертности и профилактики детской инвалидности.

В составе перинатального центра будут функционировать:

приемное отделение;

консультативно-диагностическое отделение для женщин на 150 посещений в смену;

родовый блок на 10 индивидуальных родовых;

операционный блок на 3 операционных;

отделение для беременных и рожениц на 50 коек;

отделение патологии беременных на 30 коек;

гинекологическое отделение на 20 коек;

отделение патологии новорожденных на 30 коек;

отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных на 12 коек;

отделение реанимации и интенсивной терапии для женщин на 9 коек;

медико-генетическая консультация;

центр медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;

центральное стерилизационное отделение;

акушерский дистанционно-консультативный центр с двумя акушерскими выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами.

2. План подготовки медицинских кадров для перинатального центра

Принимая во внимание необходимость кадровой преемственности и соблюдение принципа непрерывного медицинского образования предполагается осуществить комплектование подразделений перинатального центра специалистами, имеющими длительный (свыше 20 лет), средний (10-20 лет) и начальный (до 10 лет) врачебный стаж. Для своевременного укомплектования врачебным персоналом отделений акушерского и педиатрического профиля с целью слаженной работы на этапе открытия перинатального центра предусматривается:

1) осуществить перевод вместе с медицинским персоналом в перинатальный центр отделения патологии беременности, гинекологического отделения ГБУЗ ЛОКБ;

2) заключить договор о сотрудничестве с медицинскими вузами и факультетами; организовать на базе перинатального центра клинические базы кафедр; предоставить сотрудникам кафедр возможность войти в штат перинатального центра и помимо педагогической деятельности осуществлять врачебные функции в полном объеме;

3) объявить через средства массовой информации и центры занятости о наборе медицинского персонала в перинатальный центр (объявление подать за два года до предполагаемой даты открытия учреждения). В этот же срок необходимо создать при Комитете по здравоохранению Ленинградской области комиссию по набору кадров для перинатального центра. В состав комиссии будут включены сотрудники комитета, представители ГБУЗ ЛО "Гатчинская КМБ", администрации Гатчинского муниципального района и ГБУЗ ЛОКБ;

4) для укомплектования перинатального центра специалистами, имеющими начальный врачебный стаж, целенаправленно и непрерывно осуществлять мониторинг выпускников клинической ординатуры кафедр соответствующего профиля, начиная с 2015 года, с подготовкой квотированных заявок для Ленинградской области. Кроме клинических и специальных знаний будет уделяться внимание знанию специалистами иностранного языка и степени владения персональным компьютером;

5) разработать с 2015 года программу стажировки для кандидатов на включение в штат перинатального центра. Стажировка будет осуществляться в функционирующих перинатальных центрах России, клиниках федерального подчинения по профилю, а для специалистов, владеющих английским языком, предусматриваться возможность повышения квалификации за рубежом.

Количество врачей-специалистов для укомплектования перинатального центра составит 117 человек.

3. Повышение квалификации медицинского персонала, работающего в учреждениях родовспоможения

Кроме подготовки специалистов в федеральных учреждениях последипломного образования в связи с необходимостью перехода к выхаживанию новорожденных с экстремально низкой массой тела в Ленинградской области в течение пяти лет осуществляется подготовка врачей акушеров-гинекологов, акушерок, врачей УЗИ на базе отделения патологии беременности ГБУЗ ЛОКБ; врачей-неонатологов, медицинских сестер отделений (палат, коек) патологии новорожденных, реанимации и интенсивной терапии новорожденных на базе ЛОГБУЗ "Детская клиническая больница". В 2014-2016 годах подготовка указанных специалистов будет продолжена.

Комитетом по здравоохранению Ленинградской области принимаются меры по сокращению дефицита врачей анестезиологов-реаниматологов и неонатологов. На базе перинатального центра ФГБ "ФМИЦ имени В.А.Алмазова" Министерства здравоохранения Российской Федерации проходят обучение на симуляционных циклах врачи неонатологи, анестезиологи-реаниматологи и акушеры-гинекологи. В 2012 году прошли обучение 29 врачей-неонатологов, 32 акушера-гинеколога и 12 анестезиологов-реаниматологов.

4. Реструктуризация сети учреждений родовспоможения, мероприятия по рационализации использования коечного фонда с учетом строительства перинатального центра

В перинатальном центре планируется принимать ежегодно около 3000 родов при средней длительности пребывания родильницы на койке 7 дней, при работе койки 320 дней в году.

В областной перинатальный центр с целью централизации акушерско-гинекологической помощи планируется перевести из ГБУЗ ЛОКБ 30 коек патологии беременности, 20 коек гинекологического отделения и медико-генетическую консультацию. В этих подразделениях не проводился капитальный ремонт и не приобреталось медицинское оборудование в рамках реализации мероприятий долгосрочной целевой программы "Модернизация здравоохранения Ленинградской области на 2011-2013 годы". Освободившиеся площади планируется использовать под нужды ГБУЗ ЛОКБ.

С открытием перинатального центра не планируется сокращение коечного фонда в учреждениях здравоохранения Ленинградской области. В учреждениях родовспоможения I группы к 2016 году планируется перепрофилировать 30 коек патологии беременности круглосуточного пребывания в койки дневного пребывания женщин.

5. Улучшение организации и качества оказания акушерско-гинекологической помощи

Создание межрайонного перинатального центра подразумевает не только его строительство, но и совершенно новый уровень организации работы, направление потока беременных, рожениц и новорожденных в учреждение, в котором сконцентрирован материальный и интеллектуальный ресурс, имеется взаимосвязь со всеми акушерскими и педиатрическими учреждениями области, организуется повышение квалификации сотрудников, осуществляется работа по единым протоколам.

Областной перинатальный центр будет осуществлять координацию учреждений родовспоможения Ленинградской области, являться диспетчерским пунктом региональной информационной системы мониторинга родовспоможения (беременных женщин групп риска). Таким образом, будет создана единая система регионализации акушерской медицинской помощи с маршрутизацией беременных и рожениц.

В настоящее время определен порядок направления беременных женщин (маршрутизация) в учреждения здравоохранения II группы путем прикрепления к ним по территориальному принципу учреждений здравоохранения муниципальных районов I группы. Госпитализация беременных средней и высокой степени риска производится санитарным транспортом ЦРБ в отделение патологии беременных ГБУЗ ЛОКБ, родильный дом г. Всеволожска (выполняет функцию областного).

После открытия перинатального центра беременные средней и высокой степени риска будут направляться в данное учреждение родовспоможения III группы. Беременные женщины Ленинградской области также направляются в ФГУ "НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта" СЗО РАМН, ГОУ ВПО "Санкт-Петербургский государственный университет им. И.П.Павлова" и в перинатальный центр ФГБУ "Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А.Алмазова", которые выполняют роль учреждений родовспоможения III группы. В 2014 году планируется направить в федеральные учреждения родовспоможения III группы около 200 беременных женщин.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в соответствии с порядком направления беременных женщин в учреждения здравоохранения Ленинградской области и в федеральные клиники, в рамках программы модернизации здравоохранения Ленинградской области созданы 7 акушерских дистанционных консультативных центров в учреждениях родовспоможения II группы и на базе ГБУЗ ЛОКБ, которые осуществляют мониторинг беременных женщин группы риска, а также одна выездная анестезиолого-реанимационная акушерская бригада, которая работает на базе ГБУЗ ЛОКБ.

На базе перинатального центра будет создан акушерский дистанционный консультативный центр с двумя выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами, оснащенными современным медицинским оборудованием и реанимобилями, укомплектованными подготовленным медицинским персоналом.

В рамках реализации государственной программы Ленинградской области "Развитие здравоохранения в Ленинградской области" в 2014-2016 годах в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Ленинградской области "Всеволожская клиническая межрайонная больница" будет создан акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами, оснащенными современным медицинским оборудованием и реанимобилями, укомплектованными подготовленным медицинским персоналом, для осуществления заблаговременной доставки беременных женщин в акушерские стационары, в том числе в областной перинатальный центр.

Реализация программных мероприятий по укреплению службы родовспоможения позволит улучшить доступность и качество оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам, снизить уровень материнской смертности.

6. Мероприятия по организации оказания медицинской помощи новорожденным с перинатальной патологией, в том числе родившимся с низкой и экстремально низкой массой тела

В случае выявления заболеваний, требующих оказания медицинской помощи на третьем уровне, отработан механизм направления новорожденных в федеральные специализированные медицинские учреждения и многопрофильные больницы Санкт-Петербурга. Перегоспитализация новорожденных в зависимости от патологии осуществляется в реанимационное отделение или отделение патологии новорожденных ЛОГБУЗ "ДКБ", в перинатальный центр ФГБУ "Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова", ГОУВПО "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет", ГБУЗ "Детская городская больница N 1" Санкт-Петербурга.

При выявлении снижения слуха или глухоты новорожденные направляются на консультацию в ФГУ "Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи". В случаях рождения от ВИЧ-инфицированных женщин новорожденные направляются для консультации и лечения в ФГУ "Республиканская клиническая инфекционная больница" Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

7. Внедрение современных медицинских технологий

В рамках договора между Комитетом по здравоохранению Ленинградской области и Московским Институтом Здоровья Семьи о взаимном сотрудничестве на 2008-2012 годы по ключевым вопросам охраны здоровья женщин, новорожденных, укрепления репродуктивного здоровья подростков, вовлечения мужчин в планирование семьи, в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в целях дальнейшего совершенствования акушерско-гинекологической помощи специалистами службы родовспоможения и детства Ленинградской области внедрены следующие эффективные медицинские практики в службу родовспоможения:

семейно-ориентированные (партнерские) роды;

ведение партограммы;

профилактика гипотермии новорожденных;

мероприятия по поддержке грудного вскармливания на всех этапах оказания медицинской помощи женщине (в период беременности, родов, в послеродовой период) и ребенку;

профилактика акушерских гнойно-септических осложнений и случаев внутрибольничной инфекции. Совместное пребывание матери и ребенка в родовой комнате и послеродовой палате является одним из самых важных мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций.

8. Совершенствование пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка

В Ленинградской области в 2009 году создана медико-генетическая консультация. Ежегодно заключаются соглашения между Минздравом России и Правительством Ленинградской области о предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджету Ленинградской области для проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка.

В рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения ежегодно в 2006-2013 годах осуществлялись закупки расходных материалов (реактивов) и современного медицинского оборудования для проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка.

Биохимическим скринингом в первом триместре беременности охвачено 72,6 проц. беременных женщин из числа вставших на учет в женских консультациях до 12 недель беременности. Ультразвуковой диагностикой при проведении скрининга во время беременности охвачено 98,8 проц. беременных женщин.

В 2012-2013 годах прошли обучение 7 акушеров-гинекологов на цикле переподготовки по ультразвуковой диагностике с получением сертификата международного образца для проведения исследований в первом триместре беременности.

9. Совершенствование организационно-методической и клинико-экспертной работы

Областной перинатальный центр будет осуществлять методологическую помощь и координацию деятельности головного акушерского учреждения и учреждений родовспоможения I и II группы.

В перинатальном центре будут проходить освоение практических навыков на рабочем месте специалисты центральных районных больниц. Предусматривается заключение соглашения с перинатальным центром ФГБУ "ФМИЦ им. В.А.Алмазова" о курации и организационно-методической помощи в организации акушерской и медицинской помощи по профилю "неонатология" жителям Ленинградской области.

10. Оснащение перинатального центра Ленинградской области медицинским оборудованием

Областной перинатальный центр планируется оснастить медицинским оборудованием в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология".

Перечень медицинского оборудования для перинатального центра утверждается распоряжением Комитета по здравоохранению Ленинградской области.

*Мероприятие 13.2. Инженерная подготовка территории для строительства перинатального центра, в том числе проектные работы*

В соответствии с подпунктом б пункта 3(1) постановления Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 года N 85 "Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011-2016 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования" для строительства перинатальных центров в 2013-2016 годах установлено обязательство субъекта Российской Федерации по подготовке инженерных коммуникаций для перинатальных центров.

**Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы**

К 2018 году:

Увеличение доли охвата беременных женщин, вставших на учет в женской консультации в первом триместре беременности, пренатальной (дородовой) диагностикой нарушений развития ребенка - 68 процентов;

Увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальном центре, - 65 процентов;

Увеличение выживаемости детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре, на 1000 родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела в акушерском стационаре - 755,0.

**Финансовое обеспечение реализации Подпрограммы**

В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 октября 2013 года N 1873-р источниками финансирования мероприятий Подпрограммы являются средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставленные бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ленинградской области на реализацию Подпрограммы, а также средства бюджета Ленинградской области. Финансовое обеспечение Подпрограммы включает бюджетные ассигнования бюджета субъекта Российской Федерации.

Финансовое обеспечение Подпрограммы за счет средств консолидированного бюджета Ленинградской области не подлежит изменению в сторону уменьшения без внесения изменений в Подпрограмму.

Субсидии Федерального фонда обязательного медицинского страхования имеют целевое назначение и не могут быть использованы субъектом Российской Федерации на иные цели.

Ответственность за обоснованность и достоверность стоимости мероприятий Подпрограммы несет Комитет по здравоохранению Ленинградской области в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**Сроки реализации Подпрограммы**

Подпрограмма реализуется в 2014-2016 годах в один этап.