

УТВЕРЖДЕН
президиумом Совета
при Президенте Российской Федерации
по стратегическому развитию
и приоритетным проектам
(протокол от 25 октября 2016 г. № 9)

П А С П О Р Т

приоритетного проекта "Совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов, предусматривающее, в том числе развитие сети перинатальных центров в Российской Федерации"

1. Основные положения

Наименование направления	Здравоохранение		
Краткое наименование проекта	Технологии и комфорт - матерям и детям	Срок начала и окончания проекта	25.10.2016 - 31.12.2018
Куратор	О.Ю.Голодец, Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации		
Старшее должностное лицо (СДЛ)*			
Функциональный заказчик	Скворцова В.И., Министр здравоохранения Российской Федерации		

Руководитель проекта	Яковлева Т.В., заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации
Ключевые участники проекта	Минздрав России, ФФОМС, Госкорпорация "Ростех", высшие органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

* необязательная позиция, назначается по решению президиума Совета

2. Содержание приоритетного проекта

Цель проекта	Снижение в 2018 году показателя младенческой смертности в Российской Федерации до 5,8 на 1000 родившихся живыми путем создания трехуровневой системы организации медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным.						
	Показатель	Тип показателя	Базовое значение	Период, год			
				2017	2018	2019	2025
	Число перинатальных центров третьей группы	основной	69*	94	94	94	94
Снижение показателя младенческой смертности (на 1000 родившихся живыми)	основной	6,5	6,1	5,8	5,5	5,2	
<hr/> <p>* 62 функционирующих перинатальных центра согласно данным субъектов и 7 перинатальных центров, открытых в 2016 году.</p>							
Результаты проекта	<p>В 2018 году будет завершено формирование трехуровневой системы оказания медицинской помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Построены и начали прием пациентов 25 перинатальных центров: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. получено разрешение на ввод в эксплуатацию; 1.2. укомплектованы квалифицированными кадрами; 						

	<p>1.3. получена лицензия на осуществление медицинской деятельности;</p> <p>1.4. начат прием больных.</p> <p>2. Завершено формирование трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным:</p> <p>2.1 перинатальные центры функционируют;</p> <p>2.2 органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации подписаны приказы о маршрутизации (направлении) здоровых беременных в стационары первой группы; беременных среднего риска в стационары второй группы и беременных высокого риска в стационары третьей группы (перинатальные центры), что будет являться индикатором сформированной трехуровневой системы. Критерии отнесения акушерских стационаров к первой, второй и третьей группам приведены в приказе Минздрава России от 1 ноября 2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)";</p> <p>2.3 организовано взаимодействие между перинатальными центрами и акушерскими стационарами 2-го и 1-го уровней субъектов Российской Федерации, в том числе с использованием дистанционных технологий консультирования и телемедицины;</p> <p>2.4 организовано взаимодействие с соседними субъектами Российской Федерации, не имеющими перинатальных центров.</p>
<p>Описание модели функционирования результатов проекта</p>	<p>Завершение формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным путем проведения следующих мероприятий:</p> <p>обеспечение доступности для здоровых беременных акушерских стационаров первой группы; для беременных среднего риска - акушерских стационаров второй группы; для беременных высокого риска - стационаров третьей группы, а именно - перинатальных центров. Критерии отнесения акушерских стационаров к первой, второй и третьей группам приведены в приказе Минздрава России от 1 ноября 2012 г. № 572н.</p>

	<p>Трехуровневая система позволит: оперативно распределять потоки беременных, поступающих как в плановом, так и в экстренном порядке; обеспечивать пациенток, в том числе, проживающих в сельской местности и отдаленных районах, имеющих показания, медицинской помощью в условиях трехуровневой системы в перинатальных центрах; обеспечить взаимодействие и формирование обратной связи между перинатальными центрами и акушерскими стационарами региона, в том числе расположенными в сельских и отдаленных районах, с использованием дистанционных технологий консультирования; осуществлять мониторинг специалистами перинатальных центров состояния здоровья беременных, состоящих на учете в женских консультациях с использованием телекоммуникационных технологий.</p>
--	--

3. Этапы и контрольные точки

№ п/п	Наименование	Тип (завершение этапа/контрольная точка)	Срок
1.	Проект инициирован (паспорт проекта утвержден)	Контрольная точка	25 октября 2016 г.
2.	Утвержден сводный план	Контрольная точка	26 декабря 2016 г.
3.	Начат прием пациентов в 8 перинатальных центрах (Оренбургская обл., Ставропольский край, Республика Башкортостан, Республика Дагестан, Алтайский край, Кабардино-Балкарская Республика, Красноярский край (Ачинск), Брянская обл.)	Контрольная точка	31 декабря 2016 г.

№ п/п	Наименование	Тип (завершение этапа/контрольная точка)	Срок
4.	Начат прием пациентов в 5 перинатальных центрах (Республика Хакасия, Ульяновская обл., Республика Ингушетия, Сахалинская обл., Пензенская обл.)	Контрольная точка	31 марта 2017 г.
5.	Начат прием пациентов в 4 перинатальных центрах (Псковская обл., Краснодарский край, Московская обл. (Наро-Фоминск, Коломна)	Контрольная точка	30 июня 2017 г.
6.	Начат прием пациентов в 3 перинатальных центрах (Архангельская обл., Республика Бурятия, Смоленская обл.)	Контрольная точка	30 сентября 2017 г.
7.	Открыто 2 обучающих симуляционных центра для медицинских работников	Контрольная точка	15 ноября 2017 г.
8.	Начат прием пациентов в 5 перинатальных центрах (Ленинградская обл., Республика Саха (Якутия), Тамбовская обл., Красноярский край (Норильск), Республика Карелия)	Завершение этапа	31 декабря 2017 г.
9.	Снижение показателя младенческой смертности до 6,1 на 1000 родившихся живыми	Контрольная точка	31 декабря 2017 г.
10.	Снижение показателя младенческой смертности за январь-июнь 2018 г. до 5,9 на 1000 родившихся живыми	Контрольная точка	31 июля 2018 г.

№ п/п	Наименование	Тип (завершение этапа/контрольная точка)	Срок
11.	Снижение показателя младенческой смертности до 5,8 на 1000 родившихся живыми	Контрольная точка	31 декабря 2018 г.
12.	Открыто 2 обучающих симуляционных центра для медицинских работников	Контрольная точка	15 ноября 2018 г.
13.	Проект завершен	Завершение этапа	31 декабря 2018 г.

4. Бюджет приоритетного проекта

Источники финансирования	Год реализации			Всего
	2017	2018		
Бюджетные источники, млн. руб.	Федеральные Субъектов Российской Федерации	24678,48		24678,48
	Местные			
Средства ФФОМС, млн руб.		44427,782		44427,782
ИТОГО		69106,262		69106,262

* указывается год получения стратегических результатов проекта

5. Описание приоритетного проекта

Связь с государственными программами Российской Федерации	Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения", утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294, Программа развития перинатальных центров в Российской Федерации, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 9 декабря 2013 г. № 2302-р.
Формальные основания для инициации	Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 "О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения". Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".
Ключевые риски и возможности	<p>1. При возникновении дефицита программ госгарантий в субъектах Российской Федерации может снизиться доступность лекарственных препаратов и расходных материалов (с целью предотвращения возможно повышение тарифов обязательного медицинского страхования на медицинскую помощь, оказываемую новорожденным и женщинам в период беременности и после родов).</p> <p>2. Снижение рождаемости может повысить показатель младенческой смертности, поскольку расчет производится на 1000 родившихся живыми (с целью предотвращения необходимо усиление социальной поддержки семьи, повышение доступности ЭКО при бесплодии для повышения рождаемости).</p>
Дополнительная информация	<p>На уровень младенческой смертности влияет наличие социально дезадаптированных граждан и семей, в проект работа с данной группой населения не входит, так как выполняется в рамках операционной деятельности.</p> <p>Достижение цели проекта зависит от успешности реализации проектов "Обеспечение своевременности оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации" и "Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий".</p>