



АДМИНИСТРАЦИЯ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

24.03.2017

г. Тамбов

№ 245

О внесении изменений в постановление администрации области от 30.04.2013 № 447 «Об утверждении государственной программы Тамбовской области «Развитие здравоохранения Тамбовской области» на 2013 - 2020 годы»

Администрация области постановляет:

1. Внести в постановление администрации области от 30.04.2013 № 447 «Об утверждении государственной программы Тамбовской области «Развитие здравоохранения Тамбовской области» на 2013 - 2020 годы» (в редакции от 30.12.2016) изменение:

пункт 4 изложить в следующей редакции:

«4. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на заместителя главы администрации области Н.Е.Астафьеву.»

2. Внести в государственную программу Тамбовской области «Развитие здравоохранения Тамбовской области» на 2013 - 2020 годы, утвержденную постановлением администрации области от 30.04.2013 №447 (в редакции от 30.12.2016), (далее - Программа) следующие изменения:

приложение № 15 «Подпрограмма «Модернизация здравоохранения Тамбовской области в части строительства перинатального центра на 2014-2016 годы» к Программе изложить в редакции согласно приложению.

3. Опубликовать настоящее постановление на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru) и на сайте сетевого издания «Тамбовская жизнь» (www.tamlife.ru).

И.о. главы администрации
области О.О.Иванов

ПРИЛОЖЕНИЕ

к постановлению администрации области
от 24.03.2014 № 245

ПРИЛОЖЕНИЕ № 15

к государственной программе Тамбовской
области «Развитие здравоохранения
Тамбовской области» на 2013 - 2020 годы

ПОДПРОГРАММА

**«МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ЧАСТИ
СТРОИТЕЛЬСТВА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА НА 2014 - 2017 ГОДЫ»
(ДАЛЕЕ - ПОДПРОГРАММА)**

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Управление здравоохранения области
Соисполнитель Подпрограммы	Управление строительства и инвестиций области
Цель Подпрограммы	Повышение доступности и качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным
Задачи Подпрограммы	Обеспечение консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных детей; организация оперативного мониторинга за состоянием беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных детей, нуждающихся в интенсивной помощи, с целью своевременного оказания специализированной медицинской помощи; обеспечение клинико-экспертной оценки оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным и систематизация результатов выхаживания новорожденных детей с различной патологией; обеспечение профессиональной подготовки медицинских работников для перинатального центра
Целевые индикаторы	Показатель материнской смертности; показатель младенческой смертности; показатель ранней неонатальной смертности; доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальном центре;

	<p>выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела;</p> <p>количество врачебного персонала, прошедшего обучение для работы в перинатальном центре;</p> <p>количество среднего медицинского персонала, прошедшего обучение для работы в перинатальном центре</p>				
Сроки реализации Подпрограммы	2014 - 2017 годы				
Объемы и источники финансирования Подпрограммы	Строительство перинатального центра	ВСЕГО (тыс.руб.)	в том числе средства		
			ФФОМС	бюджета Тамбовской области	ТФОМС Тамбовской области
	Всего	2634330,9 <*>	2107464,7	526866,2 <*>	0,0
	2014 год	2528957,7 (в том числе остаток неизрасходованных средств бюджета Тамбовской области - 230280,9)	2107464,7	421493,0 (в том числе кассовый расход - 191212,1, остаток неизрасходованных средств - 230280,9)	
	2015 год	282967,5 <***> (с учетом остатка неизрасходованных средств в 2014 году - 230280,9)	0,0	282967,5 <***> (с учетом остатка неизрасходованных средств в 2014 году - 230280,9)	0,0
	2016 год	52686,6	0,0	52686,6	0,0
2017 год	5113,5 <***>	0,0	5113,5 <***>	0,0	

<*> Без учета остатка неизрасходованных средств бюджета Тамбовской области в 2014 году - 230280,9 тыс.руб.

<***> В том числе в лимитах областной адресной инвестиционной программы -

<***> Остаток неизрасходованной субсидии на счете Казенного предприятия Тамбовской области «Дирекция капитального строительства», представленной согласно Соглашения от 15.12.2014 № 122/02 на осуществление капитальных вложений в объект, подлежащая расходованию в 2017 году

1. Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем и прогноз ее развития

За последние годы усилия на федеральном и региональном уровнях привели к положительной динамике социально-экономического развития Тамбовской области и изменили к лучшему основные процессы в общественном здоровье и здравоохранении. Демографическая ситуация в области в 2012 году характеризовалась стабильным показателем рождаемости, снижением уровня смертности населения, показателя естественной убыли населения, активно возвращается в сферу интересов здравоохранения профилактическая направленность.

Реализация мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье», Программы «Модернизация здравоохранения Тамбовской области на 2011 - 2013 годы» позволила создать комплексную систему охраны и укрепления здоровья населения, улучшить демографическую ситуацию в Тамбовской области.

С 2007 года рождаемость выросла на 8,3%, общая смертность уменьшилась на 8,6%, ожидаемая продолжительность жизни населения увеличилась на 3,4 года.

Несмотря на то, что в области отсутствует перинатальный центр, активно совершенствуется организация акушерской и неонатологической помощи - получили развитие медико-генетическая служба и служба планирования семьи, с учетом профилактической направленности расширяются объемы амбулаторно-поликлинической помощи, внедряются ресурсосберегающие технологии. Большое внимание уделяется реализации системы перинатальной помощи, проведена реструктуризация учреждений родовспоможения и детства, внедряются современные перинатальные технологии.

Эффективные медико-социальные меры, направленные на совершенствование службы охраны материнства и детства, позволили снизить с 2007 года показатели младенческой смертности в 1,3 раза, материнской - в 4,2 раза.

Динамика демографических показателей

Показатель	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
1	2	3	4	5	6	7
Численность постоянного населения (тыс. чел.), в том числе	1117,1	1096,9	1088,4	1089,7	1082,6	1075,7
детское (тыс. чел.)	186,7	181,2	179,2	177,3	172,8	171,4
женщин фертильного возраста (тыс. чел.)	282,8	277,3	271,7	262,9	256,3	256,3

1	2	3	4	5	6	7
Доля женщин фертильного возраста от общего числа женского населения (%)	46,4	46,4	46,3	45,7	44	43,8
Смертность (на 1000 населения)	17,6	17,8	17,3	17,5	16,4	16,1
Рождаемость (на 1000 населения)	8,9	9,2	9,3	9,5	9,3	9,7
Естественный прирост (убыль) населения (на 1000 населения)	-8,7	-8,5	-8,0	-8,0	-7,1	-6,4
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	6,0	4,8	6,1	4,2	4,2	4,3
Материнская смертность (на 100 тыс. родившихся живыми)	40,6	19,7	9,9	9,7	9,9	9,5
Перинатальная смертность (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)	8,8	6,6	7,3	6,3	6,6	7,4
Ранняя неонатальная смертность (на 1000 родившихся живыми)	2,6	1,6	2,3	1,4	1,4	1,7
Неонатальная смертность (на 1000 родившихся живыми)	4,1	2,2	3,5	2,2	1,7	2,1
Мертворождаемость (на 1000 родившихся мертвыми)	5,8	5,0	5,1	4,9	5,2	5,7
Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами (на 10000 женского населения)	4,1	4,1	4,1	4,0	3,9	3,9
Обеспеченность врачами-неонатологами (на 1000 детей до года)	26,2	26,6	27,6	29,3	28,9	25,9

1	2	3	4	5	6	7
Обеспеченность реанимационными койками для новорожденных (на 1000 родов)	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,7

Характеристика акушерского коечного фонда

Структура акушерско-гинекологической службы Тамбовской области представлена 11 женскими консультациями, 26 акушерско-гинекологическими кабинетами, 1 Центром планирования семьи, 481 фельдшерско-акушерским пунктом (далее - ФАП). Стационарная помощь роженицам и родильницам оказывается в 12 акушерских отделениях и 28 гинекологических отделениях.

Распределение учреждений здравоохранения родовспоможения Тамбовской области по уровням (по состоянию на 01.01.2013)

Уровни	Учреждения здравоохранения	Количество акушерских коек	Койки патологии беременности	Койки для беременных и рожениц
1	2	3	4	5
2 уровень	ГБУЗ «Тамбовская областная клиническая больница»	115	50	65
	ТОГБУЗ «Городская клиническая больница им. Архиепископа Луки г. Тамбова»	90	45	45
	ТОГБУЗ «Городская клиническая больница № 3 г. Тамбова»	50	25	25
	ТОГБУЗ «Моршанская ЦРБ»	40	28	12
	ТОГБУЗ «Городская больница № 2 города Мичуринска»	60	35	25
	ТОГБУЗ «Рассказовская ЦРБ»	28	16	12
	ТОГБУЗ «Уваровская ЦРБ»	12	6	6

1	2	3	4	5
Итого по 2 уровню		395	205	190
1 уровень	ТОГБУЗ «Кирсановская ЦРБ»	12	9	3
	ТОГБУЗ «Городская больница города Котовска»	15	9	6
	ТОГБУЗ «Жердевская ЦРБ»	9	6	3
	ТОГБУЗ «Мордовская ЦРБ»	10	6	4
	ТОГБУЗ «Токаревская ЦРБ»	8	6	2
	12 акушерских отделений центральных районных больниц с койками патологии беременных	62	62	-
Итого по 1 уровню		116	98	18
Итого по уровням		511	303	208

В целом общее число акушерско-гинекологических коек уменьшилось за последние 5 лет на 10%, в структуре акушерских коек на 2% возросла доля коек патологии беременности.

Показатели
работы коечного фонда акушерско-гинекологического профиля

Показатели	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
1	2	3	4	5	6	7
Для беременных и рожениц:						
количество коек	244	243	235	229	210	208
работа коек (дни)	221,8	233,6	226,1	224,1	237,1	257,97
среднее пребывание на койке (койко/день)	7,1	7,5	6,6	6,3	6,3	4,9
Патология беременности:						
количество коек	322	317	323	311	328	301
работа койки (дни)	334,3	335	349,1	318,5	323,4	337,73
среднее пребывание на койке (койко/день)	10,1	10,0	10,1	9,8	9,9	11,4

1	2	3	4	5	6	7
Гинекологические:						
количество коек	541	527	505	452	482	469
работа койки (дни)	324,8	326,2	336,1	335,8	345,5	322,3
среднее пребывание на койке (койко/день)	8,6	8,4	8,4	8,0	7,3	7,1
Для производства абортв:						
количество коек	34	32	31	17,0	-	-
работа койки (дни)	159,1	156,4	141,9	134,0	-	-
среднее пребывание на койке (койко/день)	1,1	1,0	1,1	1,0	-	-

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

Деятельность акушерско-гинекологической службы направлена на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья женщин, снижение материнской и перинатальной смертности, профилактику заболеваемости, инвалидизации женщин и новорожденных, сокращение числа абортв. С 2005 года в области проводится реструктуризация акушерского коечного фонда. Закрыты 11 маломощных родильных отделений учреждений здравоохранения области, не отвечающих современным требованиям.

Акушерская помощь осуществляется в учреждениях родовспоможения 2-х уровней: 1 уровень - акушерские отделения центральных районных больниц, в которых обеспечено дежурство врачебного персонала на дому, количество коек - 116 (22,7% от общего количества акушерских коек); 2 уровень - акушерские отделения центральных районных и городских больниц с круглосуточными дежурствами акушера-гинеколога и анестезиолога-реаниматолога, количество коек - 395 (77,3% от общего количества акушерских коек). Интенсивная помощь беременным и родильницам оказывается в общей реанимации. Специализированная помощь женщинам с осложненной беременностью осуществляется в акушерском стационаре государственного бюджетного учреждения здравоохранения (далее - ГБУЗ) «Тамбовская областная клиническая больница». Реанимационная помощь новорожденным детям, находящимся в критическом состоянии, и с экстремально низкой массой тела оказывается в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница» на 18 койках.

С 2011 года в области организована работа акушерского Дистанционного консультативного центра с выездной анестезиолого-

реанимационной акушерской бригадой для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией, находящимся на лечении в учреждениях здравоохранения области, а также для транспортировки женщин, нуждающихся в интенсивной терапии в период беременности, родов и в послеродовой период, в ГБУЗ «Тамбовская областная клиническая больница».

В 2012 году осуществлено 39 выездов анестезиолого-реанимационной акушерской бригады, проведено 650 консультаций, 5 женщин транспортированы в акушерский стационар ГБУЗ «Тамбовская областная клиническая больница».

Число беременных женщин, поступивших под наблюдение в женские консультации области до 12 недель, за последние 3 года увеличилось на 6,4%. В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» по направлению «Родовой сертификат» беременные женщины при амбулаторном лечении дополнительно обеспечены бесплатными лекарственными препаратами и при стационарном лечении - дополнительным питанием.

С целью совершенствования работы по ранней диагностике врожденных пороков развития плода с мая 2012 года пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка проводится в соответствии с приказом управления здравоохранения области от 09.04.2012 № 430 «О порядке проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на территории Тамбовской области». Для обеспечения проведения пренатальной диагностики врачи ультразвуковой диагностики, клиничко-диагностической лаборатории, врач-цитогенетик в 2012 году прошли обучение на кафедре медицинской генетики государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия последиplomного образования».

Комплексное обследование на экспертном уровне в сроке 11 - 14 недель (ультразвуковое исследование и биохимический скрининг материнских сывороточных маркеров PAPP-A, свободный бета ХГЧ) с декабря 2012 года проводится с использованием нового современного оборудования.

В 2012 году уровень охвата комплексной пренатальной диагностикой составил 79% от числа всех беременных женщин, взятых на диспансерный учет в медицинских организациях области, и 85% от числа беременных женщин, поступивших под наблюдение в сроке до 14 недель. У каждой 30 женщины из 100 выявлен высокий риск врожденной патологии плода, что позволило своевременно оказать медицинскую помощь беременной женщине и провести коррекцию врожденных пороков развития у детей.

Оказание медицинской помощи новорожденным осуществляется в акушерских стационарах первого уровня на 18 койках, второго уровня - на 190 койках, в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных и недоношенных детей ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница» - на 18 койках. Кроме того, в области функционирует 105 коек

отделений патологии новорожденных и недоношенных детей в многопрофильных медицинских организациях:

30 коек в ТОГБУЗ «Городская клиническая больница им. Архиепископа Луки г. Тамбова»;

30 коек в ТОГБУЗ «Городская детская больница города Тамбова»;

5 коек в ТОГБУЗ «Городская больница № 2 города Мичуринска»;

40 коек патологии новорожденных и недоношенных детей в ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница».

Учреждением третьего уровня по оказанию высококвалифицированной специализированной медицинской помощи детям в регионе является ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница», в котором используется современное медицинское оборудование. Медицинскую помощь оказывают высококвалифицированные медицинские кадры. Выездные реанимационные бригады обеспечивают качественную транспортировку новорожденных из городов и районов области. Компактность территории и центральное расположение областного центра позволяют транспортировать детей в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных и недоношенных детей ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница» в максимально ранние сроки - в первые часы и сутки жизни ребенка. При прогнозировании рождения недоношенного ребенка с низкой и экстремально низкой массой тела осуществляются выезды выездной реанимационной неонатальной бригады ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница» непосредственно на роды в акушерские стационары медицинских организаций области. Новорожденному ребенку на месте проводятся все виды респираторной поддержки (искусственная вентиляция легких (далее - ИВЛ), СРАР) и сурфактант-заместительная терапия. После стабилизации состояния все дети транспортируются в условиях оборудованного реанимобиля в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных и недоношенных детей ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница», где продолжается дальнейшее оказание реанимационной помощи и интенсивной терапии, выхаживание по алгоритму (методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 15-0/10/2-11336 от 16.11.2011) с использованием инкубаторов, ИВЛ (триггерная, высокочастотная, неинвазивная) под контролем газов крови, с применением полифункциональных мониторов, отслеживающих основные параметры жизнедеятельности, с проведением инфузионно-трансфузионной терапии с парентеральным питанием.

С целью улучшения преемственности акушерской и педиатрической служб, а также повышения качества оказываемой экстренной неонатологической помощи в 2009 году утвержден регламент, которым определены:

положение о выездной реанимационной неонатальной бригаде;

показания к вызову и алгоритм выезда;

показания к переводу новорожденных детей в отделение реанимации и

интенсивной терапии новорожденных и недоношенных детей ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница».

В Тамбовской области рождается недоношенными 4 - 6% детей от общего количества родившихся. Дети с экстремально низкой массой тела при рождении составляют 0,2% от всех родившихся детей и 4,8% от родившихся недоношенными. Созданная система оказания медицинской помощи женщинам и детям в регионе позволяет сконцентрировать беременных женщин с невынашиванием беременности в акушерских стационарах второго уровня.

Учреждением третьего уровня по оказанию высококвалифицированной специализированной медицинской помощи детям в регионе является ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница». Выхаживание новорожденных осуществляется в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных и недоношенных детей.

Показатели деятельности службы родовспоможения

Основной целью службы родовспоможения является повышение доступности и качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным.

Эффективность службы родовспоможения во многом определяется уровнем и структурой материнской смертности. Материнская смертность - один из основных критериев качества и уровня организации работы родовспомогательных учреждений, эффективности внедрения новых медицинских технологий в практику, показатель социального благополучия населения. Показатель материнской смертности в Тамбовской области до 2008 года составлял 40,6 на 100000 живорожденных детей (4 случая). В результате комплекса мер, направленных на улучшение оказания медицинской помощи женщинам, показатель материнской смертности удалось снизить до 9,5 на 100000 живорожденных в 2012 году (1 случай). В структуре материнской смертности основными причинами в течение последних 5 лет являются экстрагенитальная патология, септические осложнения.

Структура материнской смертности

Причина	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
1	2	3	4	5	6	7	8
Внематочная беременность	1	-	-	-	-	-	-
Аборты	-	-	-	-	-	-	-
Кровотечение	1	-	-	-	-	-	-
Поздние гестозы	1	-	-	-	-	-	-

1	2	3	4	5	6	7	8
Сепсис	-	1	1	-	-	-	-
Экстрагенитальная патология	1	1	1	2	1	-	-
Другие причины, в том числе:	-	2	-	-	-	1	-
эмболия околоплодными водами	-	1	-	-	-	-	1
инфекция хирургической раны после кесарева сечения	-	1	-	-	-	-	-
анафилактический шок	-	-	-	-	-	1	-
Всего	4	4	2	2	1	1	1

Перинатальная смертность имеет динамику роста в связи с регистрацией с 2012 года новорожденных детей весом от 500 граммов (2010 г. - 6,2 промилле, 2011 г. - 6,6 промилле, 2012 г. - 7,4 промилле). В структуре причин перинатальной смертности ведущими являются внутриутробная гипоксия плода (51%), врожденные аномалии развития (14%). Показатель мертворождаемости увеличился незначительно (2009 г. - 5,1 промилле, 2010 г. - 4,9 промилле, 2011 г. - 5,3 промилле, 2012 г. - 5,7 промилле), в том числе за счет детей с экстремально низкой массой тела (2011 г. - 11, 2012 г. - 14).

Структура перинатальной смертности

Год	Перинатальная смертность		Мертворождаемость		Ранняя неонатальная смертность	
	случаи	на 1000 родившихся живыми, мертвыми и умерших в 0 - 7 суток	случаи	на 1000 родившихся живыми и мертвыми	число случаев	на 1000 родившихся живыми и умерших в 0 - 7 суток
1	2	3	4	5	6	7
2008	68	6,6	53	5,0	16	1,6
2009	75	7,3	52	5,1	23	2,3

1	2	3	4	5	6	7
2010	65	6,3	51	4,9	14	1,4
2011	67	6,6	53	5,2	14	1,4
2012	78	7,4	60	5,7	18	1,7

Доля беременных женщин, закончивших беременность в 2012 году, имеющих риск по развитию осложнений беременности и родов, составила 74,8% (2008 г. - 79,2%, 2009 г. - 77,2%, 2010 г. - 76%, 2011 г. - 75%).

В структуре заболеваемости удельный вес беременных женщин, страдающих анемией, снизился с 36% в 2011 г. до 33,8% в 2012 г. (2008 г. - 43%, 2009 г. - 40,6%, 2010 г. - 38%), доля беременных женщин с заболеваниями системы кровообращения выросла до 9,1% (2008 г. - 5,1%, 2009 г. - 7,9%, 2010 г. - 8,0%, 2011 г. - 7,5%). Заболевания мочеполовой системы регистрировались в 12,7% случаев (2008 г. - 13,6%, 2009 г. - 13,2%, 2010 г. - 14,5%, 2011 г. - 12,8%), заболевания щитовидной железы - 3,4% (2008 г. - 3,2%, 2009 г. - 3,3%, 2010 г. - 5,3%, 2011 г. - 3,5%). Доля поздних токсикозов незначительно увеличилась до 24,7% (2008 г. - 28,9%, 2009 г. - 28,9%, 2010 г. - 28,3%, 2011 г. - 23,8%).

Своевременная маршрутизация беременных женщин на родоразрешение в акушерские стационары соответствующего уровня во многом определяет исход родов и качество оказания медицинской помощи новорожденному. В 2012 году родилось живыми 10394 ребенка. Доля нормальных родов составила 33,6% (Российская Федерация - 35%). В 2012 году доля нормальных родов в учреждениях родовспоможения I уровня составила 68% (2011 г. - 61%), II уровня - 32% (2011 г. - 39%). Отмечается снижение количества родов в учреждениях родовспоможения I уровня с 9% в 2011 году до 7% в 2012 году.

Наметилась тенденция к снижению заболеваний, осложнивших течение родов, и послеродового периода. Стабилизировались показатели количества родов, осложнившихся аномалией родовой деятельности (2008 г. - 22,2%, 2009 г. - 22,9%, 2010 г. - 22,5%, 2011 г. - 20,4%, 2012 г. - 18,2%) и кровотечением в родах и послеродовом периоде (2008 г. - 1,4%, 2009 г. - 1%, 2010 г. - 1,1%, 2011 г. - 2,0%, 2012 г. - 1%). Доля оперативных родов имеет тенденцию к росту (2008 г. - 21%, 2009 г. - 20,3%, 2010 г. - 21%, 2011 г. - 22%, 2012 г. - 23%). Доля преждевременных родов осталась на прежнем уровне (2009 г. - 3,4%, 2010 г. - 4,7%, 2011 г. - 3,6%, 2012 г. - 3,7%). Отмечалось снижение доли детей, родившихся недоношенными в учреждениях I уровня, с 6% в 2011 году до 4,7% в 2012 году и снижение доли детей массой тела до 2500 г, родившихся в учреждениях I уровня, с 11% в 2011 году до 3% в 2012 году.

В результате реализации комплекса мер по профилактике абортот отмечалось снижение числа абортот во всех возрастных группах. Число абортот за последние 5 лет уменьшилось на 33,8%. Доля первобеременных в структуре абортот снизилась с 12% в 2008 г. до 8,5% в 2012 году. Показатель

числа аборт на 100 родившихся живыми и мертвыми в 2012 году составил 51,9 (2009 г. - 70,0, 2010 г. - 62,4, 2011 г. - 59,5, Российская Федерация 2011 г. - 55,9), что является результатом эффективной работы специалистов области. В 2012 году у девочек-подростков до 17 лет зарегистрировано 80 аборт (2010 г. - 100, 2011 г. - 99 аборт), у девочек до 14 лет - 3 аборт (2010 г. - 3, 2011 г. - 4). Показатель аборт на 1000 женщин фертильного возраста составил 19,4 (2008 г. - 27,4, 2009 г. - 24,7, 2010 г. - 23,2, 2011 г. - 21,5, Российская Федерация 2011 г. - 26,7).

Эффективные меры по профилактике аборт позволили улучшить репродуктивное здоровье женского населения. В медицинских организациях области организованы 10 кабинетов медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, что позволило увеличить количество женщин, отказавшихся от прерывания беременности. В 2012 году оказана медико-психологическая, юридическая и социальная консультативная помощь 1941 женщине, оказавшейся в трудной жизненной ситуации. В результате проводимой работы 17,8% женщин из числа обратившихся отказались от прерывания беременности. Кроме того, на базе Тамбовского областного государственного казенного учреждения социального обслуживания населения «Центр социальной помощи семье и детям «Жемчужина леса» организовано кризисное отделение помощи женщинам, в котором осуществляется стационарное социальное обслуживание женщин, в том числе в период беременности, попавших в кризисную ситуацию (подвергшихся физическому и психическому насилию, потерявших жилье или работу, оказавшихся в экстремальных психологических и социально-бытовых условиях).

Уровень гинекологической заболеваемости женщин фертильного возраста практически по всем нозологическим формам оставался на достаточно высоком уровне, в том числе:

первичная заболеваемость воспалительными заболеваниями женских половых органов (2010 г. - 27,8; 2011 г. - 30,6; 2012 г. - 34,3 на 1000 женщин); дисплазия молочных желез (2010 г. - 3,7; 2011 г. - 4,5; 2012 г. - 6,1 на 1000 женщин);

нарушение менструального цикла (2010 г. - 10,2; 2011 г. - 10,7; 2012 г. - 11,5 на 1000 женщин фертильного возраста).

С целью снижения гинекологической заболеваемости проводятся профилактические осмотры женского населения, направленные на раннее выявление и лечение начальных форм гинекологической патологии. Ежегодно охват осмотрами женщин составляет не менее 93% из числа подлежащих, что позволяет своевременно диагностировать онкологические заболевания органов репродуктивной системы на ранней стадии и добиваться снижения заболеваемости онкологическими заболеваниями. Так, в 2012 году по сравнению с 2011 годом отмечалось снижение заболеваемости раком молочной железы на 8,5% и запущенности рака молочной железы на 8,3%, рака тела матки на 2,9%.

Значимым показателем, определяющим качество и уровень организации работы родовспомогательных учреждений, является младенческая

смертность, в том числе ранняя неонатальная смертность. Показатель младенческой смертности в 2012 г. составил 4,3 промилле (2009 г. - 6,1 промилле, 2010 г. - 4,2 промилле, 2011 г. - 4,2 промилле, Российская Федерация 2012 г. - 13,3 промилле, Центральный федеральный округ 2012 г. - 7,6 промилле). В структуре младенческой смертности ведущее место занимают врожденные пороки развития - 43,2%, болезни перинатального периода - 29,5%, травмы - 9,1%, болезни органов дыхания - 6,8%. В 2012 году отмечалось снижение смертности детей до года за счет болезней перинатального периода и органов дыхания, а также в результате несчастных случаев. В структуре врожденных пороков развития, явившихся причиной смерти, первое место занимали множественные пороки развития - 77%, среди них преобладали сочетанные пороки сердца, легких, нервной системы; на втором месте изолированные врожденные пороки сердца - 15%; на 3 месте - пороки развития центральной нервной системы - 8%.

К социально зависимой патологии относятся внешние причины заболеваемости и смертности детей в возрасте до 1 года. В 2012 году не отмечен рост смертности детей на дому по сравнению с 2011 годом (11 детей). В причинной структуре смертности детей на дому отмечались несчастные случаи - механическая асфиксия от закрытия дыхательных путей - 30%, инфекционные заболевания - 30% и возникшие состояния в перинатальном периоде - 20%.

В возрастной структуре младенческой смертности в 2012 году доля постнеонатальной смертности составила 54,5% (2011 г. - 58,5%), ранней неонатальной смертности - 41% (2011 г. - 43%) и поздней неонатальной смертности - 25% (2011 г. - 7,3%). Показатель ранней неонатальной смертности в области в 2012 г. - 1,7 промилле (2009 г. - 2,3 промилле, 2010 г. - 1,5 промилле, 2011 г. - 1,4 промилле).

Показатель заболеваемости новорожденных в 2012 году 450 на 1000 родившихся живыми (2009 г. - 532,4, 2010 г. - 470,9, 2011 г. - 565), в структуре преобладали болезни перинатального периода - 92% (2009 г. - 93%, 2010 г. - 93%, 2011 г. - 92%). На первом месте - замедление роста и недостаточность питания - 24% (2009 г. - 19%, 2010 г. - 18%, 2011 г. - 21,5), на втором - неонатальные желтухи - 17% (2009 г. - 16,6%, 2010 г. - 13,2, 2011 г. - 15,6), на третьем - респираторные нарушения у новорожденных - 7% (2009 г. - 5,7%, 2010 г. - 5,4%, 2011 г. - 6,5).

Характеристика кадрового потенциала службы родовспоможения

Наличие высококвалифицированных специалистов в учреждениях родовспоможения и детства оказывает огромное влияние на показатели здоровья женщин и детей. Успех в лечении тяжело больных новорожденных зависит от опыта и умения медицинских работников, причем высокопрофессиональный сестринский уход за критически больными новорожденными влияет на успех в определенной мере даже больше, чем врачебное наблюдение, особенно при выхаживании новорожденных.

В 2012 году число врачей акушеров-гинекологов составило 225 человек.

Укомплектованность врачами акушерами-гинекологами - 94,5%. Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами ниже среднероссийского уровня и составляет 3,8 на 10000 женщин (Российская Федерация - 5,2), обеспеченность врачами-неонатологами в области на протяжении последних лет также ниже среднероссийского уровня (Российская Федерация - 35,1) и составляет 26,0 на 10000 детей, численность среднего медицинского персонала службы родовспоможения - 953 человека, укомплектованность - 100%.

Из общего числа врачей акушеров-гинекологов 70% имеют квалификационную категорию, в том числе высшую категорию - 18%, первую - 63%, вторую - 18%. Из общего числа акушерок 79,6% имеют квалификационную категорию, из них: высшую категорию - 14,9%, первую - 50%, вторую - 15,1%. Все врачи-специалисты и средние медицинские работники, оказывающие медицинскую помощь в учреждениях родовспоможения и детских учреждениях здравоохранения, имеют сертификат по специальности.

С целью повышения обеспеченности кадрами ежегодно заключаются договоры на целевую подготовку специалистов в медицинских высших учебных заведениях г. Москвы, г. Саратова, г. Воронежа, г. Рязани в рамках утвержденного государственного задания. Так, в 2013 году зачислено 27 абитуриентов по специальности «педиатрия», с каждым из которых заключен договор на целевую подготовку. Подготовка среднего медицинского персонала, в том числе в рамках целевого приема, осуществляется на базе государственного бюджетного образовательного учреждения среднего профессионального образования «Тамбовский областной медицинский колледж» по специальностям «лечебное дело», «сестринское дело», «лабораторная диагностика», «акушерское дело» (ежегодный целевой набор - не менее 150 абитуриентов).

В 2013 году в государственные учреждения здравоохранения области трудоустроено 9 акушеров-гинекологов и 3 врача-педиатра из числа обучавшихся в рамках целевой подготовки. В 2014 году будут трудоустроены еще 5 врачей-педиатров, 2 врача-неонатолога и 15 акушеров-гинекологов, в том числе 1 педиатр и 1 неонатолог для ГБУЗ "Тамбовская областная детская клиническая больница". В 2015 - 2016 гг. завершат целевую профессиональную подготовку 20 студентов в государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении «Тамбовский областной медицинский колледж» для работы в ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница».

Обоснование целесообразности строительства перинатального центра в Тамбовской области

В настоящее время в Тамбовской области отсутствует акушерский стационар третьего уровня, поэтому существуют объективные критерии для строительства перинатального центра. В области 66,4% родов сопровождаются той или иной акушерской или экстрагенитальной

патологией. Ежегодно увеличивается количество беременных женщин, нуждающихся в высококвалифицированной специализированной медицинской помощи при родовспоможении. Заболеваемость беременных сохраняется на высоком уровне (до 74%), доля беременных женщин, имеющих риск по развитию осложнений беременности и родов, снижается незначительно, растет число глубоко недоношенных детей, нуждающихся в высокотехнологической помощи. В сложившейся ситуации особенно значимой является задача сохранения жизни каждого родившегося ребенка.

В настоящее время специализированная помощь женщине с осложненной беременностью оказывается в акушерском стационаре ГБУЗ "Тамбовская областная клиническая больница им. В.Д.Бабенко". Акушерский стационар введен в эксплуатацию в 1982 году и не соответствует предъявляемым требованиям по оказанию высококвалифицированной помощи беременным женщинам и новорожденным детям. Реанимационная помощь новорожденным детям, находящимся в критическом состоянии, и с экстремально низкой массой тела, оказывается в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГБУЗ "Тамбовская областная детская клиническая больница" на 18 койках, дефицит площадей отделения составляет 70%. Обеспеченность койками патологии новорожденных и недоношенных детей составляет 10,5 на 1000 родов, что не соответствует порядкам оказания медицинской помощи.

Решением проблем предупреждения и снижения материнской и младенческой смертности является строительство перинатального центра, где возможно решать проблемы рождения и выхаживания детей, имеющих неудовлетворительный прогноз здоровья, сохранения жизни и здоровья беременных женщин групп высокого риска. Создание перинатального центра подразумевает не только его строительство, но и совершенно новый уровень организации работы - организация потока беременных, рожениц и новорожденных в учреждение, в котором сконцентрирован материальный и интеллектуальный ресурс, взаимосвязь со всеми учреждениями родовспоможения и детства области, организация повышения квалификации медицинского персонала, работа по единым порядкам оказания медицинской помощи.

С введением в эксплуатацию перинатального центра в области завершится создание трехуровневой системы организации медицинской помощи беременным и роженицам, которая позволит обеспечить маршрутизацию беременных женщин в учреждение родовспоможения соответствующего уровня для оказания медицинской помощи, направленной на благополучное завершение беременности. Перинатальный центр станет базой, где будут применяться новые направления в развитии родовспоможения, направленные на улучшение диагностики и лечения беременных женщин с акушерской и соматической патологией, рожениц, родильниц и детей с перинатальными патологиями, совершенствоваться технологии оказания медицинской помощи и подготовки кадров. Строительство перинатального центра позволит осуществить формирование полного замкнутого цикла акушерской и перинатальной помощи, создать

условия для организации катamnестических исследований отдаленных результатов и эффективности акушерской помощи женщинам и новорожденным. Развитие перинатальной медицины позволит внести значительный вклад в решение демографических проблем области. Централизация оказания медицинской помощи матерям и детям в Тамбовской области обеспечит не только высокое качество оказания медицинской помощи, но и ее экономическую эффективность.

2. Мероприятия Подпрограммы

Обоснование структуры и коечной мощности перинатального центра

Строительство перинатального центра планируется на территории ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница», в структуре которого функционируют отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и недоношенных детей, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей второго этапа выхаживания. Перинатальный центр мощностью 150 коек будет являться структурным подразделением ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница».

Планируется следующая структура:

акушерское отделение - 100 коек: 50 коек патологии беременности, 50 коек для беременных и рожениц, 9 коек реанимации и интенсивной терапии для беременных, рожениц и родильниц;

педиатрическое отделение - 50 коек патологии новорожденных и недоношенных детей, в том числе 18 коек реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и недоношенных детей.

В структуре перинатального центра предусмотрены:

Консультативно-диагностическое отделение:

женская консультация;

стационар одного дня;

медико-генетическая консультация.

Клинико-диагностическое отделение.

Акушерский стационар (100 коек):

приемно-пропускное отделение;

отделение патологии беременности;

операционно-родовой блок;

отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для женщин с группой биохимического и функционального мониторинга (9 коек);

акушерское отделение с совместным пребыванием матери и ребенка;

отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (18 коек);

отделение патологии новорожденных (50 коек) - второй этап выхаживания;

Дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-

реанимационными акушерскими и педиатрическими бригадами скорой медицинской помощи.

Специализированные и вспомогательные подразделения:

помещения выписки;

централизованный молочный блок;

центральная компрессорная станция;

кислородная станция;

центральное стерилизационное отделение, автоклавная.

План подготовки медицинских кадров для перинатального центра

В 2014 - 2016 гг. осуществлена целевая подготовка медицинских работников по образовательным программам среднего, высшего и послевузовского профессионального образования за счет средств федерального бюджета и бюджета Тамбовской области с учетом потребности ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница» в медицинских работниках определенных специальностей для полноценного функционирования перинатального центра:

№ п/п	Наименование показателя	Единица измерения	год обучения		
			2014	2015	2016
1	2	3	4	5	6
1.	Количество врачей, подготовленных для работы в перинатальном центре, в том числе:	человек	16	50	14
1.1.	в интернатуре по специальности:				
	акушерство и гинекология	человек	3	2	0
	неонатология	человек	2	2	0
	генетика	человек	1	0	0
	педиатрия	человек	1	1	0
1.2.	на курсах профессиональной переподготовки по специальности:				
	анестезиология и реаниматология	человек	2	1	0
	эндоскопия	человек	2	0	0
	рентгенология	человек	0	1	0
	трансфузиология	человек	0	1	0
	ультразвуковая диагностика	человек	0	1	0

1	2	3	4	5	6
1.3.	на курсах повышения квалификации по специальности:				
	акушерство и гинекология	человек	3	3	0
	анестезиология и реаниматология	человек	0	0	1
	неонатология	человек	1	7	0
	педиатрия	человек	1	0	0
	ультразвуковая диагностика	человек	0	0	1
1.4.	на курсах тематического усовершенствования в симуляционных центрах	человек	0	31	12
2.	Количество среднего медицинского персонала, подготовленного для работы в перинатальном центре	человек	25	10	63
	ИТОГО:	человек	41	60	77

Механизмы реализации данного мероприятия:

заключение договоров с медицинскими высшими учебными заведениями г. Москвы, Воронежа, Саратова, Рязани на целевую подготовку специалистов в клинической интернатуре в рамках государственного задания, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации для учебных заведений;

заключение с учащимися Тамбовского областного государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения (далее - ТО ГПБОУ) «Тамбовский областной медицинский колледж» целевых договоров, предусматривающих трудоустройство в перинатальный центр после окончания профессиональной подготовки;

организация обучения специалистов на курсах повышения квалификации, профессиональной переподготовки и тематического усовершенствования на центральных базах медицинских высших учебных заведений и учебных заведений дополнительного профессионального образования, в том числе в симуляционных центрах, по предоставляемым путевкам за счет средств федерального бюджета в рамках государственного задания для медицинских высших учебных заведений и учебных заведений дополнительного профессионального образования, а также за счет средств бюджета Тамбовской области в строгом соответствии с потребностью государственных учреждений здравоохранения области.

Реализация мероприятий, предусмотренных программой, позволит укомплектовать медицинскими работниками перинатальный центр и повысить профессиональный уровень медицинского персонала в области

перинатологии и неонатологии.

**Реструктуризация сети учреждений родовспоможения
и мероприятия по рационализации использования коечного
фонда с учетом строительства перинатального центра**

С введением в строй перинатального центра в области продолжится реструктуризация акушерских коек, не отвечающих современным требованиям родовспоможения. Для обеспечения качественной медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным планируется поэтапное закрытие маломощных акушерских стационаров и направление беременных женщин в межрайонные центры для лечения патологии беременности. На базе центральных районных больниц с отсутствием родильных отделений будут предусмотрены помещения для приема экстренных родов с обеспечением дистанционного консультирования.

С открытием перинатального центра планируется сократить 6 коек для беременных и рожениц I уровня ТОГБУЗ «Городская больница города Котова».

Освобожденные площади будут использованы учреждением здравоохранения для устранения дефицита площадей.

Акушерские койки II уровня в ГБУЗ «Тамбовская областная клиническая больница» (100 коек) будут переведены в перинатальный центр, освобожденные площади акушерского стационара планируется использовать в качестве структурных подразделений ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница».

Койки отделения патологии новорожденных и недоношенных детей (30 коек) ТОГБУЗ «Городская клиническая больница им. Архиепископа Луки «Тамбова» будут переведены в перинатальный центр, освобожденные площади будут использованы для устранения дефицита площадей отделений в структуре учреждения здравоохранения. В результате коечный фонд второго этапа выхаживания новорожденных составит 125 коек:

50 коек в перинатальном центре;

40 коек в ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница»;

30 коек ТОГБУЗ «Городская детская больница города Тамбова»;

5 коек в ТОГБУЗ «Городская больница № 2 города Мичуринска».

Таким образом, обеспеченность койками второго этапа выхаживания новорожденных составит 12,5 на 1000 родов, что соответствует расчетным нормативам.

**Улучшение организации и качества оказания
акушерско-гинекологической помощи**

С введением в эксплуатацию перинатального центра в области будет выстроена трехуровневая система оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам, при этом коечный фонд составит на III уровне 100 коек (20,5% от общего количества акушерских

коек), на втором - 280 коек (57,4% от общего количества акушерских коек), на первом - 108 коек (22,1% от общего количества акушерских коек). Кроме того, это позволит сконцентрировать материальный и интеллектуальный ресурс, организовать взаимосвязь со всеми акушерскими и педиатрическими учреждениями здравоохранения области. Создание единого Дистанционного консультативного центра на базе перинатального центра с выездными реанимационными акушерскими и неонатальными бригадами обеспечит реализацию основных функций перинатального центра по оказанию экстренной и плановой консультативной помощи с использованием телемедицинских технологий беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным из городов и районов области. Доля родов в перинатальном центре составит 29,3%, в учреждениях родовспоможения II уровня - 66,7%, I уровня - 4%. Доля женщин с высокой группой риска по развитию осложнений в период беременности, родов, родоразрешенных в перинатальном центре, составит 98%. В перинатальном центре будет предусмотрена организация кабинета трансфузиологии с необходимым запасом препаратов крови.

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

В Тамбовской области рождается недоношенными 4 - 6% детей от общего количества родившихся. Дети с экстремально низкой массой тела при рождении составляют 0,2% от всех родившихся детей и 4,8% от родившихся недоношенными. Созданная система оказания медицинской помощи женщинам и детям в регионе позволяет сконцентрировать беременных женщин с невынашиванием беременности в акушерских стационарах второго уровня.

Учреждением III уровня по оказанию высококвалифицированной специализированной медицинской помощи детям в регионе является ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница». Выхаживание новорожденных осуществляется в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных и недоношенных детей.

Для оказания медицинской помощи новорожденным, родившимся с низкой и экстремально низкой массой тела, обеспечения дальнейшего снижения показателей перинатальной и младенческой смертности развернуто 42 койки интенсивной терапии для новорожденных в учреждениях родовспоможения.

Количество детей, рожденных с низкой массой тела

Показатели	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Родилось всего детей с низкой массой тела	56	55	74
из них умерло	4	5	4
Выживаемость (%)	92,5%	91%	94,6%

В рамках Программы «Модернизация здравоохранения Тамбовской области» на 2011 - 2013 годы учреждения родовспоможения оснащены оборудованием в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации порядками оказания медицинской помощи: фетальными мониторами, инкубаторами, аппаратами ИВЛ, открытыми реанимационными системами, высокоразрешающими ультразвуковыми системами, цифровыми рентгеновскими аппаратами и другим медицинским оборудованием. В результате перехода на современные технологии выхаживания недоношенных и маловесных детей увеличилась выживаемость и снизилась летальность детей, родившихся с экстремально низкой массой тела (далее - ЭНМТ).

Количество детей, рожденных с экстремально низкой массой тела

Показатели	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Родилось всего детей с ЭНМТ	27	26	28
из них умерло	24	11	6
Выживаемость (%)	12%	58%	78,6%

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи по выхаживанию новорожденных, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела, осуществляется в ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница». Число детей, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь, ежегодно увеличивается.

Количество детей, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь

Показатели	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Оказана высокотехнологичная медицинская помощь новорожденным детям	44	54	65
в том числе детям с ЭНМТ	7	15	25
Умерло детей/летальность (%)	4/9%	4/7,4%	6/9%
Умерло детей с ЭНМТ/летальность (%)	3/43%	4/27%	3/12%

Внедрение современных медицинских технологий

Ежегодно в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных и недоношенных детей ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница» госпитализируется до 290 новорожденных. За годы работы созданы условия и подготовлены медицинские кадры для успешного выхаживания новорожденных, в том числе с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, а также перенесших хирургическое вмешательство. Планово и последовательно внедряются и совершенствуются высокотехнологичные виды специализированной медицинской помощи новорожденным. Выполняются реконструктивно-пластические операции на тонкой и толстой кишке, хирургическое лечение диафрагмальной грыжи, гастрошизиса и омфале, реконструктивно-пластические операции на грудной клетке при пороках развития у новорожденных (пороки легких, бронхов, пищевода), при опухолевых образованиях различной локализации у новорожденных.

Офтальмологическая специализированная медицинская помощь новорожденным с ретинопатией оказывается специалистами Тамбовского филиала Федерального государственного бюджетного учреждения «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н.Федорова». Первичный офтальмологический осмотр детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, проводится уже в отделении реанимации и интенсивной терапии с учетом длительности их нахождения с 4-недельного возраста.

Совершенствование пренатальной диагностики врожденных аномалий развития

Одним из наиболее значимых направлений службы родовспоможения и детства является совершенствование ранней диагностики нарушений развития ребенка, начиная с дородового периода, и их своевременная коррекция. С этой целью будет продолжено развитие службы пренатальной диагностики как перспективного направления медицинской генетики, включающего ультразвуковой и биохимический скрининг на сывороточные маркеры матери, программу индивидуального риска, цитогенетические исследования и инвазивную диагностику. Подготовлено 3 врача по теме «Пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка» с получением сертификатов международного образца. Доля обследованных беременных по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной диагностики нарушений развития ребенка составила 60%. В медико-генетической консультации области получили помощь 2259 семей, проведено 144 цитогенетических и 294 биохимических исследования, выявлено 254 наследственных заболевания и 122 порока развития плода. Ранняя диагностика врожденных аномалий дала возможность прервать 27 беременностей с заболеваниями плода, несовместимыми с жизнью, на ранних сроках, прооперировать несколько детей в первые дни рождения,

остальные дети взяты под наблюдение.

В целях совершенствования пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка планируется организация инвазивной диагностики на базе медико-генетической консультации перинатального центра.

Совершенствование организационно-методической и клинико-экспертной работы

В целях совершенствования организационно-методической работы в перинатальном центре предусмотрен единый Дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими и педиатрическими бригадами скорой медицинской помощи. Централизация консультативной дистанционной помощи обеспечит методическую помощь и оперативную связь со всеми учреждениями здравоохранения области.

Мероприятия по выполнению работ по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатального центра

Мероприятия по проектированию перинатального центра:

разработка проектной документации;

получение разрешения на строительство перинатального центра.

Мероприятия по строительству перинатального центра:

подготовка внешних инженерных коммуникаций;

проведение работ ниже нулевой отметки по каркасу здания;

проведение работ выше нулевой отметки по каркасу здания;

закрытие теплового контура;

производство внутренних работ, за исключением монтажа медицинского оборудования;

поставка и монтаж медицинского оборудования (перечень медицинского оборудования, планируемого к закупке для оснащения перинатального центра, утверждается приказом управления здравоохранения области);

завершение внешней отделки и благоустройство территории.

Мероприятия по вводу в эксплуатацию перинатального центра:

получение разрешения на ввод объекта капитального строительства в эксплуатацию;

укомплектование медицинскими работниками перинатального центра, включая их подготовку;

получение лицензии на осуществление медицинской деятельности.

Реализация мероприятий по выполнению работ по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатального центра осуществляется по графику согласно приложению к Подпрограмме.

3. Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы

Строительство перинатального центра позволит по итогам 2017 года сформировать трехуровневую систему оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам и достигнуть следующих показателей:

№	Наименование индикатора	Единица измерения	2013 год (по состоянию на 01.01.2014)	2017 год (по состоянию на 01.01.2018) план
1	2	3	4	5
1.	Количество акушерских коек (всего), в том числе:	количество	511	486
1.1.	в акушерских стационарах I группы	количество	116	106
1.2.	в акушерских стационарах II группы	количество	395	280
1.3.	в акушерских стационарах III группы	количество	0	100
2.	Количество коек реанимации и интенсивной терапии для женщин (всего), в том числе:	количество	0	9
2.1.	в акушерских стационарах II группы	количество	0	0
2.2.	в акушерских стационарах III группы	количество	0	9
3.	Количество коек реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (всего), в том числе:	количество	60	60
3.1.	в акушерских стационарах	количество	42	42
3.2.	в детских больницах	количество	18	18
4.	Количество коек патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), всего, в том числе:	количество	105	125

1	2	3	4	5
4.1.	в акушерских стационарах	количество	0	50
4.2.	в детских больницах	количество	105	75
5.	Число родов в стационаре (всего), в том числе:	число	9980	9589
5.1.	в акушерских стационарах I группы	число	690	300
5.2.	в акушерских стационарах II группы	число	9290	9279
5.3.	в акушерских стационарах III группы	число	0	10
6.	Число преждевременных родов (22 - 37 недель), всего, в том числе:	число	431	431
6.1.	в акушерских стационарах I группы	число	14	0
6.2.	в акушерских стационарах II группы	число	417	427
6.3.	в акушерских стационарах III группы	число	0	4
7.	Среднегодовая занятость акушерской койки:			
7.1.	в акушерских стационарах I группы	число дней работы койки в году	311,4	288
7.2.	в акушерских стационарах II группы	число дней работы койки в году	304,0	311,7
7.3.	в акушерских стационарах III группы	число дней работы койки в году	0	0
8.	Средняя длительность пребывания выписанного больного на койке патологии беременности			

1	2	3	4	5
8.1.	в акушерских стационарах I группы	дней	9,3	8,8
8.2.	в акушерских стационарах II группы	дней	9,6	7,2
9.	Средняя длительность пребывания выписанного больного на койке для беременных и рожениц			
9.1.	в акушерских стационарах I группы	дней	5,7	4,0
9.2.	в акушерских стационарах II группы	дней	5,9	5,0
9.3.	в акушерских стационарах III группы	дней	0	5,0
10.	Число врачей акушеров-гинекологов	число	209	232
11.	Число врачей-неонатологов	число	25	26
12.	Число врачей анестезиологов-реаниматологов в акушерских стационарах (в отделениях акушерского профиля)	число	12	13
13.	Число врачей анестезиологов-реаниматологов (в отделениях неонатологического профиля)	число	9	10
14.	Количество акушерских дистанционных консультативных центров в составе перинатальных центров	количество	0	1
15.	Количество беременных, рожениц и родильниц, проконсультированных сотрудниками акушерских дистанционных консультативных центров в составе перинатальных центров	количество	0	6100
		доля (%) от числа закончивших беременность	0	61%

1	2	3	4	5
16.	Количество выездных анестезиолого-реанимационных акушерских бригад в составе перинатальных центров	количество	1	1
17.	Количество женщин, транспортированных выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами в составе перинатальных центров	количество	9	5
		доля (%) от числа закончивших беременность	0,09	0,05
18.	Материнская смертность	количество случаев	1	1
		промилле	9,6	10,5
19.	Младенческая смертность	на 1000 родившихся живыми	5,5	3,8
20.	Перинатальная смертность	на 1000 родившихся живыми и мертвыми	5,8	5,5
21.	Мертворождаемость	на 1000 родившихся живыми и мертвыми	5,5	4,3
22.	Ранняя неонатальная смертность	на 1000 родившихся живыми	1,3	1,2

4. Ожидаемые результаты реализации подпрограммы

После ввода в эксплуатацию перинатального центра планируется достичь следующих результатов:

снижение материнской смертности - до 10,5‰ на 1000 родившихся живыми в 2017 году и до 9,9‰ на 1000 родившихся живыми в 2020 году;

сохранение показателя младенческой смертности на уровне 3,8 на 1000 родившихся живыми в 2017 году и 2020 году;

сохранение показателя ранней неонатальной смертности на уровне 1,2 на 1000 родившихся живыми в 2017 году и 2020 году;

увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах, в общем количестве женщин с

преждевременными родами до 80% в 2020 году;

увеличение выживаемости детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела, в акушерском стационаре - до 831,2 % в 2017 году и до 832,7 % в 2020 году.

5. Финансовое обеспечение Подпрограммы

Объемы и источники финансирования Подпрограммы	Строительство перинатального центра	ВСЕГО (тыс.руб.)	В том числе средства		
			ФФОМС	бюджета Тамбовской области	ТФОМС Тамбовской области
Всего		2634330,9 <*>	2107464,7	526866,2 <*>	0,0
2014 год		2528957,7 (в том числе остаток неизрасходованных средств бюджета Тамбовской области - 230280,9)	2107464,7	421493,0 (в том числе кассовый расход - 191212,1, остаток неизрасходованных средств - 230280,9)	
2015 год		282967,5 <***> (с учетом остатка неизрасходованных средств в 2014 году - 230280,9)	0,0	282967,5 <***> (с учетом остатка неизрасходованных средств в 2014 году - 230280,9)	0,0
2016 год		52686,6	0,0	52686,6	0,0
2017 год		5113,5 <***>	0,0	5113,5 <***>	0,0

<*> Без учета остатка неизрасходованных средств бюджета Тамбовской области в 2014 году - 230280,9 тыс.руб.

<***> В том числе в лимитах областной адресной инвестиционной программы - 282467,5 тыс.руб.

<***> Остаток неизрасходованной субсидии на счете Казенного предприятия Тамбовской области «Дирекция капитального строительства», представленной согласно Соглашения от 15.12.2014 № 122/02 на осуществление капитальных вложений в объект, подлежащая расходованию в 2017 году

ПРИЛОЖЕНИЕ
к подпрограмме «Модернизация
здравоохранения Тамбовской области
в части строительства перинатального
центра на 2014 - 2017 годы»

Сетевого график
выполнения работ по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию
перинатального центра на 150 коек
г. Тамбов, ул. Рылеева, д.82
(адрес перинатального центра)

Наименование работ по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатального центра	2014 год												2015 год												2016 год												2017 год																	
	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48							
Мероприятия по проектированию перинатального центра																																																						
Разработка проектной документации	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48						
Получение разрешения на строительство перинатального центра						*	*																																														
Мероприятия по строительству перинатального центра																																																					
Подготовка внешних инженерных коммуникаций					*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Проведение работ ниже нулевой отметки по каркасу здания							*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Проведение работ выше нулевой отметки по каркасу здания								*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48					
Закрытие теплого контура	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
Производс- тво внутренних работ за исключени- ем монтажа медицинс- кого оборудова- ния	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Поставка и монтаж медицинс- кого оборудова- ния																			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
Завершение внешней отделки и благоуст- ройство территории																			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Мероприяти я по вводу в эксплуата- цию перинаталь- ного центра																																																				

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48			
Получение разрешения на ввод объекта капитального строительства в эксплуатацию																																										*	*							
Укомплектование медицинскими работниками и перинатального центра, включая их переподготовку																							*	*	*	*	*																							
Получение лицензии на осуществление медицинской деятельности																																															*	*		

Зам.главы администрации
области Н.Е.Астафьева