



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

20 НОЯ 2014

№ 15-4/10/2-8757

На № _____ от _____

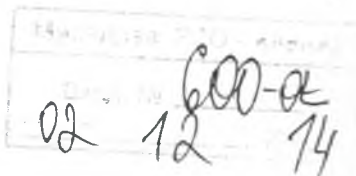
Руководителям органов
исполнительной власти
субъектов Российской Федерации
в сфере здравоохранения

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет методическое письмо «Совершенствование трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде» для использования в работе руководителями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, главными врачами перинатальных центров и родильных домов (отделений), руководителями амбулаторно-поликлинических подразделений при организации медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, а также гинекологическим больным.

Приложение: на 26 л. в 1 экз.

Т.В. Яковлева

Е.В. Гусева: 627-24-00 * 1540



Минздрав России



2008757 20.11.14

«УТВЕРЖДАЮ»
Заместитель Министра здравоохранения
Российской Федерации


Т.В. Яковлева

№ 15-4/10/2-8757 от 20.11. 2014 г.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД
БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

(методическое письмо)

МОСКВА, 2014

редакцией
государственного Департамента медицинской помощи детям и службы
родовспоможения Минздрава России Е.Н. Байбариной

и:

заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы
родовспоможения Минздрава России О.С. Филиппов

заместитель директора Департамента – начальник отдела охраны
репродуктивного здоровья и внедрения эффективной акушерско-
гинекологической помощи Департамента медицинской помощи детям и
родовспоможения Минздрава России Е.В. Гусева

1. Медико-демографическая ситуация в Российской Федерации

По оценке Росстата, численность постоянного населения Российской Федерации на 1 января 2014 г. составила 143,7 млн. человек и за год увеличилась на 319,9 тыс. человек (на 0,3%).

Рост численности населения обусловлен как миграционным приростом, так и естественным приростом населения.

С 2006 года динамика основных демографических показателей в Российской Федерации благоприятна. Отмечается тенденция снижения естественной убыли населения, в 2013 году зафиксирован естественный прирост населения, который составил 24,0 тыс. человек (в 2012 году – естественная убыль 4,2 тыс. человек).

В 2013 году общероссийский уровень рождаемости впервые с начала девяностых годов превысил уровень смертности и составил 13,2 на 1000 населения (рис. 1).



Рис. 1. Динамика рождаемости и смертности (на 1000 человек)

Реализация масштабных национальных проектов с 2006 года в сочетании с повышением доли женщин, находящихся в периоде репродуктивной активности, вернула рождаемость на уровень начала 1990-х годов. В 2007 году было зарегистрировано на 8,8% больше младенцев, чем в предыдущем, в 2008-2011 годы прирост последовательно сокращался, до

),4 % в 2011 году, а в 2012 году вновь вырос до 5,9%, в 2013 году зафиксировано снижение на 0,3%.

Снижение численности женщин активного репродуктивного возраста (20-29 лет) оказало влияние на число родившихся в 2013 году, которое снизилось по сравнению с 2012 годом на 6,3 тыс. рождений (1 895,8 тыс. детей и 1 902,1 тыс. детей соответственно).

Показатели рождаемости значительно различаются в субъектах Российской Федерации. Минимальный уровень рождаемости зарегистрирован в Ленинградской области 9,0‰ (2012 г. – 9,0‰), максимальный – 26,1‰ в Республике Тыва (2012 г. – 26,5‰). Лидерство сохраняют преимущественно субъекты Южного и Северо-Кавказского федеральных округов. Субъекты Российской Федерации с наиболее низкими показателями рождаемости сосредоточены в центральной и северо-западной части России.

Показатель общей смертности населения снизился с 13,3 на 1000 населения в 2012 году до 13,0 в 2013 году. Всего в Российской Федерации в 2013 году умерли 1 871 809 человек, что на 34 526 человек (на 1,8%) меньше, чем за 2012 год (1 906 335 человек). Самые низкие показатели смертности наблюдаются в Республике Ингушетия – 3,5, Чеченской Республике – 5,0, Ямало-Ненецком автономном округе – 5,1, Республике Дагестан – 5,5, Ханты-Мансийском автономном округе – 6,3 на 1 000 населения.

Показатель младенческой смертности уменьшился на 4,7% с 8,6 на 1000 родившихся живыми в 2012 году до 8,2 в 2013 году), несмотря на учет детей с экстремально низкой массой тела от 500 до 1000 граммов.

Минимальных значений за всю историю страны достиг уровень материнской смертности. По итогам 2013 года показатель материнской смертности составил 11,3 на 100 тыс. родившихся живыми. Таким образом, Российской Федерации достигнута Цель тысячелетия в области развития – 5, в соответствии с которой показатель материнской смертности должен быть снижен на $\frac{1}{4}$ за период с 1990 до 2015 года, т.е. с 47,4 до 11,9 на 100 000 родившихся живыми.

В условиях суженного воспроизводства поколений решающее значение приобретает продолжительность жизни. По результатам 2013 года ожидаемая

продолжительность жизни увеличилась на 0,53 года, по сравнению с 2012 годом, и составила 70,8 года. У женщин продолжительность жизни достигла исторического максимума для нашей страны – 76,6 лет. У мужчин пока остается чуть выше 65 лет. Но при этом прирост продолжительности жизни у мужчин превысил прирост продолжительности жизни у женщин более чем в два раза, что позволяет прогнозировать положительную динамику.

Развитие медико-демографической ситуации в ближайшие годы определяется, с одной стороны, исчерпанием репродуктивных намерений когорт, родившихся в 1980-е годы, а с другой – увеличением доли лиц преклонного возраста. Последнее в сочетании с активизацией выхаживания недоношенных и тяжело больных новорожденных, а также ориентацией на интенсификацию миграционных потоков означает возрастание общего бремени болезней, нагрузки на систему здравоохранения и социального обеспечения. В этих условиях для сдерживания негативных тенденций требуются кардинально новые подходы к охране здоровья населения, а именно, наряду с развитием профилактического направления, развитие доступности и качества помощи при критических состояниях населения, в частности, у женщин и новорожденных детей.

Снижение смертности новорожденных является ключевой задачей в снижении смертности всего детского населения. Так, в соответствии с данными Росстата (2013 г.), доля умерших в возрасте 0-28 дней в младенческой смертности составляет 61%, в общем числе умерших в возрасте 0-4 года – 50,9%, в общем числе умерших в возрасте 0-17 лет – 37,9%. Это обстоятельство подтверждает необходимость совершенствования медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным.

2. Современные организационные модели перинатальной помощи

Развитие системы охраны здоровья матери и ребенка в Российской Федерации в настоящее время осуществляется в соответствии с Концепцией демографической политики Российской Федерации до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351, Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной

испоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р, и направлено на решение задач, поставленных в Указах Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в области здравоохранения» и № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в области здравоохранения» необходимо обеспечить к 2018 году снижение младенческой смертности, в первую очередь, за счет снижения ее в регионах с высоким уровнем данного показателя, до 7,5 на 1000 родившихся живыми.

Основные мероприятия, направленные на достижение целевого показателя младенческой смертности, определены подпрограммой «Охрана здоровья матери и ребенка» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294.

К числу таких мероприятий относятся повышение доступности качества медицинской помощи матерям и детям, развитие специализированной медицинской помощи матерям и детям, совершенствование и развитие пренатальной и неонатальной диагностики, перинатальной и фетальной хирургии.

С целью повышения доступности и качества медицинской помощи матерям и детям необходимо совершенствование службы родовспоможения путем формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи, признанной и использующейся во всех развитых странах мира.

В соответствии с принципами оказания перинатальной помощи, опубликованными ВОЗ (Chalmers B., 2001), медицинская помощь во время беременности должна быть районирована и носить уровневый характер, доступный при необходимости любой пациентке. При этом географическое расположение учреждений родовспоможения должно обеспечивать круглосуточную доступность базовой неотложной акушерской помощи в течение 24 часов, а в случае необходимости оказания высокоспециализированной акушерской помощи – максимально в пределах 12 часов (UNFPA, 2004).

Система регионализации акушерской и неонатальной помощи, основанная на принципе предоставления медицинской помощи с учетом соответствующего риска для жизни и здоровья матери и ребенка, способствует повышению эффективности и экономии ресурсов за счет концентрации дорогостоящих технологий и высококвалифицированных специалистов в медицинских организациях соответствующего уровня.

Во многих государствах (Франция, Португалия, США, Новая Зеландия и др.) создана трехуровневая модель оказания перинатальной помощи: I уровень стационара для обслуживания здоровых женщин с неосложненным течением беременности, II – для беременных повышенного риска и III – для беременных высокого риска. Вместе с тем многоуровневая система оказания акушерской помощи в разных странах имеет особенности, обусловленные историческими, национальными и культурными традициями. В Нидерландах существует четкое разграничение задач и ответственности при оказании помощи первого и второго уровня. В Австралии служба родовспоможения имеет 6 уровней оказания медицинской помощи.

Особую актуальность при развитии многоуровневой системы оказания акушерской помощи имеет организация системы трансфера беременных женщин и рожениц. При этом важное значение имеет транспортная доступность акушерских стационаров высокого риска, что необходимо учитывать при организации медицинской помощи. В частности, в США из 73,6 млн. женщин репродуктивного возраста 62% (45,6 млн.) проживают в 30 минутах езды до перинатального центра (III уровень медицинской помощи) и 82% (60,0 млн.) – в 60 минутах езды (Brown S., 2012). В Великобритании доля женщин, проживающих в 30-минутной автотранспортной доступности от родильного отделения, составляет 79%, в 60-минутной доступности – 99% (Maternity services in England, 2013). В Нидерландах время в пути от дома до перинатального центра в пределах города составляет в среднем менее 15 минут, для сельской местности – более 20 минут, при этом время транспортировки до акушерского отделения более 20 минут повышает риск неблагоприятных исходов (Ravelli A., 2011). Во Франции в регионе Иль-де-Франс для 95% женщин доступность специализированной акушерской помощи III уровня не превышает 14 км,

При этом на территории Бургундии для 72% женщин это расстояние составляет более 30 км (Pilkington Н., 2010).

Исследование, проведенное в 9 европейских регионах Бельгии, Дании, Франции, Германии, Италии, Польши, Португалии и Великобритании (Pilkington Н., 2010), показало, что транспортная доступность специализированной помощи в стационарах III уровня для половины женщин обходится в пределах 9,9 км (Ile-de-France – 4,5 км, Wielkopolska – 79,9 км). Вместе с этим, 25% женского населения проживает на расстоянии 4,1 км от стационара III уровня, в то время как для других 25% населения расстояние в 7 раз больше (более 29,9 км).

При отсутствии возможности наземной транспортировки или в случаях, когда время в пути до больницы превышает 3 часа, зачастую воздушный транспорт является единственным способом медицинской эвакуации женщин из отдаленных сельских районов. Так, на территории Южной Австралии, составляющей около 600 тыс. км² с плотностью населения 0,2 человека на км², авиамаршрут может достигать от 350 до 600 км (560-965 км) (Barker С., 2013).

В Японии, имеющей дефицит учреждений III уровня, создание эффективных транспортных систем является актуальной задачей здравоохранения. Среднее время авиатранспортировки женщин к акушерскому стационару III уровня составляет 24 мин. (от 15 до 29 мин.), в то время как наземной транспортировки 125 мин. (разброс 90-180 мин) (Maga М., 2008).

Количество акушерских стационаров III группы в странах Европы существенно различается. Так, в Италии (Lazio) на 10 000 родов приходится 1 акушерский отделений III уровня, в Германии (Hesse) – 1,9, в Польше (Wielkopolska/Lubuskie) – только 0,2 (Pilkington 2010).

На протяжении последних десятилетий в странах Европы и Северной Америки реструктуризация медицинской помощи для беременных и родивших привела к снижению числа акушерских отделений (Sanquet N., 2005; Neto M., 2006). Закрытие маломощных акушерских стационаров в некоторых территориях увеличило расстояние от места жительства до родовспомогательного учреждения (Pilkington Н., 2008; de S., 2008; Neto M., 2006). Вместе с тем, соблюдение регионализации

медицинской помощи в сочетании с использованием эффективных телекоммуникационных технологий и наличие развитой транспортной системы в странах с высоким уровнем доходов не создало проблем географической доступности учреждений родовспоможения и не привело к увеличению риска неблагоприятных исходов у беременных женщин, проживающих в отдаленных от медицинских учреждений территориях.

Например, во Франции за период 1998-2003 годы закрылось около 20% акушерских отделений (с 759 до 621), среднее расстояние до ближайшего акушерского стационара увеличилось, доля женщин, проживающих на расстоянии более 30 км от родильного отделения возросла с 1,4% до 1,8%, однако доступность медицинской помощи при этом не пострадала (Pilkington H., 2008).

В России этапность оказания медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным внедрена в 1982 году приказом Министерства здравоохранения СССР от 27 октября 1982 г. № 1059 «О дальнейшем улучшении организации акушерско-гинекологической помощи женщинам, проживающим в сельской местности», которым было установлено пять этапов оказания дифференцированной амбулаторно-поликлинической и стационарной акушерско-гинекологической помощи с определением объема медицинского обследования на каждом этапе и показаний к госпитализации.

Современные подходы к организации многоуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде и созданию условий для полноценной маршрутизации беременных женщин, рожениц и новорожденных определены в приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 октября 2009 г. № 808н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи», которым впервые введено распределение акушерских стационаров на три группы по возможности оказания медицинской помощи в зависимости от коечной мощности, оснащения и кадрового обеспечения; определены показания для госпитализации беременных женщин в акушерские стационары всех групп; предусмотрена разработка и утверждение в каждом субъекте Российской Федерации листов маршрутизации женщин в случае

зникновения осложнений в период беременности, в том числе и экстрагенитальной патологии.

Дальнейшее развитие трехуровневая система оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде получила с изданием приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», которым были конкретизированы критерии распределения акушерских стационаров на три группы, введено разделение акушерских стационаров третьей группы на третью А и третью Б группы, определена важность оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, особое внимание уделено маршрутизации женщин с тяжелыми осложнениями беременности и экстрагенитальными заболеваниями.

3. Структура и эффективность работы акушерского коечного фонда

В акушерских стационарах Российской Федерации в 2013 году функционировало 73 473 акушерские койки, в том числе 37 814 коек для беременных и рожениц и 35 659 коек патологии беременности.

В последние годы отмечается сокращение коечного фонда учреждений родовспоможения. За период 2009-2013 годы число акушерских коек Российской Федерации сократилось на 7,7 % (с 79 570 в 2009 г. до 73 473 в 2013 г.), в том числе за последний год – на 3,6 %. При этом уменьшение коечного фонда произошло в основном за счет коек для беременных и рожениц, количество которых за последние 5 лет снизилось на 10,0 % (с 42 023 в 2009 г. до 37 814 в 2013 г.). Одновременно число коек патологии беременности уменьшилось на 5,0 % (с 37 547 до 35 659 соответственно).

На фоне сокращения коечного фонда важным является сохранение объема медицинской помощи женщинам в период беременности и в послеродовом периоде, в том числе за счет рационального перераспределения медицинской помощи в амбулаторные условия в условия дневных стационаров.

Показатель обеспеченности акушерскими койками в России за период 2009-2013 годы снизился с 21,2 до 20,4 на 10 000 женщин фертильного возраста, койками для беременных и рожениц – с 11,2 до 10,5, койками патологии беременности – с 10,0 до 9,9.

Субъекты Российской Федерации значительно различаются по обеспеченности акушерскими койками. Максимальные показатели отмечены в Еврейской автономной области (33,8), Камчатском крае (33,6), Республике Алтай (33,6); минимальные – в Калужской (14,5), Ленинградской (14,5), Тюменской (15,0) областях. Однако общей тенденцией является большая обеспеченность акушерскими койками в субъектах Российской Федерации с меньшей плотностью населения, что позволяет сохранить доступность акушерской помощи в отдаленных районах.

Снижение числа акушерских коек сопровождается повышением эффективности использования коечного фонда. Так, длительность пребывания женщин на койках для беременных и рожениц уменьшилась с 7,1 дня в 2009 г. до 6,2 дней в 2013 г., на койках патологии беременности – соответственно с 10,0 до 8,9 дней.

Уменьшению средней длительности пребывания на койке способствует оптимальное функционирование амбулаторного звена и полноценное развитие стационарзамещающих технологий, использование современных высокоэффективных лечебных и профилактических методик. С другой стороны, увеличивают среднюю длительность пребывания на койке возрастающее число беременных женщин с экстрагенитальной патологией, повышающийся возраст рожениц. Как правило, длительность пребывания на акушерской койке больше в регионах с низкой плотностью населения.

Анализ тенденций развития акушерского коечного фонда показывает, что для его оптимизации должны происходить разнонаправленные процессы, а именно – снижение количества акушерских коек в маломощных, плохо оснащенных медицинских организациях, где условия пребывания женщин не соответствуют современным санитарным правилам и нормам, а малое количество родов не позволяет обеспечить стационары достаточным количеством медицинских работников (дежурства на дому врачей-специалистов: акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога и неонатолога), имеющих необходимую квалификацию для оказания

медицинской помощи при возникновении urgentных ситуаций. Одновременно необходимо увеличивать количество высокотехнологичных коек для беременных женщин, рожениц и новорожденных (в перинатальных центрах), создавая четкую систему направления в акушерские стационары III группы беременных женщин и новорожденных высокого риска. При этом необходимо поддерживать баланс между доступностью для здоровых беременных базовой акушерской помощи в сельской местности и развитием дистанционных диагностических и консультативных технологий, а также транспортной инфраструктуры.

4. Организация службы родовспоможения в Российской Федерации

4.1 Система оказания акушерско-гинекологической помощи

В настоящее время система оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, а также гинекологическим больным в Российской Федерации представлена родильными домами (159), перинатальными центрами (56), женскими консультациями (1 591, из них 24 – самостоятельные), акушерско-гинекологическими кабинетами (3 373), центрами планирования семьи репродукции (240).

В ходе реализации региональных программ модернизации здравоохранения в 2011-2013 годах в субъектах Российской Федерации осуществлялась реструктуризация учреждений родовспоможения.

Таблица № 1

Распределение акушерских стационаров, акушерских коек и числа родов по группам акушерских стационаров (данные Минздрава России)

Показатели	Акушерские стационары						Всего	
	I группы		II группы		III группы		2012	2013
	2012	2013	2012	2013	2012	2013		
число акушерских стационаров	1 231	1 177	636	666	112	112	1 979	1 955
число акушерских коек	н/д	14 331	н/д	43 028	н/д	14 401	н/д	71 760

Число родов	272190	233788	1162862	1212751	425265	408229	1860317	1854768
- в том числе в сроке:								
-- 22-27 нед.	678	544	4 964	4 557	4 229	4 330	9 871	9 431
-- 28-36 нед.	14 139	9 006	56 062	55 110	34 586	36 552	104 787	100 638

За период 2012-2013 годы число акушерских стационаров сократилось с 1 979 до 1 955 (табл. № 1). В структуре учреждений родовспоможения уменьшилась доля акушерских стационаров I группы (с 62,2 % в 2012 г. до 60,2 % в 2013 г.), увеличился удельный вес акушерских стационаров II группы (с 32,1 % до 34,1 % соответственно), не изменилась доля акушерских стационаров III группы (5,7 % в 2012 г., 5,7 % в 2013 г.).

Большинство (60 %) акушерских коек развернуты в акушерских стационарах II группы. По 20% акушерского коечного фонда приходится на учреждения родовспоможения I и III групп.

Таблица № 2

Обеспеченность федеральных округов акушерскими стационарами

Федеральные округа	Число акушерских стационаров							
	I группы		II группы		III группы		Всего	
	абс. число	на 10 000 родов	абс. число	на 10 000 родов	абс. число	на 10 000 родов	абс. число	на 10 000 родов
Центральный	167	3,9	147	3,5	22	0,5	336	7,9
Северо-Западный	86	5,3	52	3,2	16	1,0	154	9,5
Южный	66	3,8	80	4,6	10	0,6	156	9,0
Северо-Кавказский	83	5,1	47	2,9	5	0,3	135	8,3
Приволжский	276	7,1	140	3,6	24	0,6	440	11,3
Уральский	100	5,6	70	3,9	10	0,6	180	10,1
Сибирский	282	10,0	86	3,1	18	0,6	386	13,7
Дальневосточный	117	13,6	44	5,1	7	0,8	168	19,5
Российская Федерация	1 177	6,3	666	3,6	112	0,6	1 955	10,5

В среднем по Российской Федерации на 10 000 родов приходится 10,5 акушерских стационаров (табл. № 2). При этом необходимо отметить, что распределение акушерских стационаров по территории Российской Федерации неравномерное. Максимальное число учреждений родовспоможения в расчете на 10 000 родов находится в Дальневосточном (19,5) и Сибирском (13,7) федеральных округах, минимальное – в Центральном (7,9) и Северо-Кавказском (8,3) федеральных округах.

Большинство учреждений родовспоможения во всех федеральных округах составляют акушерские стационары I группы, за исключением Южного федерального округа, в котором преобладают акушерские стационары II группы. Максимальная обеспеченность акушерскими стационарами I группы отмечается в Дальневосточном (13,6 на 10 000 родов) и Сибирском (10,0 на 10 000 родов) федеральных округах (табл. № 2).

Обеспеченность акушерскими стационарами III группы в среднем по России составляет 0,6 на 10 000 родов, что соответствует аналогичному показателю в Дании (Eastern) и Франции (Burgundy), но ниже, чем в Италии (Lazio) и Германии (Hesse) (Pilkington H., 2010).

Наибольшая обеспеченность акушерскими стационарами III группы отмечается в Северо-Западном (1,0 на 10 000 родов) и Дальневосточном (0,8 на 10 000 родов) федеральных округах, наименьшая – в Северо-Кавказском федеральном округе (0,3 на 10 000 родов).

Анализ распределения числа родов, принятых в учреждениях родовспоможения различного уровня (табл. № 1), свидетельствует о сокращении доли родов, принятых в акушерских стационарах (с 14,6 % в 2012 г. до 12,6 % в 2013 г.) и III (с 22,9 % до 22,0 % соответственно) группы при одновременном увеличении удельного веса родов в акушерских стационарах II группы (с 62,5 % до 65,4 %).

Важнейшим показателем, характеризующим эффективность функционирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и новорожденным, является доля преждевременных родов, принятых в акушерских стационарах III группы.

Необходимо отметить положительную тенденцию увеличения преждевременных родов, принятых в учреждениях родовспоможения II группы, в том числе в сроке 22-27 недель (с 42,8 % от общего числа родов в 22-27 недель в 2012 г. до 45,9 % в 2013 г.) и 28-36 недель (с 33,0 % от общего числа родов в сроке 28-36 недель до 36,3% соответственно) на фоне сокращения преждевременных родов в акушерских стационарах I группы: с 6,9 % до 5,8 % в сроке 22-27 недель и с 13,5 % до 8,9 % в сроке 28-36 недель.

Вместе с тем, из общего числа преждевременных родов, принятых в акушерских стационарах в 2013 году, в сроке 22-37 недель (108 782)

в перинатальных центрах принято всего 39,8 % (43 244), что меньше целевого значения данного показателя (50 %), утвержденного государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Следовательно, работа по совершенствованию маршрутизации беременных женщин и рожениц, в том числе с преждевременными родами, в субъектах Российской Федерации должна быть продолжена.

4.2 Территориальная доступность акушерских стационаров

Трехуровневая система организации медицинской помощи позволяет не только оказать максимально качественную помощь матери и ребенку, но и является ресурсосберегающей моделью за счет дифференциации нагрузки на первичные и высокотехнологичные учреждения здравоохранения.

Для обеспечения деятельности этой системы необходимо взаимодействие акушерских стационаров I и II групп с учреждением родовспоможения III группы (как правило, это перинатальный центр или областной родильный дом), включая своевременное оповещение о женщинах и новорожденных высокого риска, проведение дистанционных и очных консультаций, госпитализацию беременных женщин в учреждения соответствующего уровня. Важное значение имеет развитие транспортной инфраструктуры, включая медицинскую эвакуацию, с возможностью проведения во время транспортировки реанимационных мероприятий.

Эффективность работы всей системы на региональном уровне обеспечивается использованием электронного мониторинга, создающего возможность дистанционного и индивидуализированного контроля за состоянием здоровья и течением беременности у жительниц всего региона и своевременной их маршрутизацией в те медицинские организации, которые располагают всеми возможностями оказания им оптимальной помощи.

По оперативным данным субъектов Российской Федерации в 2013 году машинами скорой медицинской помощи (СМП) доставлены в акушерские стационары 945 749 женщин (табл. № 3). Среднее время доставки до акушерских стационаров I группы составило 33,4 мин., до акушерских стационаров II группы – 63,0 мин., III группы – 103,0 мин.

Время доставки беременных женщин и рожениц в акушерские стационары I-III групп (2013 год)

Федеральные округа	Количество беременных женщин и рожениц, доставленных машинами СМП в акушерские стационары	Среднее время доставки беременных и рожениц до акушерского стационара		
		I группы	II группы	III группы
Центральный	297 175	27,9	48,7	76,5
Северо-Западный	78 064	35,4	68,3	91,0
Южный	61 754	26,5	35,4	81,2
Северо-Кавказский	19 535	30,9	64,6	59,6
Приволжский	223 115	25,8	53,2	108,5
Уральский	64 802	47,6	83,9	95,0
Сибирский	146 964	45,9	77,4	161,3
Дальневосточный	54 340	32,1	84,7	192,3
Средневосточная федерация	945 749	33,4	63,0	103,0

Минимальное время доставки до акушерских стационаров I группы отмечено в Приволжском (25,8 мин.), Южном (26,5 мин.) и Центральном (27,9 мин.) федеральных округах, до акушерских стационаров II группы – Южном (35,4 мин.) и Центральном (48,7 мин.) федеральных округах, до учреждений родовспоможения III группы – в Северо-Кавказском федеральном округе (59,6 мин.).

Максимальное время транспортировки женщин до акушерских стационаров I группы имело место в Уральском (47,6 мин.) и Сибирском (45,9 мин.) федеральных округах, до учреждений родовспоможения II группы – в Дальневосточном (84,7 мин.) и Уральском (83,9 мин.) федеральных округах, до акушерских стационаров III группы – в Дальневосточном (192,3 мин.) и Сибирском (161,3 мин.) федеральных округах.

С целью оценки транспортной доступности учреждений родовспоможения проанализировано распределение населенных пунктов, которых проживают женщины фертильного возраста, в зависимости расстояния до акушерских стационаров I, II и III группы (табл. № 4).

Транспортная доступность акушерских стационаров

Федеральные округа	Доля (%) населенных пунктов, в которых проживают женщины фертильного возраста, расположенных на расстоянии до акушерского стационара I группы			
	20 км и менее	21-50 км	51-100 км	100 км и более
Центральный	38,5	43,6	12,8	5,1
Северо-Западный	21,7	39,0	32,3	7,0
Южный	29,7	44,4	22,3	3,6
Северо-Кавказский	50,8	42,1	6,5	0,6
Приволжский	38,8	41,4	14,2	5,6
Уральский	26,0	52,9	18,3	2,8
Сибирский	24,5	48,9	19,8	6,8
Дальневосточный	21,1	33,5	25,8	19,5
Российская Федерация	32,4	42,8	18,9	5,9
Федеральные округа	Доля (%) населенных пунктов, в которых проживают женщины фертильного возраста, расположенных на расстоянии до акушерского стационара II группы			
	20 км и менее	21-50 км	51-100 км	100 км и более
Центральный	22,1	35,5	28,5	13,9
Северо-Западный	5,9	13,3	23,3	57,5
Южный	23,8	41,8	21,6	12,8
Северо-Кавказский	25,6	48,9	16,9	8,6
Приволжский	26,1	35,7	27,4	10,8
Уральский	10,1	28,0	39,0	22,9
Сибирский	6,6	18,3	33,0	42,0
Дальневосточный	7,4	19,7	25,4	47,5
Российская Федерация	16,7	28,7	27,2	27,4
Федеральные округа	Доля (%) населенных пунктов, в которых проживают женщины фертильного возраста, расположенных на расстоянии до акушерского стационара III группы			
	20 км и менее	21-50 км	51-100 км	100 км и более
Центральный	11,7	18,0	35,7	34,6
Северо-Западный	4,2	12,3	14,8	68,7
Южный	4,3	10,5	17,7	67,5
Северо-Кавказский	7,9	58,9	25,3	7,9
Приволжский	14,0	17,2	24,2	44,6
Уральский	2,1	4,6	28,2	65,1
Сибирский	2,0	8,2	12,7	77,1
Дальневосточный	2,4	4,4	13,9	79,3
Российская Федерация	8,5	14,8	24,6	52,1

На расстоянии 100 км и более от акушерских стационаров I группы располагаются всего 5,9 % населенных пунктов в Российской Федерации. Наибольший удельный вес населенных пунктов, удаленных от учреждений родовспоможения I группы на расстояние 100 км и более (т.е. время доезда машины скорой медицинской помощи превышает 2 часа), отмечается в Дальневосточном федеральном округе (19,5 %), в то время как в остальных федеральных округах не превышает 7 %.

Акушерские стационары III группы находятся на расстоянии 50 км и более от 76,7% населенных пунктов в Российской Федерации. Большинство населенных пунктов в Дальневосточном (79,3 %), Сибирском (77,1 %), Северо-Западном (68,7 %), Южном (67,5 %) и Уральском (65,1 %) федеральных округах расположены на расстоянии более 100 км от акушерских стационаров III группы.

Из 832 населенных пунктов Российской Федерации, в которых проживают женщины фертильного возраста, транспортировка возможна только авиационным транспортом. Время транспортировки составляет от 15 мин. до 6 часов. Наибольшее число населенных пунктов, из которых женщины транспортируются санитарной авиацией, расположены в Дальневосточном (352), Северо-Западном (180), Сибирском (169) и Уральском (89) федеральных округах.

В условиях большой площади Российской Федерации и низкой плотности населения для адекватной работы трехуровневой системы необходима организация дистанционного консультирования, выездных форм оказания медицинской помощи, медицинской эвакуации.

С этой целью в течение 2011-2013 гг. в рамках программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации было создано 39 акушерских дистанционных консультативных центров. В результате в настоящее время в 74 субъектах Российской Федерации функционирует 105 акушерских дистанционных консультативных центров со 121 выездной акушерской анестезиолого-реанимационной бригадой. Число женщин, проконсультированных сотрудниками акушерских дистанционных консультативных центров, увеличилось с 67,1 тыс. в 2010 году до 147,5 тыс. в 2013 году; количество женщин, транспортированных выездными

акушерскими анестезиолого-реанимационными бригадами, возросло соответственно с 7 153 до 13 251.

5. Финансовое обеспечение медицинской помощи женщинам и новорожденным в акушерских стационарах

Оказание высококвалифицированной медицинской помощи в акушерских стационарах высокого риска наиболее тяжелым контингентам беременных женщин, рожениц и новорожденных требует адекватного финансового обеспечения. С этой целью проанализированы оперативные данные субъектов Российской Федерации о финансовом обеспечении оказанной медицинской помощи (законченный случай лечения) в акушерских стационарах I, II и III групп за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) в 2013 году (табл. № 5).

Таблица № 5

Финансовое обеспечение медицинской помощи за счет средств ОМС в акушерских стационарах I, II и III групп, 2013 г. (без учета районного коэффициента)

Федеральные округа	Средняя стоимость законченного случая лечения (руб.)					
	по профилю коек патологии беременности			по профилю коек для беременных и рожениц (включая финансовое обеспечение медицинской помощи новорожденным)		
	I группа	II группа	III группа	I группа	II группа	III группа
Центральный	12 808,10	15 306,85	18 579,67	10 907,93	16 221,51	23 090,86
Северо-Западный	12 131,25	15 861,90	20 113,69	12 408,65	16 384,03	21 176,66
Южный	13 995,20	16 681,30	22 718,40	9 073,65	12 025,19	17 920,57
Северо-Кавказский	14 068,20	15 504,80	16 573,26	11 567,65	13 877,90	14 112,96
Приволжский	14 503,50	17 072,15	21 546,50	9 983,50	14 548,10	19 160,67
Уральский	15 765,45	17 596,85	24 012,30	12 390,40	16 981,15	23 097,00
Сибирский	12 360,65	14 442,45	18 032,40	11 218,85	12 136,75	24 343,80
Дальневосточный	15 454,80	19 853,30	19 948,80	13 096,60	16 006,30	18 751,85
Российская Федерация	13 790,26	15 861,90	19 823,54	11 448,20	15 389,50	21 358,70

Размер тарифа (без учета районных коэффициентов) на оказание медицинской помощи в отделениях патологии беременности акушерских стационаров I группы колебался от 12 131,25 руб. в Северо-Западном федеральном округе до 15 765,45 руб. в Уральском федеральном округе, акушерских стационаров II группы – от 14 442,45 руб. в Сибирском федеральном округе до 19 853,30 руб. в Дальневосточном федеральном

округе, стационаров III группы – от 16 573,26 руб. в Северо-Кавказском федеральном округе до 24 012,30 руб. в Уральском федеральном округе и в среднем по Российской Федерации в стационарах I, II и III группы составил соответственно 13 790,26 руб., 15 861,90 руб. и 19 823,54 руб.

Наименьшая стоимость законченного случая лечения в родильных отделениях (по профилю коек для беременных и рожениц) в акушерских стационарах I и II группы отмечена в Южном федеральном округе (9 073,65 и 12 025,19 руб. соответственно), III группы – в Северо-Кавказском федеральном округе (14 112,96 руб.); наибольшая – в Дальневосточном (13 096,60 руб. в стационарах I группы), Уральском (16 981,15 руб. в стационарах III группы) и Сибирском (24 343,80 руб. в стационарах III группы) федеральных округах. Средняя стоимость законченного случая лечения по профилю коек для беременных и рожениц в Российской Федерации в стационарах I, II и III группы составила соответственно 11 448,20 руб., 15 389,50 руб. и 21 358,70 руб.

Стоимость законченного случая лечения во всех федеральных округах в акушерских стационарах III группы превышала стоимость лечения в стационарах II группы, а в стационарах II группы была выше, чем в стационарах I группы. Наибольшие различия тарифов на оказание медицинской помощи в отделениях патологии беременности между акушерскими стационарами I и III группы отмечены в Северо-Западном (в 1,7 раза) и Южном (в 1,6 раза) федеральных округах, по профилю коек для беременных и рожениц – в Сибирском (в 2,2 раза) и Центральном (в 2,1 раза) федеральных округах.

Детальный анализ стоимости медицинских услуг и тарифов ОМС по отдельным видам нозологических форм в 22 перинатальных центрах, построенных в 2008-2012 годах в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» (по данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования), показал следующее (табл. № 6).

Таблица № 6
Сведения о стоимости медицинских услуг и тарифах в перинатальных центрах, построенных в рамках приоритетного национального проекта "Здоровье" (без учета коэффициента)

Наименование субъекта Российской Федерации	Наименование перинатального центра	Стоимость единицы объема медицинской помощи, рублей													
		Отказ, протекание, госпитализация, реанимация		Другие осложнения, связанные с беременностью		Родоразрешение		Кожные отечные		Осложнения, связанные с послеродовым периодом		Малая масса тела при рождении, неполноценность		Крайне малая масса тела при рождении, крайняя неполноценность	
		2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Республика Мордовия	ГБУЗ РМ "Мордовский республиканский клинический перинатальный центр"	13 780,7	20 435,9	13 780,7	23 012,2	18 050,4	17 209,2	24 692,2	19 145,2	7 149,8	19 575,4	40 346,8	60 662,3	40 346,8	175 318,2
Самарская область	ГБУЗ "Самарский областной перинатальный центр"	10 719,0	17 145,9	11 105,5	20 425,4	9 784,2	16 454,4	11 535,8	18 380,6	8 730,2	17 184,4	41 114,4	60 387,2	39 156,5	333 095,6
Среднеохотский край	ГБУЗ "Детская клиника клинической больницы" МЗ Краснодарского края (перинатальный центр)	24 528,2	28 817,8	17 560,5	32 437,9	16 887,9	22 033,2	31 987,1	40 866,6	18 892,3	27 604,4	34 254,4	72 437,0	516 093,3	533 302,2
Сургутский край	КГБУЗ "Красноярский крайской клинической центр охраны материнства и детства"	25 972,7	33 116,3	21 827,3	19 758,4	24 240,0	27 023,9	42 139,4	44 853,5	46 512,4	50 609,6	59 219,9	73 266,4	155 094,5	175 044,4
Тверская область	ГБУЗ Перинатального центра "Южная "Жизнь Почты" "Перинатальная клиника больницы"	41 966,5	45 623,0	49 419,7	46 112,8	40 271,4	42 143,3	48 911,6	46 151,7	44 200,4	40 271,6	32 643,5	156 270,5	188 528,7	174 304,4
Умарская область	Областной перинатальный центр ГБУЗ АО "Амурская областная клиника больницы"	16 436,4	17 258,0	16 436,4	17 258,0	16 436,4	17 258,0	16 436,4	17 258,0	16 436,4	17 258,0	75 828,4	181 671,9	75 828,4	181 671,9
Удмуртская область	ГБУЗ "Удмуртский областной клинический перинатальный центр № 2"	14 532,5	21 289,8	13 873,0	24 691,1	15 506,9	20 000,7	17 922,0	25 809,0	11 909,9	18 468,7	62 843,1	97 824,1	116 633,6	272 072,9
Челябинская область	Перинатальный центр ГБУЗ ЮО "Южноуральская областная клиника больницы №1"	17 838,1	21 783,4	31 126,9	36 708,1	12 392,7	15 876,9	15 257,5	19 324,3	18 315,7	19 682,9	0,0	330 130,0	0,0	330 130,0
Чувашская область	ГБУЗ Иркутская ордина "Жизнь Почты" областная клиника больницы	30 284,5	31 211,5	14 524,1	14 833,3	16 537,2	16 951,6	46 943,3	48 082,5	32 599,5	33 034,5	179 452,7	184 221,2	197 764,3	205 088,6
Чувашская область	ГБУЗ "Чувашский областной клинический перинатальный центр"	13 982,6	13 770,0	23 714,0	26 243,0	13 096,4	14 190,6	16 983,8	18 297,2	16 997,8	19 240,9	34 481,3	35 691,7	84 054,3	10 508,7
Чувашская область	ГБУЗ КО "Областной клинический перинатальный центр имени Л.А. Решетовой"	16 556,3	19 182,7	18 647,6	21 605,8	19 344,7	24 230,8	23 266,0	26 956,7	15 819,2	18 375,0	172 994,2	200 436,9	437 469,9	506 867,3
Чувашская область	КОГБУЗ "Чувашский областной клинический перинатальный центр"	20 777,4	20 907,5	24 346,8	23 105,7	17 636,7	15 984,7	22 366,2	19 915,4	22 278,6	19 312,2	71 318,6	77 564,1	190 497,0	181 530,6
Чувашская область	ГБУ "Чувашский областной перинатальный центр"	18 760,9	18 671,3	21 608,3	21 515,7	11 807,0	14 794,3	20 751,3	18 377,4	24 932,2	20 488,7	129 120,9	61 527,0	189 593,0	174 607,8
Чувашская область	ОБУЗ "Областной перинатальный центр"	18 617,5	30 635,9	17 955,8	34 550,7	15 704,9	25 832,3	24 603,8	28 738,4	21 396,0	29 384,2	107 052,4	91 058,9	299 984,4	263 106,6
Чувашская область	ГБУЗ "Чувашский областной перинатальный центр"	33 652,8	33 115,8	37 754,7	37 846,6	28 331,0	28 384,9	37 774,7	37 046,6	14 340,4	14 403,3	52 768,6	52 903,7	118 729,4	119 033,4
Чувашская область	ГБУ Ротонской области "Перинатальный центр"	34 030,3	38 352,9	31 184,4	35 196,8	30 288,7	30 925,3	42 404,2	43 395,1	39 375,3	40 302,6	205 049,8	208 188,9	390 094,8	396 068,3
Чувашская область	ГБУ РО "Областной клинический перинатальный центр"	34 988,5	47 410,9	41 187,9	55 811,4	53 452,8	62 183,6	66 844,2	77 762,2	41 798,0	51 965,3	368 054,9	355 096,9	723 418,2	697 949,0
Чувашская область	Перинатальный центр Саратовской области	15 553,8	21 037,3	15 553,8	21 233,3	14 431,6	15 812,6	15 553,8	17 415,9	9 871,4	14 890,9	41 786,3	66 238,7	70 991,5	194 422,7
Чувашская область	Областной перинатальный центр ГБУЗ СО "Областная детская клиника больницы № 1"	15 084,3	24 457,8	28 713,0	27 296,9	18 911,4	22 608,1	26 529,7	30 437,8	70 686,7	34 038,0	74 339,0	82 065,3	168 749,8	159 573,4
Чувашская область	ГБУЗ Тетюшевской области "Областной клинический перинатальный центр им. Е.И. Якушиной"	25 049,0	25 128,0	32 051,0	32 323,0	28 683,0	30 253,0	30 788,0	31 319,0	24 302,0	26 828,0	132 703,0	154 861,0	195 347,0	277 890,0
Чувашская область	ОГБУЗ "Областной перинатальный центр"	16 016,1	29 027,7	18 039,2	22 557,5	12 475,7	16 865,4	15 004,6	18 762,8	15 141,7	19 184,4	213 941,5	267 527,9	217 094,2	271 470,2
Чувашская область	ГБУЗ РО "Областной перинатальный центр"	32 545,0	35 800,0	20 427,0	22 470,0	13 636,0	15 000,0	32 364,0	35 600,0	25 969,0	28 500,0	144 545,0	159 000,0	263 754,0	290 129,0

Размер тарифа ОМС (без учета районного коэффициента) на оказание медицинской помощи женщинам с отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами в период беременности, в родах и после родов в 2013 году был минимальным в ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр» (10 719,0 руб.), максимальным – в ГБУЗ Пермского края «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» (41 966,5 руб.) и в среднем по 22 перинатальным центрам составил 22 320,8 руб.

В 2014 году средний размер тарифа увеличился до 26 983,4 руб. (на 20,9%). При этом значительные различия между тарифами в отдельных перинатальных центрах сохранились. Стоимость лечения женщин с отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами в ГБУ Рязанской области «Областной клинический перинатальный центр» (47 410,9 руб.) в 3,4 раза превышала стоимость лечения в ГАУ Калининградской области «Региональный перинатальный центр» (13 770,0 руб.).

Средний по 22 перинатальным центрам размер стоимости медицинских услуг по родоразрешению увеличился с 20 348,5 руб. в 2013 году до 23 289,6 руб. в 2014 году (на 14,4%) и различался в перинатальных центрах в 2013 году в 5,7 раза (от 9 384,2 руб. в Забайкальском крае до 53 452,8 руб. в Рязанской области), в 2014 году – в 4,4 раза (от 14 190,6 руб. в Калининградской области до 62 183,6 руб. в Рязанской области).

Средний размер тарифа на оплату кесарева сечения превышал стоимость медицинских услуг по родоразрешению на 40,8% в 2013 году и на 33,7% в 2014 году и увеличился с 28 647,0 руб. в 2013 году до 31 128,9 руб. в 2014 году. Максимальный размер тарифа отмечен в Рязанской области (66 844,2 руб. в 2013 году и 77 762,2 руб. в 2014 году), минимальный – в Забайкальском крае (11 535,8 руб. в 2013 году) и областном перинатальном центре ГБУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» (17 258,0 руб.). Таким образом, различия между тарифами на оплату кесарева сечения составили в 2013 году 5,8 раза, в 2014 году – 4,5 раза.

Еще большие различия отмечаются при оплате оказанной медицинской помощи новорожденным. Например, стоимость законченного случая лечения

недоношенного новорожденного с малой массой тела при рождении в перинатальных центрах отличалась в 2013 году в 10,7 раза (от 34 254,4 руб. в перинатальном центре ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края до 368 054,9 руб. в ГБУ Рязанской области «Областной клинический перинатальный центр»), в 2014 году – в 9,9 раза (от 35 691,7 руб. в ГАУ Калининградской области «Региональный перинатальный центр» до 355 096,9 руб. в ГБУ Рязанской области «Областной клинический перинатальный центр»). Средний размер тарифа составил 107 639,0 руб. в 2013 году и 137 680,6 руб. в 2014 году (рост на 27,9%).

Указанные различия стоимости медицинских услуг в перинатальных центрах требуют детального финансово-экономического анализа с выработкой унифицированных подходов к расчетам и формированию тарифов в субъектах Российской Федерации.

6. Заключение

Таким образом, в последние годы в Российской Федерации создается и расширяется новая модель интегрированной перинатальной помощи, объединяющая в единую сеть акушерские стационары всех уровней, соединенную системой телекоммуникаций, использующую единые организационные подходы, имеющую круглосуточные акушерские и неонатологические реанимационные выездные бригады. При этом головную и организующую функцию выполняют региональные акушерские стационары III группы и учреждения родовспоможения федерального уровня.

Территориальные модели оказания акушерской и неонатологической помощи имеют определенные отличия.

При низкой плотности населения должна быть обеспечена широкая сеть фельдшерско-акушерских пунктов, акушерских стационаров I группы. Особое значение в этих условиях имеет обеспечение взаимосвязи с акушерскими стационарами более высокого уровня как посредством интернет-коммуникаций, телемедицины, мониторинга качества наблюдения за беременными путем внедрения электронных медицинских карт, так и на основе улучшения транспортной доступности в стандартных

(социальный автобус, мобильные кабинеты врача и т.п.) и в urgentных (доступность санитарного авто- и авиатранспорта, оснащенного реанимационными модулями) ситуациях.

При высокой плотности населения, в компактных территориях с хорошо развитой инфраструктурой оправдывает себя модель, содержащая акушерские стационары только II и III групп. Такая структура перинатальной помощи функционирует, например, в Чувашской Республике, Краснодарском крае, г. Санкт-Петербурге и г. Москве.

В целях совершенствования трехуровневой модели оказания перинатальной помощи необходимо укрепление взаимодействия первичного звена здравоохранения с медицинскими организациями акушерского профиля II и III группы, повышение квалификации медицинских работников (акушеров-гинекологов, неонатологов и анестезиологов-реаниматологов). При этом необходимо активно использовать развивающееся симуляционно-тренинговое обучение, клинический аудит случаев материнской смерти и тяжелых акушерских осложнений на основании клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Учитывая основополагающую роль перинатальных центров в создании и функционировании трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным, утверждена Программа развития перинатальных центров в Российской Федерации, которой предусмотрено продолжение создания современных перинатальных центров в стране. В рамках указанной программы в 2013-2016 годах запланировано строительство 32 перинатальных центров в 30 субъектах Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров осуществляется за счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования (52 655 701,6 тыс. рублей) и средств бюджетов субъектов Российской Федерации, включенных в Программу (23 090 068,6 тыс. рублей).

Ввод в эксплуатацию перинатальных центров необходимо завершить до декабря 2016 года.

Реализация Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации позволит снизить показатели материнской, младенческой, ранней неонатальной смертности, повысить качество медицинской помощи женщинам с преждевременными родами, увеличить выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела.

Дальнейшее развитие сети перинатальных центров в Российской Федерации позволит в полном объеме сформировать трехуровневую систему перинатальной помощи во всех субъектах Российской Федерации, обеспечивающую оптимальную маршрутизацию беременных женщин, и имеющую чрезвычайно важное значение для организации доступной медицинской помощи матерям и новорожденным.

Библиографический указатель

1. Chalmers B., Mangiaterra V., Porter R. WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. BIRTH. 2001; 202-7.
2. UNFPA. Programme Manager's Planning Monitoring and Evaluation Toolkit. New York; 2004.
3. Brown S., Richards M., Rayburn W. Geographical information systems (GIS) mapping indicates access to tertiary care perinatal centers. Am. J. Obstet. Gynecol. 2012; 206: S304.
4. Maternity services in England. Report by the Comptroller and Auditor General. November 2013; 47 p.
5. Ravelli AC, Jager KJ, de Groot MH, Erwich JJ, Rijninks-van Driel GC, Tromp M, Eskes M., Abu-Hanna A., Mol. BW. Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. BJOG. 2011;118(4): 457-65.
6. Pilkington H, Blondel B, Papiernik E, Cuttini M, Charreire H, Maier RF, et al. Distribution of maternity units and spatial access to specialised care for women delivering before 32 weeks of gestation in Europe. Health Place. 2010 May; 16(3): 531-8.
7. Barker CL, Costello C, Clark PT. Obstetric air medical retrievals in the Australian outback. Air Med J. 2013; 32(6): 329-33.
8. Ohara M, Shimizu Y, Satoh H, Kasai T, Takano S, Fujiwara R, et al. Safety and usefulness of emergency maternal transport using helicopter. J Obstet Gynaecol Res. 2008; 34(2): 189-94.
9. Bosanquet N, Ferry J, Lees C, Thornton J. Maternity services in the NHS. London; 2005 p. 35.
10. Neto MT. Perinatal care in Portugal: effects of 15 years of a regionalized system. Acta Paediatr. 2006; 95 (11): 1349-52.
11. Pilkington H, Blondel B, Carayol M, Breart G, Zeitlin J. Impact of maternity unit closures on access to obstetrical care: the French experience between 1998 and 2003. Soc Sci Med. 2008 Nov; 67(10): 1521-9.
12. Wrede S, Benoit C, Einarsdottir T. Equity and dignity in maternity care provision in Canada, Finland and Iceland. Can J Public Heal. 2008; 99: 16-21.