(Продолжение. Начало на 1–8-й стр.).

Приложение № 2

к Подпрограмме 3

Мероприятия Подпрограммы 3

№ п/п	Наименование мероприятия	Номер строки целевого показателя, на достижение которого направлено мероприятие
1.	**Цель 1.** Повышение качества и доступности оказываемой медицинской помощи	
1.1.	**Задача 1.** Увеличение доли больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I–II стадиях	
1.1.1.	Организация центров позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии (ПЭТ/КТ)	1.1.1
1.1.2.	Проведение диагностики методом ПЭТ/КТ в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Свердловской области (с 2015 года)	1.1.1
1.2.	**Задача 2.** Увеличение обеспеченности диализной помощью пациентов с терминальной хронической почечной	
1.2.1.	Организация сети диализных центров	2.1.1
1.2.2.	Проведение заместительной почечной терапии методом программного гемодиализа в государственных и частных медицинских организациях (центрах амбулаторного диализа)	1.2.1.
1.3.	**Задача 3.** Расширение участия негосударственных медицинских организаций в оказании первичной медико-санитарной помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Свердловской области	
1.3.1.	Увеличение числа негосударственных медицинских организаций, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь населению в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Свердловской области	2.2.1.

Раздел 5. Подпрограмма 4 «Охрана здоровья матери и ребенка»

Глава 11. Паспорт Подпрограммы 4

Ответственный исполнитель Подпрограммы 4	Министерство здравоохранения Свердловской области
Цель Подпрограммы 4	Улучшение состояния здоровья детей и матерей
Задачи Подпрограммы 4	1. Повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям. 2. Совершенствование оказания амбулаторно-поликлинической помощи в службе охраны здоровья матери и ребенка. 3. Выхаживание детей с экстремально низкой массой тела. 4. Развитие специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе высокотехнологичной. 5. Совершенствование методов борьбы с вертикальной передачей ВИЧ от матери к плоду. 6. Профилактика абортов, развитие центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации
Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы 4	1. Материнская смертность. 2. Младенческая смертность. 3. Ранняя неонатальная смертность. 4. Смертность детей от 0 до 17 лет. 5. Больничная летальность детей. 6. Доля обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности. 7. Охват неонатальным скринингом. 8. Охват аудиологическим скринингом новорожденных. 9. Доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах. 10. Выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела, в акушерском стационаре. 11. Уровень первичной инвалидности детей. 12. Охват пар «мать-дитя» химиопрофилактикой ВИЧ-инфекции в соответствии с действующими стандартами. 13. Результативность мероприятий по профилактике абортов
Этапы и сроки реализации Подпрограммы 4	Подпрограмма 4 реализуется в два этапа: 1 этап: 2013–2015 годы; 2 этап: 2016–2020 годы
Объемы финансирования Подпрограммы 4, тыс. рублей	Всего — 41 413 806,6 тыс. рублей (с 2013 по 2020 год), из них: средства федерального бюджета по предварительной оценке: 40 381,6 тыс. рублей (с 2013 по 2020 год); средства консолидированного бюджета Свердловской области по предварительной оценке: 10 803 442,1 тыс. рублей (с 2013 по 2020 год); средства Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области по предварительной оценке: 25 504 536,9 тыс. рублей (с 2013 по 2020 год); дополнительная потребность в средствах: 5 065 446,0 тыс. рублей (с 2013 по 2020 год); средства юридических лиц по предварительной оценке: 0; средства из иных источников по предварительной оценке: 0
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы 4	1. Снижение показателя материнской смертности до 9 случаев на 100 тыс. родившихся живыми. 2. Снижение показателя младенческой смерти до 5,8 случая на 1000 родившихся живыми. 3. Снижение показателя ранней неонатальной смертности до 1,6 случая на 1000 родившихся живыми. 4. Снижение показателя смертности детей в возрасте от 0 до 17 лет до 7 случаев на 10 тыс. населения соответствующего возраста. 5. Снижение больничной летальности детей до 0,16 процента от числа поступивших в стационар. 6. Увеличение доли обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первом триместре беременности до 95,2 процента. 7. Увеличение доли новорожденных, обследованных на наследственные заболевания, до 99,8 процента от общего числа новорожденных. 8. Увеличение доли новорожденных, прошедших аудиологический скрининг, до 99,9 процента от общего числа новорожденных. 9. Увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах, до 90 процентов. 10. Выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела, в акушерском стационаре до 80,0 процента. 11. Снижение первичной инвалидности у детей до 26 случаев на 10 тыс. детей. 12. Увеличение доли охвата пар «мать-дитя» химиопрофилактикой ВИЧ-инфекции в соответствии с действующими стандартами до 99 процентов. 13. Увеличение доли женщин, принявших решение вынашивать беременность, от числа женщин, обратившихся в медицинские организации по поводу прерывания беременности, до 15 процентов

Глава 12. Характеристика сферы реализации Подпрограммы 4, основные проблемы и прогноз развития

Реализация мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье», региональной программы модернизации здравоохранения Свердловской области на 2011–2012 годы способствовали достижению и удержанию позитивных результатов в демографическом развитии Свердловской области. На территории области зарегистрировано прекращение убыли населения, а с августа 2012 года (впервые с 1990 года) фиксируется превышение рождаемости над смертностью. В 2012 году общая численность рожденных детей составила 61,4 тыс. человек и является наибольшей за последние пять лет (с 2008 года). За 2012 год прирост числа детей, родившихся живыми, составил 3 397 человек (2011 год — 631 человек). Показатель рождаемости вырос на 6 процентов, достигнув 14,3 случая рождения на 1000 человек населения (Российская Федерация — 12,6 на 1000 человек населения). Проводимые мероприятия по оптимизации перинатальной помощи на территории Свердловской области позволили в 2012 году на 50 процентов снизить показатель материнской смертности, а также сдержать рост младенческой смертности при переходе на новые критерии живорождения.

Однако даже при этой положительной динамике сохраняется высокая дифференциация показателей материнской и младенческой смертности в разных территориях Свердловской области. Динамика заболеваемости беременных женщин на территории Свердловской области показывает сохраняющийся высокий удельный вес экстрагенитальной патологии, преэклампсии, плацентарной недостаточности. Актуальна проблема осложнений родов. Частота таких осложнений, как кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты, аномалии родовой деятельности требует проведения дальнейших мероприятий, направленных на оптимизацию работы службы родовспоможения области. Характеризуя состояние здоровья беременных женщин Свердловской области, нельзя не сказать о проблеме ВИЧ-инфекции. Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин в области составило в 2012 году 1 925 человек. Доля ВИЧ-инфицированных беременных, у которых беременность закончилась родами, в 2012 году составила 64 процента, из них 2 процента в 2012 году не состояли под наблюдением женской консультации и, следовательно, не получали химиопрофилактику. В целом охват трехэтапной химиопрофилактикой новорожденных составил в 2012 году только 87,6 процента пар «мать-дитя» (в 2011 году — 88,8 процента), у 112 новорожденных детей выявлена ВИЧ-инфекция.

С 01 января 2012 года на территории Свердловской области вступили в действие новые критерии регистрации новорожденных, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения. В связи с этим в 2012 году доля новорожденных с массой тела свыше 2,5 кг снизилась и составила 91,7 процента; 8,3 процента составили новорожденные, родившиеся с массой до 2,5 кг. Рост доли новорожденных, родившихся с массой до 2,5 кг, произошел за счет новорожденных, родившихся с экстремально низкой массой тела (500–999 грамм), доля которых возросла в 2,5 раза, а также за счет новорожденных, родившихся с весом 2000–2499 граммов, доля которых возросла в 1,2 раза. Таким образом, доля родившихся в области новорожденных детей с низкой и экстремально низкой массой тела (500-1499 г), нуждающихся в продолжительном лечении и реабилитации, составила 1,3 процента от числа родившихся живыми.

В 2012 году показатели общей и первичной заболеваемости детей в возрасте до 14 лет практически не изменились (снижение на 1,4 процента и 1,6 процента соответственно) и остаются ниже среднероссийских показателей. Однако имеет место повышение общей и первичной заболеваемости по классам «инфекционные и паразитарные болезни», «болезни глаз», «болезни кожи и подкожной клетчатки», «отдельные состояния, возникшие в перинатальном периоде». Кроме того, существенно возросла первичная заболеваемость болезнями костно-мышечной системы. В Свердловской области несмотря на активно проводимую работу по реформированию амбулаторно-поликлинического звена ситуация в педиатрической службе изменилась недостаточно. По-прежнему стационарная помощь является основной при оказании медицинской помощи детям. Абсолютное число госпитализаций детей в возрасте от 0 до 17 лет в 2012 году увеличилось на 2,1 тыс. человек, уровень госпитализации составил 256,8 случая на 1000 человек. Остается острой проблема гибели детей первого года жизни вне стационара, хотя доля таких детей и снижается. Сложившаяся ситуация свидетельствует о существующих недостатках в организации оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. В настоящее время объективно доказано, что госпитализация должна быть обоснована, стационарное звено не должно заменять собой амбулаторно-поликлиническое. При этом должны более широко внедряться стационарозамещающие технологии, как в амбулаторно-поликлинических, так и стационарных учреждениях, оказывающих медицинскую помощь женщинам и детям. Кроме того, ставится задача по снижению количества детей-инвалидов, улучшению качества их жизни за счет распространения профилактических технологий, формирования здорового образа жизни.

Охрана и восстановление репродуктивного здоровья населения — перспективное направление улучшения демографической ситуации в Свердловской области. Серьезную обеспокоенность вызывает состояние репродуктивного здоровья детей и подростков: увеличилось число заболеваний репродуктивной сферы, возросла частота соматической заболеваемости подростков. На профилактических осмотрах у 13 процентов детей в возрасте от 0 до 17 лет выявляют заболевания репродуктивной системы, а на осмотрах по обращаемости — у 25 процентов. Это определяет необходимость проведения регулярной диспансеризации детей и подростков, адекватной лечебной и коррекционной помощи в связи с выявленной патологией.

В области отмечается неуклонный рост числа гинекологических заболеваний, показатель женского бесплодия за последние 5 лет увеличился на 16 процентов. Анализ причин, приводящих к возникновению гинекологических заболеваний у женщин, нарушению репродуктивной функции и бесплодию, свидетельствует, что одним из ведущих факторов являются аборты. Число абортов в Свердловской области в 2012 году на 1000 женщин фертильного возраста составило 38,9 случая, что по-прежнему выше, чем в целом по Российской Федерации. Сохраняется низкий удельный вес прерывания беременности на ранних сроках от всех прерываний беременности в сроки до 12 недель (в 2012 году данный показатель составил 30 процентов). Удельный вес медикаментозного аборта в 2012 году составил всего 1,9 процента.

Проблемы охраны репродуктивного здоровья имеют не только медицинскую, но и социальную значимость. По данным статистики бесплодием страдают 15–17 процентов супружеских пар. Реализация мероприятий по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий способствует повышению рождаемости на территории Свердловской области. В рамках региональной программы модернизации здравоохранения Свердловской области был реализован целый комплекс мер, направленных на повышение доступности специализированных видов медицинской помощи женщинам и детям. Направление бесплодных супружеских пар на вспомогательные репродуктивные технологии в Свердловской области осуществляется с 2007 года в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.02.2003 № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий в терапии женского и мужского бесплодия» и Министерства здравоохранения Свердловской области от 07.08.2008 № 1283-п «Об оказании медицинской помощи бесплодным супружеским парам с применением вспомогательных репродуктивных технологий в Свердловской области за счет средств областного бюджета». За счет средств федерального бюджета пациенты направляются в федеральные лечебные учреждения городов Москвы, Санкт-Петербурга, Иваново, Екатеринбурга, процедура экстракорпорального оплодотворения в 2012 году была предоставлена 628 супружеским парам. В 2013 году планируется открытие отделения вспомогательных репродуктивных технологий на базе ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка» с количеством процедур до 1000 в год.

Однако решить все проблемы до конца не удалось; их предстоит решать в ближайшее время. В области специализированная медицинская помощь детям по ряду профилей оказывается в стационарах для взрослых пациентов (например, детские хирургические койки в структуре взрослых коек), что не позволяет в полной мере обеспечить качественную медицинскую помощь. Залогом повышения качества медицинской помощи детям станет развитие в Свердловской области многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров с учетом потребностей в конкретных видах медицинской помощи.

Проводимые и планируемые мероприятия в рамках Подпрограммы 4 позволят оказывать качественную, доступную медицинскую помощь женщинам и детям, что найдет отражение в интегральных показателях Свердловской области — уровне младенческой, детской, перинатальной и материнской смертности.

Ожидаемыми результатами I этапа реализации Подпрограммы 4 являются:

1) сохранение показателя материнской смертности на уровне 9,6 случая на 100 тыс. родившихся живыми;

2) снижение показателя младенческой смерти до 6,8 случая на 1000 родившихся живыми;

3) снижение показателя ранней неонатальной смертности до 2,2 случая на 1000 родившихся живыми;

4) снижение показателя смертности детей в возрасте от 0 до 17 лет до 7,5 случая на 10 тыс. населения соответствующего возраста;

5) сохранение больничной летальности детей на уровне 0,2 процента от числа поступивших в стационар;

6) увеличение доли беременных женщин, обследованных по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, до 93 процентов от числа поставленных на учет в первом триместре беременности;

7) увеличение доли новорожденных, обследованных на наследственные заболевания, до 99,7 процента от общего числа новорожденных;

8) сохранение показателя доли новорожденных, охваченных аудиологическим скринингом, на уровне 99,9 процента от общего числа новорожденных;

9) увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах, до 89,4 процента;

10) увеличение выживаемости детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела, в акушерском стационаре до 78 процентов;

11) снижение первичной инвалидности у детей с впервые в жизни установленной инвалидностью до 26,7 случая на 10 тыс. детей;

12) увеличение охвата пар «мать-дитя» химиопрофилактикой ВИЧ-инфекции в соответствии с действующими стандартами до 98,4 процента;

13) увеличение доли женщин, принявших решение вынашивать беременность, до 8 процентов от числа женщин, обратившихся в медицинские организации по поводу прерывания беременности.

Ожидаемыми результатами II этапа реализации Подпрограммы 4 являются:

1) снижение показателя материнской смертности до 9 случаев на 100 тыс. родившихся живыми;

2) снижение показателя младенческой смерти до 5,8 случая на 1000 родившихся живыми;

3) снижение показателя ранней неонатальной смертности до 1,6 случая на 1000 родившихся живыми;

4) снижение показателя смертности детей в возрасте от 0 до 17 лет до 7 случаев на 10 тыс. населения соответствующего возраста;

5) снижение показателя больничной летальности детей до 0,16 процента от числа поступивших;

6) увеличение доли беременных женщин, обследованных по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, до 95,2 процента от числа поставленных на учет в первом триместре беременности;

7) увеличение доли новорожденных, обследованных на наследственные заболевания, до 99,8 процента от общего числа новорожденных;

8) сохранение доли новорожденных, охваченных аудиологическим скринингом, на уровне 99,9 процента от общего числа новорожденных;

9) увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах, до 90 процентов;

10) увеличение выживаемости детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела, в акушерском стационаре до 80 процентов;

11) снижение первичной инвалидности у детей с впервые в жизни установленной инвалидностью до 26 случаев на 10 тыс. детей;

12) увеличение охвата пар «мать-дитя» химиопрофилактикой ВИЧ-инфекции в соответствии с действующими стандартами до 99,0 процента;

13) увеличение доли женщин, принявших решение вынашивать беременность, до 15 процентов от числа женщин, обратившихся в медицинские организации по поводу прерывания беременности.

Задача 1. Повышение доступности и качества медицинской помощи женщинам и детям

Вертикальная структурная связь учреждений родовспоможения и детства — это единая функционально связанная система, способствующая достижению первичной цели — обеспечению доступности медицинской помощи на соответствующем уровне для всего населения области, независимо от места проживания. В Свердловской области учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовый период, новорожденным и детям, разделены на три группы в зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения и технологий.

В учреждения первой группы вошло 27 учреждений здравоохранения, количество родов в которых не превышает 500 в год. К учреждениям второй группы отнесено 24 учреждения родовспоможения, количество родов в которых составляет от 500 до 1500 в год, в том числе семь межтерриториальных перинатальных центров. Эти учреждения имеют в своей структуре отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных. К учреждениям третьей группы отнесено два учреждения — областной перинатальный центр ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» и расположенное на территории области федеральное учреждение ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Министерства здравоохранения Российской Федерации».

Постановление Правительства Свердловской области, регламентирующее передачу учреждений родовспоможения и детства в областную собственность, позволило выстроить вертикаль в оказании перинатальной помощи и определить маршрутизацию беременных. На территории Свердловской области работают семь межтерриториальных перинатальных центров (ГБУЗ СО «Краснотурьинский родильный дом», ГБУЗ СО «Демидовская центральная городская больница», ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Первоуральск», ГБУЗ СО «Городская больница № 7 город Каменск-Уральский», ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Асбест», ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница», МБУ «Детская городская больница № 10»). К каждому межтерриториальному перинатальному центру прикреплены учреждения родовспоможения первой и второй группы. Определены алгоритмы оказания первичной медико-санитарной, консультативно-диагностической, стационарной помощи.

Совершенствование взаимодействия между подразделениями службы родовспоможения разного уровня — непременное условие эффективного функционирования системы перинатальной помощи на территории Свердловской области, определяющее дальнейший путь развития. В 66,7 процента учреждений первого уровня Свердловской области проводятся в среднем одни роды в сутки, что не способствует формированию профессионального стереотипа. Поэтому одним из перспективных путей развития перинатальной помощи является оптимизация уровневой организации сети родовспомогательных учреждений. В 2012 году уже была изменена маршрутизация беременных, родильниц и рожениц в трех городских округах Свердловской области, имеющих родильные дома первой группы с количеством родов менее 200 в год. Потоки беременных, родильниц и рожениц с учетом транспортных развязок местности были переключены на родильные дома соседних территорий, где имеются современные условия для оказания медицинской помощи. В 2013–2020 годах процесс реструктуризации сети родовспомогательных учреждений первого уровня на территории Свердловской области будет продолжен. Одним из условий функционирования родовспомогательных учреждений с малым количеством родов будет являться наличие круглосуточного дежурства акушера-гинеколога, неонатолога и реаниматолога. В результате оптимизации уровневой организации сети родовспомогательных учреждений в учреждениях первой группы планируется 13 000 родов, что обеспечит среднегодовую занятость акушерской койки 292 дня в году при среднем койко-дне 4 и повлечет за собой сокращение акушерских коек к 2020 году с 293 до 200. Подход к сокращению коек учреждений первой группы будет носить индивидуальный характер в зависимости от удаленности этих учреждений от других родильных домов (от 30 до 100 и более км).

Основным барьером для полноценного функционирования трехуровневой системы перинатальной помощи на территории Свердловской области является дефицит коек реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, располагающих современным высокотехнологичным оборудованием, включая оборудование для обеспечения второго этапа выхаживания. Для оказания медицинской помощи новорожденным, дальнейшего снижения показателей перинатальной и младенческой смертности на территории области на конец 2012 года работало 187 коек при нормативе 260 коек. Дополнительная потребность в койках реанимации новорожденных составляет 73 единицы. В 2013 году запланировано открытие 27 коек, 2014 — 46 коек, что полностью покроет существующий дефицит. В 2013 году завершается работа по приведению в соответствие порядкам оказания медицинской помощи коечного фонда второго этапа выхаживания новорожденных детей, что стало возможным благодаря правильно выбранным приоритетам (развитие неонатологии и детской реанимации) в реализации региональной программы модернизации здравоохранения Свердловской области. На 01 января 2013 года в Свердловской области было развернуто 544 койки второго этапа выхаживания новорожденных при нормативе 650 коек. В 2013 году запланировано открытие после капитального ремонта отделения второго этапа выхаживания на 60 коек на базе МБУ «Городская детская больница № 5» города Екатеринбурга и на 20 коек на базе ГБУЗ СО «Ирбитская ЦГБ», что восполнит дефицит коек. Проводимые мероприятия позволят оказывать качественную и своевременную помощь новорожденным групп риска с первых часов — дней жизни, а это, в свою очередь, является наиболее результативной мерой не только снижения смертности, но и профилактики инвалидности у данной категории новорожденных.

Приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 25.01.2011 № 1108а-п «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 06.05.2011 № 458-п «Об организации работы межмуниципальных медицинских центров в 2011 году» определены учреждения здравоохранения, оказывающие детям первичную медико-санитарную помощь — первый уровень оказания помощи. На втором уровне медицинская помощь детям оказывается в 9 межмуниципальных детских центрах по профилям «педиатрия», «неонатология», «детская хирургия». К учреждениям третьей группы отнесены три учреждения (ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница № 1», МАУ «Детская городская клиническая больница № 9» города Екатеринбурга и ГБУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «Бонум»).

Создание вертикальной сети межмуниципальных перинатальных и детских центров подразумевает не только организацию маршрутизации, но и обеспечение взаимосвязи со всеми акушерскими и педиатрическими учреждениями прикрепленных территорий, организацию повышения квалификации сотрудников, работу по единым протоколам. Внедрение федеральных стандартов, протоколов оказания помощи в службе родовспоможения должно составить значительный удельный вес в мероприятиях, направленных на оптимизацию работы трехуровневой помощи в службе охраны здоровья матери и ребенка Свердловской области. Большое внимание должно уделяться проведению аудита состояния службы родовспоможения и детства области, направленного на выявление и устранение недостатков в организации медицинской помощи, определению задач по повышению качества помощи беременным женщинам, новорожденным и детям.

Ожидаемыми результатами реализации мероприятий задачи 1 Подпрограммы 4 по оптимизации трехуровневой структуры учреждений родовспоможения и детства на территории Свердловская области станет достижение к 2020 году:

1) материнской смертности — 9 случаев на 100 тыс. случаев рождения живых детей;

2) младенческой смерти — 5,8 случая на 1000 рожденных живыми;

3) ранней неонатальной смертности — 1,6 случая на 1000 рожденных живыми;

4) смертности детей в возрасте от 0 до 17 лет — 7 случаев на 10 тыс. человек соответствующего возраста;

5) больничной летальности детей — до 0,16 процента от числа поступивших в стационар.

Задача 2. Совершенствование оказания амбулаторно-поликлинической помощи в службе охраны здоровья матери и ребенка

На территории Свердловской области задача совершенствования работы амбулаторного звена службы охраны здоровья матери и ребенка является приоритетной. Работа амбулаторного выстроена на основе вертикального взаимодействия учреждений здравоохранения. Помощь беременным группы акушерского и перинатального риска оказывается в рамках консультативных приемов для беременных на базе межтерриториальных перинатальных центров. На областном уровне специализированную консультативную помощь оказывают областной перинатальный центр ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница № 1», ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охраны здоровья матери и ребенка», ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Министерства здравоохранения Российской Федерации». Консультативная помощь женщинам с экстрагенитальной патологией оказывается специалистами консультативно-диагностической поликлиники ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1». В области работает областной акушерский консилиум.

В педиатрии наряду с консультативными приемами на базе межмуниципальных детских центров и областных учреждений активно используются выездные формы работы для оказания медицинской помощи детям отдаленных территорий, сельской местности. Выездные бригады специалистов межмуниципальных детских центров активно участвуют в проведении диспансеризации детей.

Общая большая площадь территории Свердловской области требует целенаправленной работы по повышению качества оказания медицинской помощи женщинам и детям, улучшению диспансерного наблюдения беременных группы риска, детей. Необходимо дальнейшее реформирование амбулаторно-поликлинической помощи на территории Свердловской области путем внедрения системы координации деятельности уже имеющихся учреждений родовспоможения и детства. В 2013 году запланировано обновление автоматизированной системы «Программа мониторинга беременных», позволяющей проконтролировать правильность диспансерного наблюдения любой беременной женщины независимо от места ее проживания.

Для повышения эффективности работы сети перинатальных центров и педиатрических учреждений области, обеспечения маршрутизации беременных и, в конечном итоге, снижения младенческой смертности и инвалидности необходимо обеспечить раннюю, в том числе дородовую, диагностику патологии у детей. Наиболее эффективным инструментом профилактики врожденных и наследственных болезней является комплексная пренатальная (дородовая) диагностика по новому алгоритму, включающему ультразвуковой скрининг, биохимический скрининг на сывороточные маркеры матери, программу расчета индивидуального риска, инвазивные методы диагностики (молекулярно-генетические, цитогенетические исследования, секвенирование). На территории Свердловской области активно проводится внедрение пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в режиме сплошного скрининга первого триместра, что позволяет дифференцированно подходить к подбору оптимального учреждения для родоразрешения беременной и неотложному оказанию помощи ее ребенку.

Неонатальный скрининг новорожденных на наследственные заболевания позволяет в будущем создать больному ребенку за счет своевременной коррекции отклонений возможность и условия для нормального развития, получения образования, профессиональной подготовки, последующего трудоустройства и полноценной жизни. В Свердловской области в 2012 году произошло расширение неонатального скрининга до 16 заболеваний. При всех выявленных случаях заболеваний проводится уточняющая диагностика, дети ставятся на диспансерный учет, проводится лечение. Планируется дальнейшее расширение перечня скринируемых врожденных заболеваний до 32.

Планируется продолжение ранее начатого в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2008-2011 годах использования нового алгоритма аудиологического скрининга новорожденных. В результате проведения аудиологического скрининга создается регистр детей, подлежащих диспансерному наблюдению и последующему отбору на оказание ВМП — операции кохлеарной имплантации. Аудиологический скрининг является одним из важнейших компонентов в профилактике детской инвалидности и требует дальнейшего развития в Свердловской области. До недавнего времени в области сохранялась разница в результативности скрининга в отдаленных территориях по сравнению с крупными городами, что было связано с недостаточным уровнем организации данного мероприятия, подготовки кадров, преемственности между амбулаторно-поликлиническим и стационарным звеньями оказания медицинской помощи, в связи с чем на базе ГБУЗ СО «Детская клиническая больница восстановительного лечения «Научно-практический центр «Бонум» был организован областной детский сурдологический центр, который оказывает специализированную помощь детям с нарушением слуха. На базе ММЦ в городах Нижний Тагил, Каменске-Уральском, Первоуральске, Серове, Екатеринбурге открыты сурдологические кабинеты.

Преобладание в структуре младенческой смертности гибели детей в постнеонатальный период, как правило, от причин, относящихся к разряду «управляемых», а следовательно, предотвратимых (отдельные состояния перинатального периода, врожденные пороки развития, травмы и отравления), ставит проблему совершенствования наблюдения детей первого года жизни в условиях амбулаторно-поликлинического звена в Свердловской области. Приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 13.12.2012 № 1450-п «О создании кабинетов мониторинга состояния здоровья и развития детей первого года жизни из групп перинатального риска, в том числе детей с экстремально низкой массой тела, низкой массой тела и недоношенных детей по формированию хронической и инвалидизирующей патологии в составе межмуниципального медицинского центра» на базе всех ММЦ созданы кабинеты катамнеза недоношенных детей. Основной задачей этих кабинетов является совершенствование медицинской помощи детям из группы риска по формированию хронической и инвалидизирующей патологии.

В соответствии с постановлением Правительства Свердловской области от 02.03.2011 № 167-ПП «О реализации мер социальной поддержки проживающих в Свердловской области беременных женщин, кормящих матерей, детей в возрасте до трех лет по обеспечению полноценным питанием, детей, страдающих фенилкетонурией, галактоземией, лейцинозом, адренолейкодистрофией, тяжелыми формами пищевой аллергии с непереносимостью белков коровьего молока, и детей с экстремально низкой массой при рождении специализированными продуктами лечебного питания за счет средств областного бюджета» беременные женщины, кормящие матери и дети, родившиеся с массой до 1,5 кг и находящиеся на искусственном вскармливании, обеспечиваются в амбулаторных условиях специализированными продуктами питания за счет средств областного бюджета. На эти нужды ежегодно выделяется: в 2012 году — 431 млн. рублей, в 2013 году — 436 млн. рублей. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 № 1233 «О порядке финансового обеспечения расходов на оплату медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовый период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первого года жизни» будет продолжено использование 20-33 процентов суммы оплаты счетов по родовым сертификатам за амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам в период беременности на обеспечение необходимыми лекарственными препаратами при наличии соответствующих показаний.

Внедрение современных технологий безопасного прерывания беременности в амбулаторном звене с реструктуризацией гинекологического коечного фонда, открытие кабинетов бесплодного брака на базе ММЦ также являются приоритетными в мероприятиях, направленных на совершенствование оказания амбулаторно-поликлинической помощи в службе охраны здоровья матери и ребенка.

В результате реализации мероприятий задачи 2 Подпрограммы 4 к 2020 году ожидается:

1) увеличение доли беременных женщин, обследованных по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, до 95,2 процента от числа поставленных на учет в первом триместре беременности;

2) увеличение доли новорожденных, обследованных на наследственные заболевания, до 99,8 процента от общего числа новорожденных;

3) увеличение доли новорожденных, прошедших аудиологический скрининг, до 99,9 процента от общего числа новорожденных.

Задача 3. Выхаживание детей с низкой и экстремально низкой массой тела

Переход с 2012 года Российской Федерации на новые критерии регистрации рождений, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения, потребовали широкого внедрения в практику учреждений родовспоможения и детства Свердловской области современных технологий выхаживания и реабилитации недоношенных детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела, в том числе направленных на профилактику тяжелой инвалидности (слепоты, глухоты). Согласно мировой статистике выживаемость детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела (до 1500 грамм), составляет до 80 процентов, при этом 80 процентов среди выживших не имеют тяжелых инвалидизирующих заболеваний. Среди этого контингента детей 75 процентов заканчивают общеобразовательные школы, начинают работать и, выплачивая налоги, полностью окупают свое лечение. На территории Свердловской области в 2012 году родились живыми с экстремально низкой массой тела (до 999 грамм) 266 детей, из них умерло 89 (летальность — 33,5 процента), с низкой массой тела родилось 519 детей, из них умерли 34 ребенка (летальность — 6,6 процента).

Индикатором эффективности мероприятий, направленных на улучшение выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, является показатель концентрации преждевременных родов и беременных высокого риска в структуре перинатального центра. Для оснащения отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных и отделений патологии новорожденных и недоношенных детей межтерриториальных перинатальных центров Свердловской области предусмотрено приобретение современного медицинского оборудования. В учреждениях родовспоможения, оказывающих помощь данной категории новорожденных, внедрены технологии поддержания адекватного теплового баланса, респираторной поддержки и раннего введения препаратов сурфактанта, раннего парентерального питания, ультразвукового скрининга, офтальмологического скрининга глубоко недоношенных новорожденных, в том числе обследование с помощью ретинальной камеры, своевременное проведение лазерной коагуляции сетчатки, внедрены новые подходы к лечению гемодинамически значимого открытого артериального протока с использованием медикаментозного метода, в частности, препаратом Педеа. Рассматривается вопрос о проведении детям, родившимся с экстремально низкой массой тела, иммунопрофилактики риносинтициальной инфекции.

Для оказания медицинской помощи новорожденным, родившимся с низкой и экстремально низкой массой тела, на территории области работают четыре реанимационно-консультативных детских центра, оказывающих медицинскую помощь новорожденным детям, в том числе с использованием санитарной авиации. С 2013 года работа реанимационно-консультативных центров направлена в первую очередь на помощь первичному звену здравоохранения за счет выездов и принятия решения на основе очного консультирования пациентов в учреждениях родовспоможения и детства первой группы. Мероприятия по выхаживанию детей с низкой и экстремально низкой массой тела позволят улучшить результаты лечения не только этой категории детей, но и всех новорожденных.

(Продолжение на 10-й стр.).