



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(Минздравсоцразвития России)

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

30.05.2011 № 15-4/1672-07

На № _____ от _____

Для сведения. Мам

Руководителям органов управления
здравоохранением субъектов
Российской Федерации

Директорам профильных
научно-исследовательских
институтов

Департамент развития медицинской помощи детям и службы
родовспоможения направляет для использования в работе методическое
письмо «Модель межтерриториального акушерского консультативного
центра как основа обеспечения регионализации медицинской помощи
беременным, роженицам и родильницам».

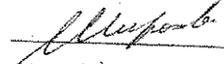
Приложение: на 43 л. в 1 экз.

Директор Департамента

В.И. Широкова

6хл 530
11.06.11

УТВЕРЖДАЮ
Директор Департамента
развития медицинской помощи детям
и службы родовспоможения
Минздравсоцразвития России


В.И. Широкова
№ 15-4/1672-07 от 30.05.2011 г.

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПИСЬМО

Модель межтерриториального акушерского консультативного центра как основа обеспечения регионализации медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам

Методическое письмо по улучшению качества медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам основано на использовании организационно-функциональной модели межтерриториального акушерского консультативного центра для обеспечения управления регионализацией родоразрешения женщины в условиях территориального объединения любого уровня (субъекта федерации как административно-территориального объединения районов или областей, системокомплекса как функционально-территориального объединения Федерального учреждения и закрепленных за ним субъектов федерации и др.).

Предложенная организационно - функциональная модель межтерриториального акушерского консультативного центра как основа управления регионализацией родоразрешения женщин включает обязательное формирование двух организационных структур: планового и экстренного межтерриториального акушерского консультирования, технологически связанных друг с другом разработанным межтерриториальным информационным обеспечением, маршрутизацией беременных женщин с учетом риска и реализации права на свободный выбор акушерского стационара, мониторингом экспертизы качества и эффективности управления регионализацией оказания перинатальной помощи.

Методическое письмо предназначено для врачей акушеров-гинекологов, руководителей ЛПУ и служб родовспоможения, организаторов здравоохранения.

Рекомендуемый уровень внедрения – федеральный.

Разработчик: Федеральное государственное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития России.

Авторы: д.м.н. Малышкина А.И., д.м.н., проф. Васильева Т.П., к.м.н. Песикин О.Н., д.м.н. Панова И.А., д.м.н. Чумаков А.С., к.м.н. Филькина Е.В.

Введение

Использование дистанционного консультирования в решении вопросов улучшения качества медицинской помощи активно развивается в Российской Федерации в последние годы [1, 2, 4].

О значении этой проблемы в службе родовспоможения свидетельствует включение дистанционного акушерского консультирования в новый Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи, принятый в Российской Федерации с 2009 года [5]. В то же время необходимо отметить, что проблема внедрения дистанционной акушерской консультативной помощи затрудняется в связи с отсутствием методических основ и механизмов реализации данной организационной формы.

Создание Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации системы курации акушерско-гинекологической службы субъектов Российской Федерации Федеральными институтами акушерско-гинекологического и педиатрического профиля обеспечило вхождение субъектов Российской Федерации в функционально-территориальные объединения (системокомплексы служб родовспоможения), состоящие из Федерального учреждения-куратора и субъектов, закрепленных за ним [6]. Это обеспечило основу регионализации перинатальной помощи не только в рамках отдельных субъектов, но и в пределах созданных системокомплексов.

Наличие территориальных объединений определило необходимость соответствующего построения системы межтерриториального акушерского консультирования. С этой целью в ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития России разработана и апробирована организационно-функциональная модель работы межтерриториального акушерского консультативного центра для обеспечения управления регионализацией перинатальной и акушерской помощи женщинам, принципиальные положения которой могут быть реализованы в пределах территориальных объединений разного уровня.

Новизна технологии «Модель межтерриториального акушерского консультативного центра как основы обеспечения регионализации медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» заключается в том, что впервые для управления регионализацией в условиях территориального объединения и обеспечения родоразрешения женщин в акушерских стационарах соответствующего уровня предложена организационно-функциональная модель межтерриториального акушерского консультирования, включающая:

- новые организационные структуры для планового и экстренного консультирования, в том числе дистанционного и очного;
- технологию информационного обеспечения взаимодействия для достижения необходимой межтерриториальной маршрутизации беременных соответственно риску с преимущественно плановой

транспортировкой;

- технологию организации межтерриториального акушерского экстренного и планового консультирования в их взаимосвязи;
- технологию дистанционного контроля эффективности использования межтерриториального акушерского консультирования в обеспечении регионализации родоразрешения женщин.

Показания для использования новой организационной технологии

Технология применяется у женщин во время беременности, родов и послеродовом периоде.

Противопоказаний к использованию новой организационной технологии – нет.

Материально-техническое обеспечение новой организационной технологии.

Организационные условия применения новой медицинской технологии предусматривают наличие:

А) в головном родовспомогательном учреждении системокомплекса:

1. Специального помещения для работы специалистов межтерриториального консультативного акушерского центра с территориями, входящими в системокомплекс.
2. Телефонной связи.
3. Базового компьютера и компьютерной связи для ведения баз данных.
4. Телемедицинской связи для телеконсультаций.
5. Реанимобиля с оснащением, соответствующим приложению № 14 приказа Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 г. № 808н.
6. Института кураторов субъектов Российской Федерации, входящих в объединение, - специалистов головного родовспомогательного Учреждения-куратора.
7. Выездной бригады в составе: врача акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, трансфузиолога.
8. Автотранспорта для выезда кураторов в территории.

Б) в учреждении родовспоможения в субъекте Российской Федерации:

1. Телефонной связи.
2. Телемедицинской связи.
3. Базового компьютера и компьютерной связи.

Наиболее целесообразно использование предложенной технологии в условиях проведенной регионализации перинатальной помощи в субъектах, разработки листов маршрутизации оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, закрепленных приказом органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации «О территориальном порядке оказания акушерско-гинекологической помощи».

Основу регионализации перинатальной помощи должны составлять критерии, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 2

октября 2009 г. № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи», что отражает таблица 1.

Таблица 1

Регионализация перинатальной помощи по уровням акушерских стационаров

Критерии	Акушерский стационар I уровня <500	Акушерский стационар II уровня 500-1500	Акушерский стационар III уровня > 1500
Количество родов в год	отсутствует	имеется	имеется
Круглосуточное пребывание врача акушера-гинеколога	отсутствует	имеется	имеется
Отделение реанимации для женщин и новорожденных (или палата интенсивной терапии)	отсутствует	отсутствует	имеется
Отделение патологии новорожденных	отсутствует	отсутствует	имеется
Принадлежность учреждения	муниципальное	муниципальное	государственное (областное, краевое, республиканское, федеральное)
Самостоятельность	в составе больничных учреждений	в составе больничных учреждений (или самостоятельные или профилизованные по видам патологии родильные дома, или межрайонные перинатальные центры)	в составе больничных учреждений (или самостоятельные)

Основу маршрутизации беременных, рожениц и родильниц для родоразрешения в акушерских стационарах, разделенных на три уровня, также составляют критерии, утвержденные приказом Минздравсоцразвития

России от 2 октября 2009 г. № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи».

Для формирования территориального порядка оказания акушерско-гинекологической помощи необходимо провести паспортизацию учреждений родовспоможения с определением уровня акушерского стационара.

Описание новой организационной технологии

Предлагаемая организационная технология предназначена для своевременного выявления беременных женщин, нуждающихся в родоразрешении в акушерском стационаре третьего уровня, а также беременных, рожениц и родильниц, нуждающихся в экстренной помощи, и обеспечения выполнения этой потребности.

Реализация задачи с использованием данной технологии повышает оперативность оказания межтерриториального акушерского консультирования женщин и улучшает управление регионализацией помощи.

Описание организационного, информационного и технологического обеспечения представлено применительно к территориальному объединению, сформированному из числа субъектов Российской Федерации, прикрепленных для курации к профильному Учреждению-куратору. Хотя все положения и подходы могут быть реализованы на уровне, как уже было сказано выше, любого территориального объединения (например, отдельного субъекта Российской Федерации, которое представляет объединение отдельных административных районов).

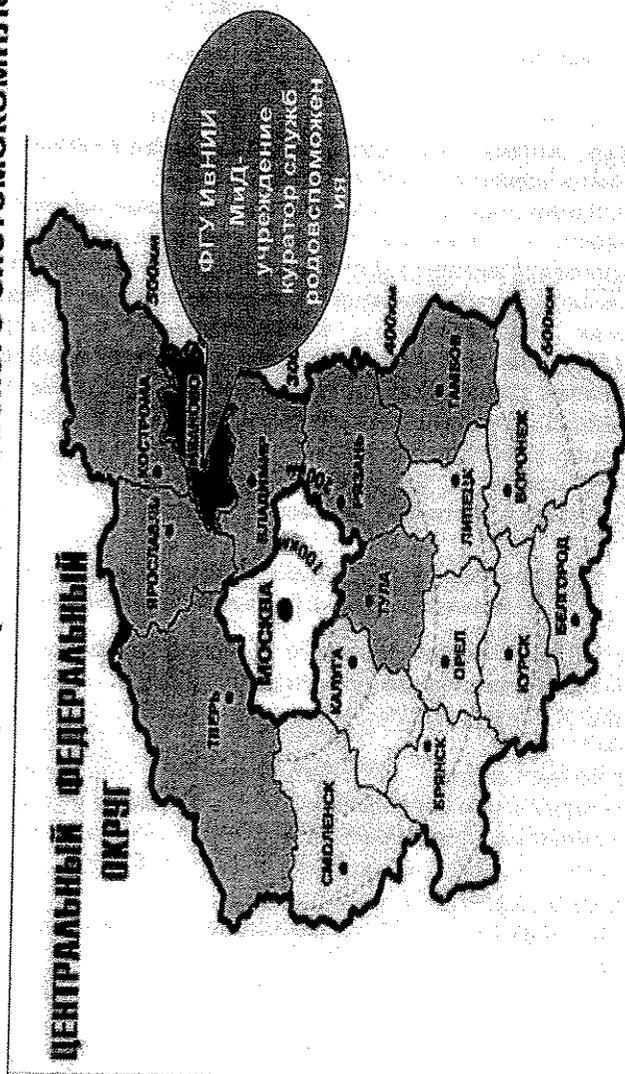
Организационное обеспечение модели межтерриториального акушерского консультативного центра

Структура территориального системокомплекса, образованного службами родовспоможения входящих в комплекс субъектов Российской Федерации и Федерального учреждения-куратора, имеет следующий вид (схема 1).

Организационное обеспечение внедрения модели межтерриториального акушерского консультирования в условиях отдельного системокомплекса, включающего субъекты Российской Федерации и Федеральное учреждение-куратора этих субъектов, предусматривает создание новых организационных структур:

1. Межтерриториального акушерского консультативного центра (МТКАЦ).
2. Межтерриториальной комиссии по разбору случаев материнской смерти (МТКМС).
3. Института кураторов субъектов, входящих в территориальный системокомплекс.
4. Межтерриториального и территориальных амбулаторных акушерских консультативных приемов для беременных высокой степени риска (МТ ААКП).

СТРУКТУРА ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО СИСТЕМОКОМПЛЕКСА СУБЪЕКТОВ РФ И ФЕДЕРАЛЬНОГО НИИ (на примере Ивановского системокомплекса)



Межтерриториальный акушерский консультативный центр создается в головном учреждении родовспоможения территориального системокомплекса (Учреждении-кураторе).

Помещение МТКАЦ должно быть обеспечено круглосуточной телефонной, компьютерной и телемедицинской связью.

Структура МТКАЦ включает (схема 2):

- отдел мониторинга обращений,
- отдел планового межтерриториального акушерского консультирования,
- отдел экстренного межтерриториального акушерского консультирования.

В отделе мониторинга обращений должно быть обеспечено накопление информации обо всех обращениях за акушерским консультированием и их исходах.

Это подразделение работает круглосуточно, координирует деятельность двух других подразделений.

Прием и передачу информации от территорий и от ответственного дежурного врача акушера-гинеколога о работе в ночное и вечернее время осуществляет ответственный врач МТКАЦ.

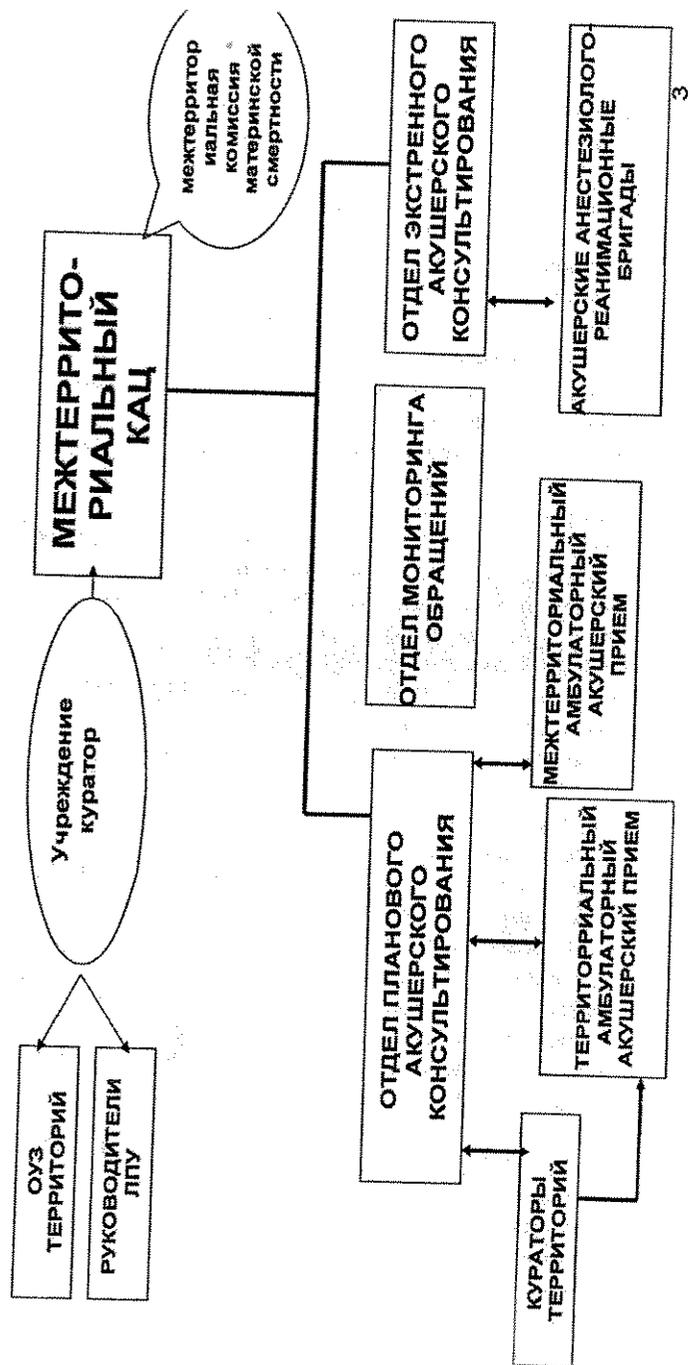
В отделе планового межтерриториального акушерского консультирования должно быть обеспечено наличие:

- базового компьютера для формирования базы данных обо всех женщинах, состоящих на учете в субъектах Российской Федерации системокомплекса, в том числе с показаниями для родоразрешения в акушерском стационаре III уровня,
- компьютерной и телефонной связи с учреждениями, наблюдающими беременных, в т.ч. с показаниями для родоразрешения в акушерском стационаре III уровня,
- закрепленного автотранспорта для плановых выездов в субъекты Российской Федерации, входящие в системокомплекс.

В этом подразделении работают кураторы территорий - специалисты головного Учреждения-куратора. Руководит работой отделения планового акушерского консультирования главный специалист по курации территорий, входящих в системокомплекс.

В отделе экстренного межтерриториального акушерского консультирования должно быть обеспечено наличие:

- специалистов: врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов и трансфузиологов;
- круглосуточной телефонной, компьютерной и телемедицинской связи;
- реанимобилей для работы выездных анестезиолого-реанимационных акушерских бригад в соответствии с требованиями, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 г. № 808н.



8

Вопросы организации деятельности подразделения экстренной акушерской помощи, штатные нормативы медицинского персонала и стандарт оснащения регулируются приложениями № 12, № 13 и № 14 к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 г. № 808н.

Для обеспечения работы подразделения планового межтерриториального акушерского консультирования создается *Институт кураторов* из числа специалистов Учреждения - куратора, закрепленных приказом руководителя учреждения для плановой курации служб родовспоможения субъектов, входящих в системокомплекс. Положение о кураторе представлено в приложении.

Специалист, выполняющий функции куратора субъекта Российской Федерации, должен соответствовать следующим требованиям:

- наличие стажа по специальности не менее 10 лет,
- наличие сертификата специалиста по акушерству и гинекологии,
- наличие квалификационной категории, выполнение работы по курируемой специальности,
- наличие опыта организационно-методической работы,
- наличие опыта экспертной работы.

Для обеспечения работы подразделения планового межтерриториального акушерского консультирования создаются также *амбулаторные акушерские консультативные приемы* беременных высокой степени риска материнской и перинатальной смертности, то есть имеющих показания для госпитализации в акушерский стационар III уровня.

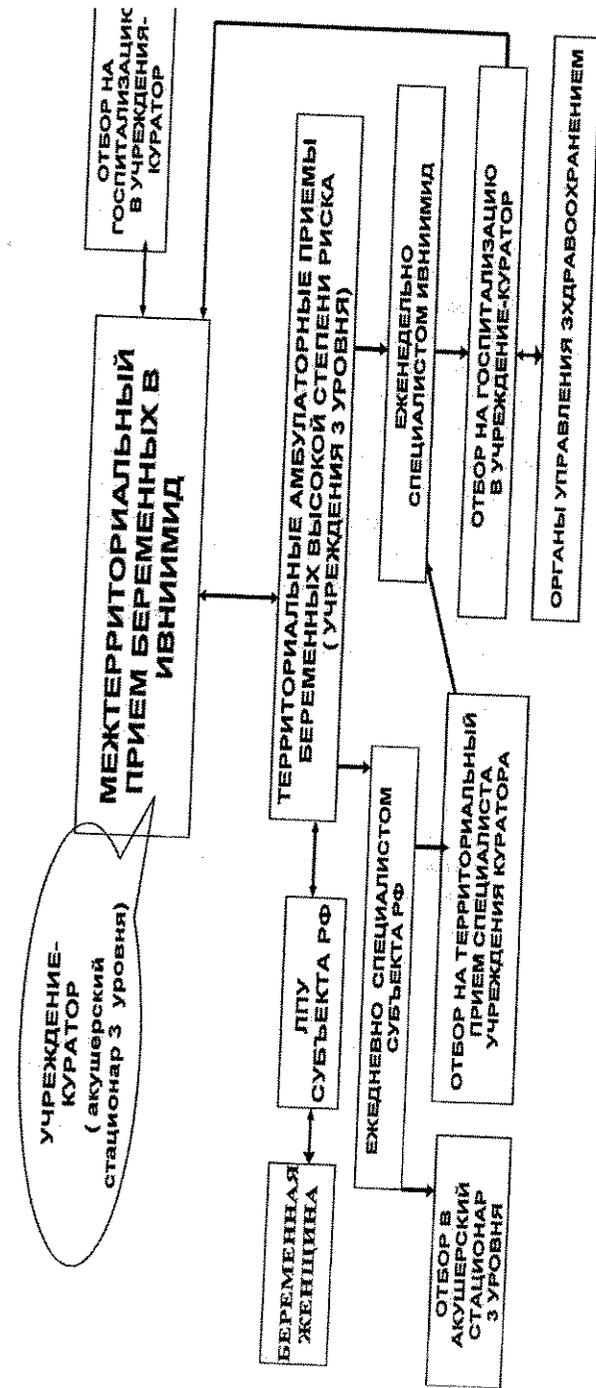
Приемы формируются на двух уровнях:

- *межтерриториальный прием* в головном Учреждении-кураторе. Ведет прием беременных специалист Учреждения-куратора, который отвечает вышеобозначенным требованиям, по направлению департаментов здравоохранения и ЛПУ субъектов Российской Федерации, входящих в системокомплекс, а также по направлению медицинских учреждений службы родовспоможения территории;
- *территориальные приемы* в субъектах, входящих в данный системокомплекс. Данный прием наиболее целесообразно организовать на базе учреждения, имеющего акушерский стационар III уровня. Ведут приемы кураторы территорий по графику, составленному с учетом специфики территории, утвержденному Учреждением-куратором и Департаментом здравоохранения субъекта Российской Федерации.

Для создания территориального амбулаторного акушерского консультативного приема беременных женщин в субъекте, входящем в состав системокомплекса, выделяется только помещение и стандартное оборудование, обеспечивается наличие телефонной связи.

Структура межтерриториального и территориальных амбулаторных акушерских консультативных приемов беременных в условиях отдельного системокомплекса отражена на схеме 3.

Схема 3
 Схема регионализации амбулаторных акушерских консультативных приемов в условиях территориального системного центра (на примере созданного из ИвНИИМИД-учреждения – куратора и служб родовспоможения курируемых субъектов ЦФО)



Для контроля качества межтерриториального акушерского консультирования как основы обеспечения выполнения регионализации медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам создается *Межтерриториальная комиссия по разбору случаев материнской и перинатальной смерти.*

Она формируется в Учреждении-кураторе приказом руководителя из числа специалистов учреждения (кураторов территорий, врачей неонатологов, патологоанатомов, анестезиологов-реаниматологов, главного специалиста по клиничко-экспертной работе).

Приказ о создании межтерриториальной комиссии по анализу материнской и перинатальной смертности в головном учреждении родовспоможения системного центра – Федеральном учреждении-кураторе направляется во все субъекты, входящие в комплекс.

В систему включаются все территориальные комиссии по анализу материнской и перинатальной смертности, которые функционируют в субъектах при органах управления здравоохранением территории.

С созданием межтерриториальной комиссии формируется единая организационная структура системы контроля качества межтерриториального акушерского консультирования и обеспечения родоразрешения женщин с учетом регионализации перинатальной помощи в условиях системного центра.

Порядок работы организационных структур межтерриториального акушерского консультативного центра изложен в разделе «Технологическое обеспечение межтерриториального акушерского консультирования».

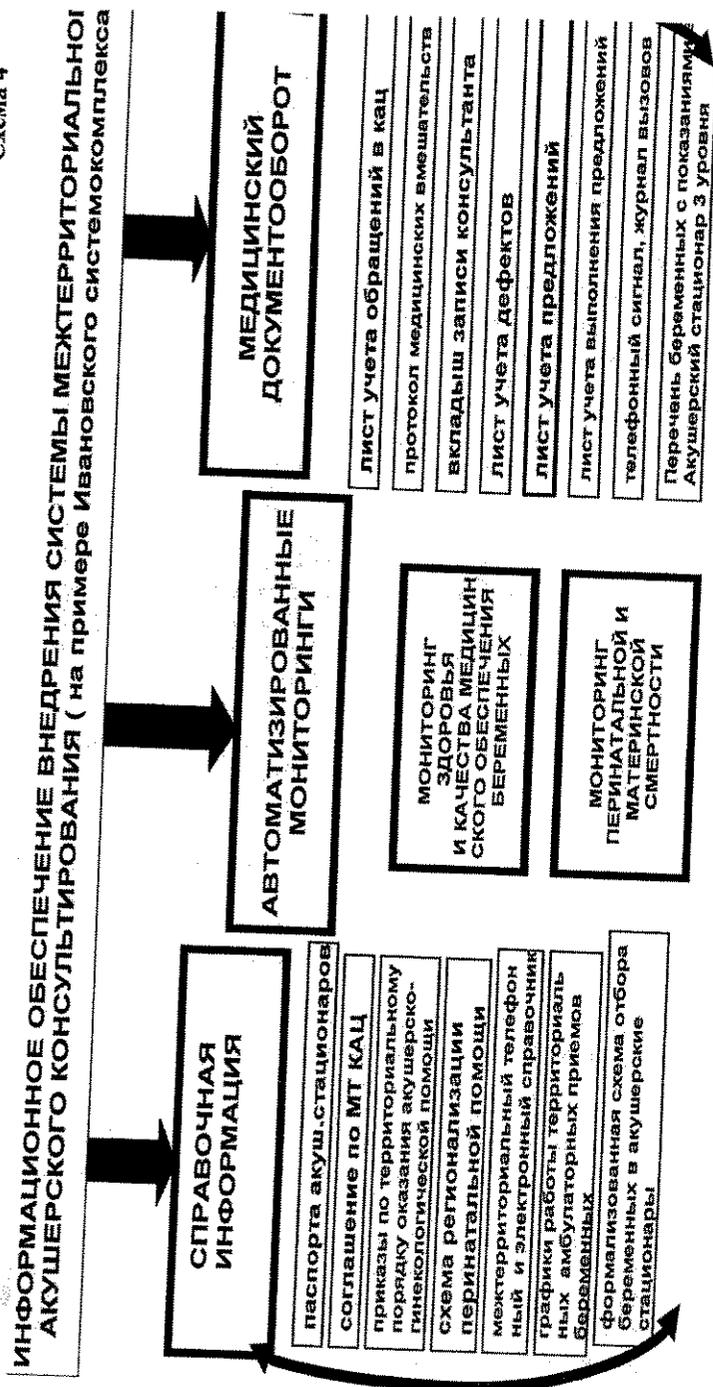
Информационное обеспечение межтерриториального акушерского консультирования

Информационное обеспечение межтерриториального акушерского консультирования включает 3 раздела (схема 4):

- 1.Справочная информация.
- 2.Автоматизированные мониторинги.
- 3.Медицинский документооборот.

Раздел «Справочная информация» включает следующие материалы:

- 1.Паспорта учреждений родовспоможения субъектов Российской Федерации, входящих в системный центр, с учетом регионализации перинатальной помощи.
- 2.Приказы органов управления здравоохранением территорий «О территориальном порядке оказания акушерско-гинекологической помощи».
- 3.Копии Соглашений о внедрении межтерриториального акушерского консультирования между Учреждением-куратором и органами управления здравоохранением всех субъектов, входящих в системный центр.
- 4.Схему регионализации перинатальной помощи по системному центру в целом.



5. Межтерриториальный справочник учреждений родовспоможения с указанием должностных руководящих лиц учреждений и территорий, телефонных и электронных коммуникаций.

6. График работы межтерриториального и территориальных амбулаторных акушерских консультативных приемов беременных высокой степени риска.

7. Формализованную схему критериев отбора беременных в акушерские стационары по уровням помощи.

Предоставление в МТКАЦ паспортов учреждений родовспоможения, работающих на территории созданного объединения, осуществляется на сплошной основе (на все учреждения родовспоможения) и одновременно.

При проведении паспортизации учреждений родовспоможения в территориях целесообразно использовать двухэтапный подход:

1. Самооценка уровня акушерского стационара специалистами учреждения.

2. Экспертная оценка данных об акушерском стационаре главными специалистами территории и экспертами Учреждения-куратора.

При этом в паспорте целесообразно отразить следующие данные:

1. наименование акушерского стационара;
2. самостоятельность или вхождение в состав многопрофильной больницы (наименование больницы);
3. форма собственности (ГУЗ, МУЗ, иная);
4. юридический адрес;
5. коечный фонд;
6. число родов в год;
7. радиус обслуживания (км);
8. наличие круглосуточного наблюдения акушером-гинекологом, неонатологом;
9. наличие дистанционного акушерского консультативного центра с выездными акушерскими анестезиолого-реанимационными бригадами (круглосуточного);
10. группа акушерского стационара;
11. удаленность от учреждения, имеющего в составе акушерский стационар III уровня;
12. объем и исходы специализированной медицинской помощи женщинам соответственно критериям дифференциации акушерских стационаров по уровням.

Наличие двух последних пунктов является необходимым для работы МТКАЦ в части оказания экстренного акушерского консультирования. Это дает возможность специалисту МТКАЦ при обращении территорий оценить опыт оказания медицинской помощи женщинам в данном учреждении, в том числе при наличии показаний в оказании помощи в акушерских стационарах более высокого уровня. Предложенная форма паспорта представлена в приложении.

Предоставление в межтерриториальный КАЦ приказа органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации «О территориальном порядке оказания акушерско-гинекологической помощи» осуществляется параллельно с направлением его в учреждения родовспоможения данной территории.

Подписанное Соглашение о внедрении межтерриториального акушерского консультирования между Учреждением-куратором и органами управления здравоохранением всех субъектов Российской Федерации, входящих в данный системокомплекс, передается в МТКАЦ для использования при регулировании нормативно-правовых отношений.

Предложенная форма Соглашения представлена в приложении и включает кроме общих положений, сведения об ответственности и правах сторон при осуществлении межтерриториального акушерского консультирования.

Передача «Схемы регионализации перинатальной помощи на территории системокомплекса» в МТКАЦ проводится после ее утверждения органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и головным Учреждением-куратором.

При этом целесообразно сделать увеличенный вариант схемы (в виде настенного стенда) и электронный вариант (в виде электронной карты).

В схеме необходимо отразить наличие акушерских стационаров по уровням и места их расположения на административной карте территории, число коек детской реанимации, наличие и места расположения профильных кафедр медицинских Вузов, наличие и места расположения межрайонных перинатальных центров.

Межтерриториальный справочник телефонных и электронных коммуникаций внутри отдельного системокомплекса включает телефонные номера и адреса электронных почт:

- специалистов учреждений систем родовспоможения субъектов Российской Федерации, входящих в системокомплекс,
- специалистов головного Учреждения-куратора с указанием должности, фамилии, имени, отчества,
- главных специалистов районов, городов и областей,
- кураторов территорий,
- ответственного дежурного МТКАЦ.

Межтерриториальный телефонный справочник находится в МТКАЦ в бумажном, электронном варианте, а также на сайтах головного Учреждения-куратора и в территориях. Примерная форма межтерриториального телефонного справочника представлена в приложении.

График работы межтерриториального амбулаторного планового акушерского консультативного приема беременных предоставляется в межтерриториальный КАЦ и в учреждения родовспоможения субъектов, входящие в системокомплекс, после совместного утверждения органом управления здравоохранения данного субъекта федерации и головным

Учреждением-куратором. График территориального приема утверждается руководителем учреждения, в которое входит акушерский стационар 3 уровня. Примерная форма графика представлена в приложении.

Формализованная карта отбора беременных женщин в акушерские стационары первого, второго и третьего уровня по критериям, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 г. № 808н, повышает оперативность анализа фактической информации о женщине при решении вопроса о месте ее родоразрешения (представлена в приложении). Показания для направления в акушерский стационар того или иного уровня расположены в алфавитном порядке с отметкой + или - по каждому уровню.

Второй раздел информационного обеспечения «Автоматизированные мониторинги» - включает использование:

- 1.территориальных мониторингов здоровья беременных, рожениц и родильниц;
- 2.территориальных мониторингов перинатальной и материнской смертности.

При этом для работы межтерриториального акушерского консультативного центра могут использоваться только те мониторинги, которые предоставляют возможность:

- формировать перечень беременных с показаниями для родоразрешения в акушерском стационаре каждого уровня с системой защиты персональных данных и отметкой о согласии женщины,
- управлять плановым акушерским консультированием женщин на межтерриториальном и территориальном амбулаторном консультативном приемах беременных высокой степени риска, работающих в территориях и в головном Учреждении- кураторе,
- контролировать оказание медицинской помощи женщинам в территории на основе регионализации.

В этом плане можно отметить возможности автоматизированного мониторинга беременных, разработанного ФГУ «ИвНИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития России [3].

Использование автоматизированного варианта имеет ряд преимуществ за счет ускорения обработки данных, получения дополнительной аналитической информации для принятия управляющих решений.

В частности, в автоматическом режиме по запросу может быть сформирована информация обо всех беременных женщинах, состоящих на учете и имеющих показания для госпитализации на родоразрешение в акушерский стационар I, II, III уровня, с распределением по женским консультациям, районам и субъекту в целом, а при создании межтерриториального мониторинга может быть получена основа планового управления эффективностью регионализации перинатальной помощи в территориях объединения в целом.

Автоматизированные программы анализа перинатальной и материнской смертности должны обеспечивать получение информации, необходимой для контроля качества межтерриториального акушерского

консультирования как фактора обеспечения эффективности регионализации перинатальной помощи, составить базу данных о дефектах регионализации и их причинах, выявленных на территориальных и межтерриториальной комиссии по разбору случаев материнской и перинатальной смерти.

Раздел «Медицинский документооборот» включает использование следующих форм:

1. «Лист учета обращения в МТ КАЦ».
2. «Протокол медицинских вмешательств при выездной акушерской консультативной и лечебно-диагностической помощи в учреждении и в пути».
3. «Вкладыш записи консультации специалистов МТКАЦ в первичную медицинскую документацию».
4. «Лист дефектов межтерриториального акушерского консультирования».
5. «Лист предложений по коррекции дефектов межтерриториального акушерского консультирования».

Порядок использования информационного обеспечения изложен в следующем разделе.

Технологическое обеспечение межтерриториального акушерского дистанционного консультирования

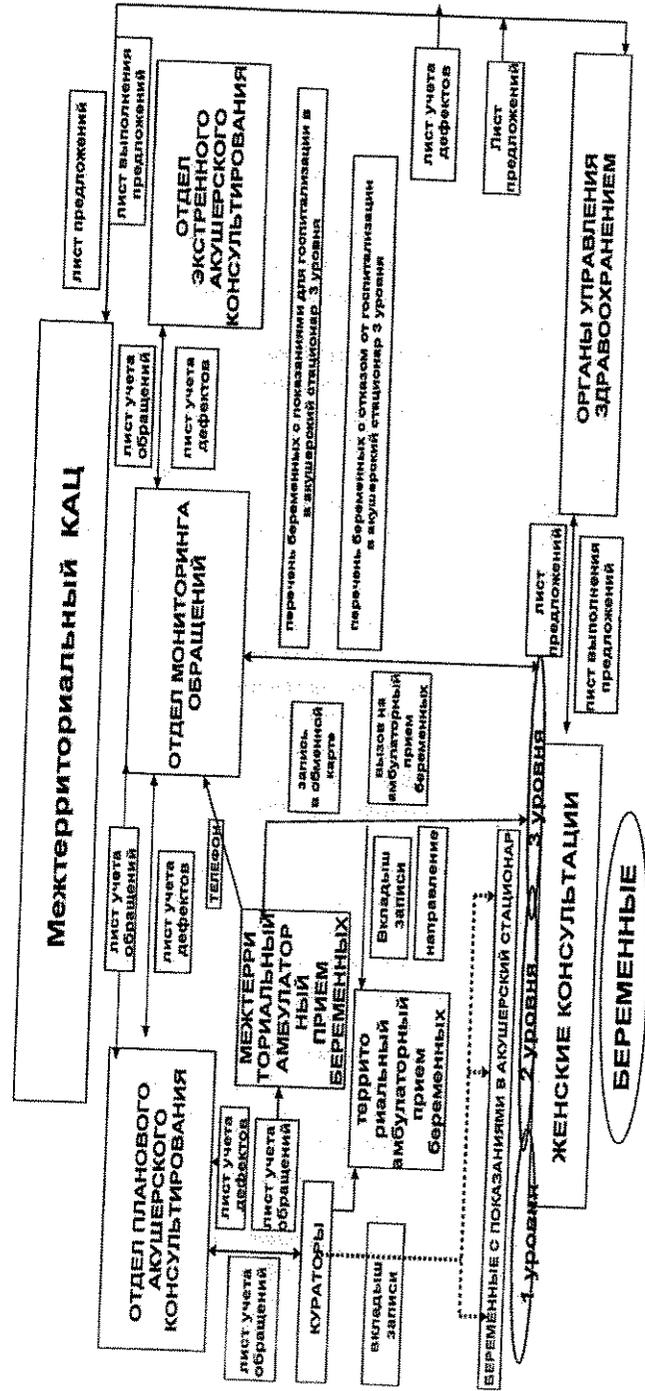
Технология межтерриториального акушерского дистанционного консультирования направлена на обеспечение регионализации медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденному. Ее особенностью является сочетание планового и экстренного консультирования, которое реализуется предложенной организационно-функциональной моделью.

Модель включает пять блоков:

1. Технология межтерриториального акушерского дистанционного консультирования для обеспечения плановой госпитализации женщин в акушерские стационары необходимого уровня в условиях системного комплекса.
2. Технология межтерриториального акушерского консультирования для обеспечения планового перевода женщины, госпитализированной в акушерский стационар несоответствующего уровня.
3. Технология межтерриториального акушерского консультирования для обеспечения экстренной транспортировки женщин в акушерский стационар необходимого уровня.
4. Технология межтерриториального акушерского консультирования для обеспечения экстренной помощи женщинам в акушерских стационарах на месте.
5. Технология межтерриториального акушерского консультирования при оказании медицинской помощи женщине-родильнице.

Алгоритм действий и документооборот при реализации технологии первого блока модели отражены на схеме 5.

Схема 5
Алгоритм действий и документооборот по 1 блоку организационно-функциональной модели межтерриториального акушерского консультативного центра (МТКАЦ)



Технология направлена на повышение качества планового отбора женщин для родоразрешения в акушерском стационаре необходимого уровня и включает следующий алгоритм действий:

1. Из женских консультаций в МИАЦ Департаментов здравоохранения территорий, входящих в системокомплекс, поступает информация о беременных женщинах, взятых на учет, достигших срока 22, 30, 36 недель беременности, двух недель до предполагаемого срока родов.

Информация может поступать на бумажных и электронных носителях, через Интернет.

Поступление информации должно быть *систематическое* (ежедневно за каждый предыдущий день) и *полное* (обо всех женщинах) с указанием предполагаемого для родоразрешения акушерского стационара и согласия женщин с этой рекомендацией.

При этом для определения уровня акушерского стационара лечащие врачи акушеры-гинекологи женских консультаций могут использовать:

1) «Формализованную карту отбора беременных женщин в акушерские стационары».

2) «Схему регионализации перинатальной помощи в системокомплексе», утвержденную приказом органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации «О территориальном порядке оказания акушерско-гинекологической помощи».

3) Территориальные листы маршрутизации беременных, рожениц и родильниц с разной степенью риска, составленные соответственно критериям, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 г. № 808н для госпитализации в акушерские стационары по трем уровням.

Для определения согласия женщины с предлагаемой маршрутизацией медицинской помощи необходимо использовать метод опроса. Женщины, желающие реализовать право на свободный выбор медицинского учреждения, с выбором акушерского стационара несоответствующего имеющейся у них степени риска должны находиться на особом контроле с подключением других видов межтерриториального акушерского консультирования. При этом необходимо учесть, что в «Основах законодательства Российской Федерации об охране граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 указано, что реализация данного права происходит «с учетом согласия врача (медицинского учреждения)».

Эти данные должны быть зарегистрированы в «Индивидуальном плане ведения беременной женщины».

2. В МИАЦе системы здравоохранения территории корректируется территориальная база данных о беременных женщинах, формируются два вида информации:

1) ежедневная сводка беременных женщин, взятых на учет, достигших срока 22, 30, 36 недель беременности, двух недель до предполагаемого срока родов, с указанием предполагаемого акушерского стационара для родоразрешения и согласия женщин,

2) ежедневная сводка полноты поступления данных из женских консультаций.

3. Из МИАЦа в отдел мониторинга межтерриториального КАЦ передается первая информация, в орган управления здравоохранением территории – первая и вторая.

Информация может передаваться через бумажные и электронные носители, Интернет.

Передача информации должна быть ежедневной. Информация может быть сформирована или в ручную или в автоматическом режиме при внедрении в территории автоматизированной программы, в частности, программы «Мониторинг здоровья и качества медицинского обеспечения беременных и родивших», разработанной ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития России [3].

4. Из органа управления здравоохранением в учреждения родовспоможения территории через Интернет, телефонный сигнал, бумажный носитель поступает запрос:

а) о направлении женщин, отказавшихся от необходимого выбора врачом для родоразрешения акушерского стационара III уровня, на консультативный территориальный или межтерриториальный амбулаторный прием беременных высокой степени риска,

б) о причинах нарушения полноты и своевременности передачи информации о движении беременных женщин высокой степени риска.

5. В отделе мониторинга МТКАЦ корректируется межтерриториальная база данных о беременных женщинах системокомплекса и формируется межтерриториальная сводка беременных женщин:

- взятых на учет,
- достигших срока 22, 30, 36 недель беременности,
- двух недель до предполагаемого срока родов.

В сводке должно быть указано распределение по уровням акушерских стационаров, предполагаемых для родоразрешения, и решение женщин о согласии с рекомендацией врача.

6. Из отдела мониторинга МТКАЦ передается:

а) информация о женщинах, имеющих показания для родоразрешения в акушерском стационаре III уровня и выбирающих по личным соображениям акушерский стационар I и II уровня в отдел планового акушерского консультирования для кураторов территорий,

б) запрос о направлении в межтерриториальный акушерский консультативный центр на консультативный территориальный или межтерриториальный прием женщин с отказом от выбора акушерского стационара III уровня в учреждения родовспоможения и органы управления здравоохранением территории.

Информация передается на бумажном или электронном носителе, через Интернет в виде «Перечня беременных, нуждающихся в коррекции уровня акушерского стационара для родоразрешения».

Передача информации осуществляется ежедневно.

7. Из учреждений родовспоможения в отдел мониторинга МТКАЦ передается информация о направлении беременных на консультативный амбулаторный акушерский прием специалистов межтерриториального КАЦ (в территории или в Учреждении-кураторе).

8. От кураторов территорий информация о результатах планового консультирования на территориальном приеме беременных женщин, отказавшихся от родоразрешения в рекомендованном акушерском стационаре III уровня, вносится в обменную карту беременной и поступает в отдел мониторинга МТКАЦ (в форме «Листа учета обращений в МТ КАЦ»).

9. Из отдела мониторинга МТКАЦ информация о необходимости повторного направления женщины на консультативный прием в связи с неявкой или отсутствием направления учреждениями родовспоможения территорий передается в МИАЦ и орган управления здравоохранением территории.

Технология межтерриториального акушерского консультирования по второму блоку организационно-функциональной модели представлена на схеме 6.

Технология направлена на обеспечение полноты планового перевода женщин, госпитализированных в акушерский стационар несоответствующего уровня, в акушерский стационар необходимого уровня и включает следующий алгоритм действий:

1. Из акушерских стационаров в МИАЦ территории поступает информация о госпитализации женщины для родоразрешения и соответствии степени риска уровню акушерского стационара.

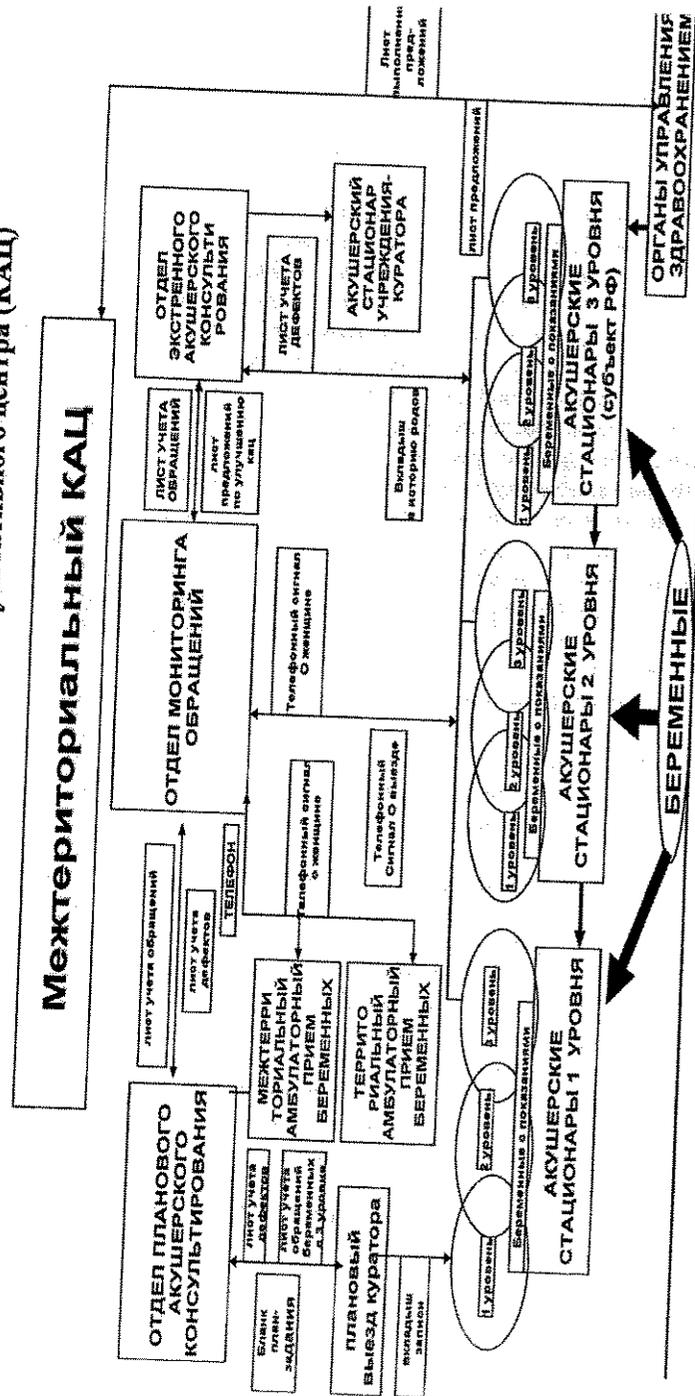
Информация может поступать через бумажные и электронные носители, Интернет. Поступление информации должно быть систематическое (ежедневно) и полное (обо всех женщинах) с указанием соответствия уровня акушерского стационара и степени риска осложнений родоразрешения у женщины.

2. В МИАЦе территории ежедневно корректируется база данных о движении беременных женщин, формируется ежедневная сводка женщин, поступивших в акушерские стационары территории с указанием соответствия степени риска и уровня стационара.

3. Из МИАЦ территории ежедневная сводка о госпитализации беременных женщин с указанием соответствия степени риска и уровня стационара передается в орган управления здравоохранением территории и отдел мониторинга межтерриториального КАЦ.

4. В отделе мониторинга МТКАЦ на основе полученной информации ежедневно проводится коррекция межтерриториальной базы данных о беременных женщинах, формируется ежедневная сводка по субъектам, входящим в системокомплекс, о женщинах с нецелевой госпитализацией для родоразрешения.

Схема 6
Алгоритм действий и документооборот по второму блоку организационно-функциональной модели межтерриториального акушерского консультативного центра (КАЦ)



Технология межтерриториального акушерского консультирования при оказании медицинской помощи женщине-родильнице (пятый блок модели) включает два направления (схема 9):

1. оказание помощи по месту нахождения женщины (при отсутствии возможности транспортировки)

2. оказание медицинской помощи на базе учреждения-куратора с использованием экстренной транспортировки.

По обоим блокам технология совпадает с вышеуказанными алгоритмами по третьему и четвертому блоку модели.

Неонатальная транспортировка осуществляется в соответствии с Положениями о деятельности РКЦ новорожденных.

Индикаторы качества выполнения межтерриториального акушерского консультирования на основе предложенной организационно-функциональной модели отражены в сводной таблице, представленной в разделе «Эффективность межтерриториального акушерского консультирования как основы обеспечения регионализации медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам».

Организация контроля качества межтерриториального акушерского консультирования как основы обеспечения регионализации медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам

Составной частью технологии межтерриториального акушерского консультирования является контроль его качества, который обеспечивается взаимодействием организационных структур предложенной организационно-функциональной модели межтерриториального консультативного акушерского центра.

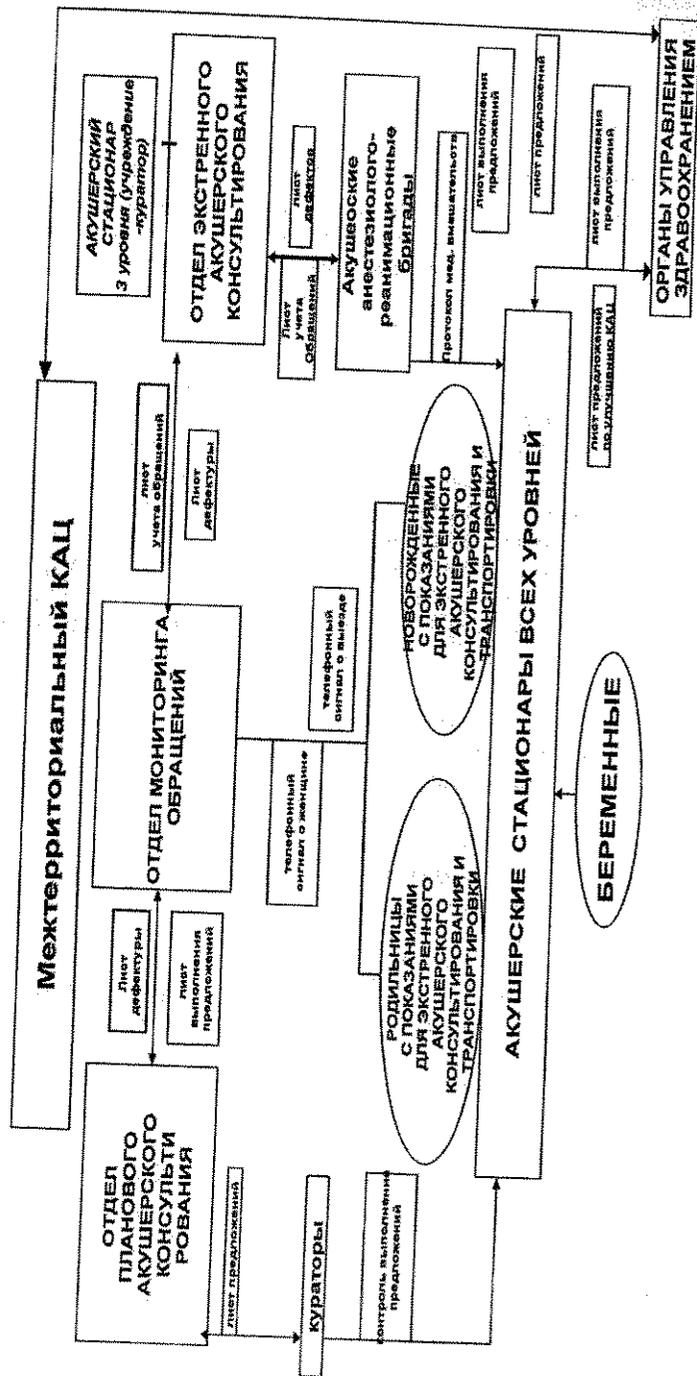
Качество планового отбора женщин для родоразрешения в акушерском стационаре II или III уровня обеспечивается взаимодействием председателей клинико-экспертных комиссий (КЭК), функционирующих в женских консультациях территории, и кураторов этих территорий.

Заведующие женскими консультациями на заседаниях комиссий проводят экспертизу качества работы врачей акушеров-гинекологов по определению степени риска материнской и перинатальной смертности, осложнений родоразрешения и уровня акушерского стационара для родоразрешения. Кроме того, контролируется работа по направлению информации в территориальную базу данных по использованию межтерриториального акушерского консультативного центра для консультаций беременных и вносят коррекцию по итогам экспертизы.

Кураторы территорий при плановом выезде в учреждение проводят экспертизу качества разбора случаев на КЭК наблюдения беременных путем повторной экспертизы.

Качество плановой госпитализации и плановой транспортировки оценивается кураторами при плановых выездах и совершении плановых обходов акушерских стационаров (ежеквартально).

Схема 9
Алгоритм действий и документооборот по пятому блоку организационно-функциональной модели межтерриториального акушерского консультативного центра (КАЦ)



Информация о выявленных дефектах передается в форме «Листа дефектов межтерриториального акушерского консультирования» в отдел мониторинга межтерриториального КАЦ. В отделе мониторинга межтерриториального КАЦ формируется «Лист предложений по улучшению качества межтерриториального акушерского консультирования», который передается в учреждение родовспоможения и орган управления здравоохранением территории. Выполнение предложений оценивается кураторами при повторных выездах.

Качество регионализации перинатальной помощи на местах контролируется также специалистами выездных бригад МТ КАЦ. По итогам каждого экстренного выезда в отдел мониторинга передается «Лист дефектов межтерриториального акушерского консультирования», в органы управления здравоохранением территорий - «Лист предложений по коррекции дефектов межтерриториального акушерского консультирования». Эта информация используется кураторами территорий при плановых выездах.

Качество регионализации перинатальной помощи на местах контролируется также специалистами органов управления здравоохранением. Для этого используются данные о распределении беременных, состоящих на учете в женских консультациях территории по степени риска, по предполагаемому уровню акушерского стационара, согласии с данной рекомендацией, а также сводка женщин, госпитализированных в акушерские стационары для родоразрешения, с учетом необходимого уровня стационара.

Кроме того, для обеспечения контроля качества межтерриториального акушерского консультирования как основы обеспечения выполнения регионализации медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам используется созданная в головном Учреждении-кураторе межтерриториальная комиссия по анализу материнской и перинатальной смертности.

В функции комиссии входит проведение при разборе случаев материнской или перинатальной смерти анализа дефектов выполнения межтерриториального акушерского консультирования, причин его отсутствия и невыполнения рекомендаций консультантов. Результаты анализа вносятся в Протокол заседания межтерриториальной комиссии материнской и перинатальной смертности и направляются в территории в форме «Выписки из протокола заседания».

По итогам разбора дефектуры, выявленной специалистами КАЦ при проведении межтерриториального акушерского консультирования, а также выявленной экспертами межтерриториальной комиссии по разбору случаев материнской и перинатальной смерти, формируется сводный План управления качеством межтерриториального акушерского консультирования как основой обеспечения управления оказанием медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам выполнением с учетом ее регионализации по риску в условиях системокомплекса.

Контролирующие функции кураторов территорий, работающих в

отделе планового акушерского консультирования МТКАЦ, повышают эффективность выполнения данных предложений.

Эффективность использования новой организационной технологии

Для оценки эффективности использования предложенной организационной технологии межтерриториальной системы консультативной акушерской дистанционной помощи беременным, роженицам и родильницам дополнительно к действующим индикаторам может быть использован комплекс критериев, что отражает таблица 2.

Таблица 2

Индикаторы качества регионализации перинатальной помощи и межтерриториального акушерского консультирования

№	Наименование	Расчет
1.	Структура родоразрешенных женщин в акушерских стационарах каждого уровня по показаниям для I, II, III уровня	Число женщин, родоразрешенных показаниями для родоразрешения акушерском стационаре I, II, III уровня и общее число родивших в данном стационаре
2.	Структура материнской смертности по уровням акушерских стационаров территории	Число случаев материнской смерти стационарах I, II, III уровня от общего числа случаев смерти
3.	Частота случаев материнской смерти по уровням акушерских стационаров территории	Число случаев материнской смерти стационарах I, II, III уровня на 100 тыс. живорожденных
4.	Структура преждевременных родов по уровням акушерских стационаров территории	Число случаев преждевременных родов стационарах I, II, III уровня от общего числа родивших в этих стационарах
5.	Показатель выполненных случаев плановой транспортировки беременных от числа нуждающихся	Число выполненных плановых транспортировок от числа необходимых
6.	Показатель выполненных случаев экстренной транспортировки беременных от числа нуждающихся	Число выполненных экстренных транспортировок от числа необходимых
7.	Показатель полноты выполненных случаев межтерриториального акушерского консультирования	Число случаев межтерриториального консультирования от числа имеющих показания, в т.ч. с выездом в территории
8.	Показатель своевременности выполненных случаев межтерриториального акушерского консультирования	А) число беременных с показаниями для консультирования (критерии третьей степени риска при Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 г. № 808н), переданных в МТ КАЦ сроки до 10 дней от момента взятия учет, от числа взятых с этими показаниями Б) число госпитализированных показаниями для консультирования переданных в МТ КАЦ в де госпитализации, от чис госпитализированных с показаниями.

Индикатором неблагополучия системы дистанционного межтерриториального акушерского консультирования является:

- повышение числа женщин, которым не было обеспечено плановое поступление в акушерский стационар соответствующей группы из женской консультации;
- повышение числа женщин, у которых не была обеспечена плановая транспортировка в акушерский стационар необходимой группы из акушерского стационара несоответствующей группы от числа нуждающихся (при отсутствии противопоказаний для транспортировки);
- повышение числа случаев, в которых не обеспечена экстренная транспортировка женщины от числа нуждающихся (при отсутствии противопоказаний для транспортировки);
- повышение числа случаев, в которых не обеспечены экстренное акушерское консультирование и оказание выездной экстренной помощи женщинам от числа нуждающихся.

Предлагаемая технология принята к внедрению в субъектах федерации (Ивановская, Костромская, Владимирская, Рязанская области), что регламентировано специальной формой Соглашения с Федеральным учреждением-куратором и территориальными приказами Департаментов здравоохранения. В Ивановской области данная технология в полном объеме применяется с 2001 г. За последние годы в территории отмечено снижение показателей материнской, перинатальной и младенческой смертности (рис.1).

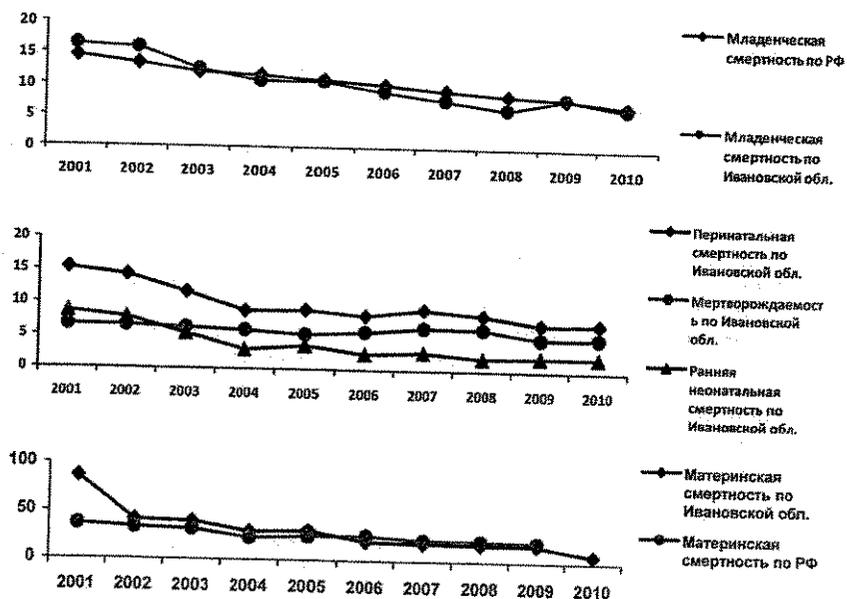


Рис. Динамика показателей материнской, перинатальной и младенческой смертности по Ивановской области за 2001-2010 гг.

В Костромской области данная технология применяется с декабря 2009 г. За 2010 г., по сравнению с 2009 г., в Костромской области снизились показатели перинатальной смертности (с 11,1‰ до 7,7‰), ранней неонатальной смертности (с 4,9‰ до 2,3‰), младенческой смертности (с 10,1‰ до 6,5‰). 14,7% обращений в межтерриториальный КАЦ сопровождались выездами специалистов института-куратора, обеспечено предотвращение 4 случаев материнской смерти.

Таким образом, предложенная технология создания межтерриториального акушерского консультативного центра обеспечивает эффективное управление регионализацией перинатальной помощи.

Возможное искажение применения технологии происходит за счет снижения ответственности лечащих врачей акушеров-гинекологов, ответственных дежурных врачей, главных специалистов, что может быть устранено при введении системы персональной ответственности.

Кроме того, для обеспечения технологии необходимо использовать принципы соблюдения конфиденциальности при передаче информации о женщине. В этой связи необходимо отметить значимость использования автоматизированного мониторинга беременных, который обеспечивает передачу закодированной информации (по строго индивидуальному идентификационному номеру).

Литература

1. Денисов И.Н., Зекий О.Е., Житникова Л.М., Хряпин А.Л. Концепция построения автоматизированной информационной системы территориальной системы общей врачебной (семейной) практики / Материалы первого Всероссийского научного Форума «Инновационные технологии медицины XXI века», «Медицинские компьютерные технологии». - М. - 2005 - С.325-329.
2. Васильева Т.П., Наумов А.В., Кулигин О.В., Рябова Э.Н., Чумаков А.С. Опыт внедрения дистанционного консультирования пациентов в Ивановской области / Материалы первого Всероссийского научного Форума «Инновационные технологии медицины XXI века» «Инновационные технологии медицины XXI века», «Медицинские компьютерные технологии». - М. - 2005 - С. 310-313.
3. Васильева Т.П., Песикин О.Н., Черкашина Е.М., Кокорина О.К. Инновационные информационно-организационные технологии в системе материнства и детства // Материалы научно-практической конференции ЦФО РФ с международным участием «Инновации и информационные технологии в диагностической, лечебно-профилактической и учебной работе клиник», Россия, Тверь. - 2009 - С. 60-61.
4. Герасименко И.Н. Организация дистанционной консультативной службы на региональном уровне с использованием опыта применения телемедицинских технологий в Алтайском крае (монография). - Барнаул: Полиграфист, 2008 - 298 с.
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 2 октября 2009 г. № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи».
6. Приказ Минздрава России и РАМН от 4 июня 2001 г. № 201/51 «О закреплении Федеральных округов за научно-исследовательскими институтами акушерско-гинекологического и педиатрического профиля».

ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ О МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНОМ КОНСУЛЬТАТИВНОМ АКУШЕРСКОМ ЦЕНТРЕ

1. Общие положения

- 1.1. Межтерриториальный консультативный акушерский центр (МТКАЦ) организуется на базе акушерской клиники Федерального Учреждения – куратора служб родовспоможения субъектов Российской Федерации, прикрепленных к Учреждению-куратору.
- 1.2. Межтерриториальный консультативный акушерский центр организуется с целью оказания планового и экстренного акушерского консультирования специалистов родовспомогательных учреждений курируемых областей, создания системы оперативного слежения и управления акушерской ситуацией, а также оказания своевременной практической плановой и экстренной выездной помощи медицинским учреждениям курируемых областей с привлечением специалистов института для обеспечения регионализации перинатальной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденному.

2. Задачи

1.3. Деятельность межтерриториального консультативного акушерского центра направлена на решение следующих задач:

- оказание круглосуточной консультативной акушерской помощи по мобильному телефону № _____ и посредством компьютерных и телекоммуникационных технологий (при наличии возможности) специалистам родовспомогательных учреждений курируемых субъектов Российской Федерации;
- своевременное решение вопросов планового и экстренного перевода и транспортировки женщин с высокой степенью акушерского и перинатального риска для обследования, лечения и родоразрешения в акушерский стационар соответствующего риска, в т.ч. Федерального учреждения-куратора;
- обеспечение госпитализации беременных женщин группы высокого риска материнской смертности в акушерский стационар третьего уровня в субъекте Российской Федерации, в том числе в акушерскую клинику Федерального учреждения-куратора;
- своевременный выезд специалистов института на место для оказания консультативной и лечебной помощи и транспортировки пациенток;
- осуществление дистанционного динамического наблюдения специалистами межтерриториального акушерского консультативного центра за состоянием здоровья беременных, родильниц и рожениц, нуждающихся в высокоспециализированном обследовании, интенсивной терапии и реанимации.

3. Структура

1.4. Для повышения эффективности управления регионализацией перинатальной помощи в субъектах Российской Федерации на основе межтерриториального акушерского консультирования в структуре межтерриториального акушерского консультативного центра создаются:

- подразделение мониторинга обращений с автоматизированной базой данных,
- подразделение плановой акушерской консультативной помощи с институтом кураторов;
- и подразделение экстренной консультативной акушерской помощи с анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами.

4. Порядок работы межтерриториального консультативного акушерского центра (МТКАЦ)

1. Курация пациентки проводится совместно с ответственным врачом консультативного акушерского центра с момента получения информации и до завершения клинического случая. Принимается индивидуальное тактическое решение в каждом конкретном случае (динамическое наблюдение, консультация врача-специалиста, выезд консультанта для оказания медицинской помощи, транспортировка).

2. При ведении женщины совместно с врачом МТКАЦ обязательным условием является динамическое наблюдение, которое должно быть обеспечено сообщением лечащего врача о состоянии пациентки по телефону.

3. С момента обращения в МТКАЦ информация о пациенте оформляется в журнале консультаций.

4. В случае возникновения угрозы жизни для беременной, роженицы и родильницы, а также во всех случаях тяжелого гестоза, кровотечения, генерализованной инфекции к курации пациентки присоединяется анестезиолог - реаниматолог, а при необходимости и другие специалисты.

5. Принятие решения о вызове бригады специалистов осуществляется медицинским учреждением по телефону.

6. Для оценки своих возможностей все лечебные учреждения курируемых областей ежегодно должны проводить паспортизацию с целью изучения и определения уровня оснащенности, квалификации врачей акушеров-гинекологов, реаниматологов по стандартам при неотложных состояниях с привлечением куратора территории. Сводный анализ по территориям проводится главным специалистом центра.

7. Для осуществления контроля качества межтерриториального акушерского консультирования ежемесячно проводится анализ дефектов ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с различными акушерскими ситуациями по случаям обращения. Организуется получение обратной информации через институт кураторов о выполнении предложений по выявленным дефектам.

Разбору с привлечением специалистов Федерального учреждения-куратора на Межтерриториальной комиссии по экспертизе качества медицинской помощи курируемых территорий ЦФО подлежат следующие акушерские ситуации:

- роды, осложнившиеся кровопотерей более 1000 мл;
- роды, осложненные тяжелым гестозом; угрозой разрыва и разрывом матки в родах;
- рождение ребенка с врожденными пороками развития; рождение ребенка с оценкой по шкале Апгар менее 5 баллов;
- рождение ребенка с родовой травмой; разрывы шейки матки и промежности III степени;
- гнойно-септические осложнения (хориоамнионит, эндометрит, перитонит, сепсис) в родах и послеродовом периоде;
- расширение объема операции до ампутации или экстирпации матки во время кесарева сечения; лапаротомия после прерывания беременности; роды у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией; тромбозы, ТЭЛА и ЭОВ; ошибки при оказании анестезиологического пособия.

Проведенный анализ доводится до сведения органов управления здравоохранения территорий при выезде кураторов территорий.

ПАСПОРТ

Акушерского стационара с учетом регионализации перинатальной помощи

1. Форма собственности (муниципальное, государственное, федеральное) _____
2. Коечная мощность - _____ коек, в т.ч. ОПБ - _____ коек (в т.ч. стационар дневного пребывания - _____ коек), акушерских без производства абортков - _____ коек, для производства абортков - _____ реанимации и интенсивной терапии - _____; неонатальных (в т.ч. отделения патологии новорожденных - _____, отделения II этапа выхаживания - _____), реанимационных - _____)
3. Число родов в год - _____
4. Круглосуточное пребывание акушера-гинеколога (да, нет)
5. Акушерские анестезиолого-реанимационные бригады - _____ км
6. Радиус обслуживания _____ км
7. Удаленность от учреждений 3-го уровня _____ км
8. Связь: 1. телефонная круглосуточная 2. компьютерная (Интернет) 3. телемедицина
9. Характеристика контингента пациентов и исходов за _____ календарный год
 - а) объем родоразрешенных и исходы по показаниям, соответствующим данному учреждению, обращения в МТ КАЦ
 - б) объем родоразрешенных и исходы по показаниям, несоответствующим данному уровню, обращения в МТ КАЦ

Заключение:

1. Акушерский стационар относится к _____ группе риска
2. Ведение женщин с показаниями для стационара более высокой группы риска

Заключение _____

эксперта _____

Образец СОГЛАШЕНИЯ

о сотрудничестве Федерального учреждения-куратора и Департамента здравоохранения _____ области

№ _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.

Департамент здравоохранения _____ области в лице директора Департамента _____ на основании _____, и Федеральное государственное учреждение-куратор в лице директора института, действующего на основании Устава института, именуемые в дальнейшем «Департамент» и «Учреждение», заключили настоящее СОГЛАШЕНИЕ о нижеследующем:

1. Предмет СОГЛАШЕНИЯ

1.1. Настоящее СОГЛАШЕНИЕ, заключенное в соответствии приказом Минздрава России и РАМН от 4 июня 2001 г. № 201/51 «О закреплении Федеральных округов за научно-исследовательскими институтами акушерско-гинекологического и педиатрического профиля», приказа Федерального учреждения-куратора определяет взаимные права и обязанности Департамента и Учреждения по реализации мероприятий, направленных на обеспечение специализированной акушерско-гинекологической помощи женщинам высокой степени риска на материнскую смертность, повышения эффективности использования финансовых и материальных ресурсов.

2. Обязанности сторон

2.1. Учреждение обязуется за счет средств федерального бюджета:

2.1.1. оказывать высококвалифицированную консультативную и лечебную помощь пациентам, жителям _____ области в соответствии с приказом Федерального учреждения-куратора от « _____ » _____ 20 _____ г. № _____

2.2. Департамент обязуется:

- обеспечить выявление, отбор, обследование и направление пациентов в Учреждение в соответствии с приказом Учреждения куратора

3. Стороны настоящего СОГЛАШЕНИЯ вправе:

3.1. Запрашивать и получать от другой стороны информацию, необходимую для выполнения обязательств по настоящему СОГЛАШЕНИЮ.

3.2. Проводить консультации по вопросам, связанным с выполнением обязательств по настоящему СОГЛАШЕНИЮ, заключать дополнительные соглашения, подготавливать совместные приказы.

4. Срок действия СОГЛАШЕНИЯ и порядок его изменения и расторжения.

4.1. Настоящее СОГЛАШЕНИЕ вступает в силу со дня его подписания и действует до выполнения сторонами принятых на себя обязательств по настоящему СОГЛАШЕНИЮ.

4.2. Настоящее СОГЛАШЕНИЕ может быть изменен только при наличии письменного согласия каждой из сторон.

4.3. Настоящее СОГЛАШЕНИЕ может быть расторгнуто по инициативе одной из сторон при условии письменного уведомления другой стороны не менее, чем за 30 дней.

5. Юридические адреса сторон.

5.1. Департамент здравоохранения администрации _____ области

5.2. Федеральное государственное учреждение _____

ОБРАЗЕЦ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНОГО СПРАВОЧНИКА КОММУНИКАЦИЙ МЕЖДУ УЧРЕЖДЕНИЯМИ В СИСТЕМЕ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНОГО КАЦ

Уровень	Наименование учреждения	Адрес Телефон Факс Электронная почта	Отделения стационара Телефоны, ф.и.о. персонала	Женские консультации Телефоны Ф.и.о. персонала	Санавиация Телефоны	Главные специалисты Ф.и.о. телефон
Субъект РФ						
Учреждение-куратор						

ГРАФИК РАБОТЫ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНОГО И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО АМБУЛАТОРНОГО АКУШЕРСКОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ПРИЕМА БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ РИСКА

Место проведения (субъект РФ, Учреждение-куратор)	Уровень приема (территориальный, межтерриториальный)	День недели Часы работы	Место нахождения (адрес) телефон	Ф.и.о., должность консультанта

ВКЛАДЫШ ЗАПИСИ КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНОГО АКУШЕРСКОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА В ПЕРВИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ

1. ф.и.о. женщины _____ Наименование медицинского учреждения _____
 2. Почтовый адрес _____ Повод консультации _____
 3. Диагноз _____
 4. Выполнение вмешательства _____
 5. Рекомендации _____
- Дата консультации _____ Заключение специалиста КАЦ _____
Дата представления в КАЦ _____ Подпись специалиста _____

ЛИСТ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНОГО АКУШЕРСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ № _____

1. Наименование медицинского учреждения _____ 2. Ф.И.О. женщины _____
3. Дата выполнения консультации _____ 4. Повод консультации _____

5. ПРЕДЛОЖЕНИЯ

№№	Наименование предложения	Место выполнения	Ответственный	Сроки выполнения	Отметка о выполнении

Подпись консультанта (специалиста КАЦ) _____
Дата направления в учреждение _____

**ФОРМАЛИЗОВАННАЯ КАРТА ОТБОРА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
В АКУШЕРСКИЕ СТАЦИОНАРЫ С УЧЕТОМ ГРУППЫ РИСКА
(ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ОТ 2 ОКТЯБРЯ 2009 Г. № 808Н)**

Наименование показателя	Группа риска акушерского стационара		
	1	2	3
Анатомическое сужение таза	-	1-2 степени	
Аневризмы сосудов	-	-	+
Аномалии развития мочевыводящих путей	-	-	+
Антифосфолипидный синдром	-	-	+
Аритмии	-	-	+
Беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрыва промежности III-IV ст. при предыдущих родах	-	-	+
Беременность после лечения бесплодия любого генеза	-	+	-
Беременность после ЭКО и ПЭ	-	+	-
Беременность после нефрэктомии	-	-	+
Болезнь Виллебранда	-	-	+
Водянка плода	-	-	+
Врожденные дефекты свертывающей системы крови	-	-	+
Врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения	-	-	+
Гемобластоз	-	-	+
Гемолитическая и апластическая анемия	-	-	+
Гепатиты острые и хронические	-	-	+
Гепатоз беременных	-	-	+
Гестоз (преэклампсия, эклампсия)	-	-	+
Глаукома	-	-	+
Головное предлежание плода < 4000г и нормальные размеры таза	+	-	-
Диффузные заболевания соединительной ткани	-	-	+
Дуоденит	-	+	-
Заболевания органов дыхания	-	компенсированная без дыхательной или сердечно-сосудистой недостаточности	С дыхательной или сердечно-сосудистой недостаточностью

Заболевания почек	-	Без почечной недостаточности или артериальной гипертензией	С неф-стью и гипертензией
Задержка внутриутробного развития плода	-	I-Пст.	II-III ст.
Злокачественные новообразования в анамнезе либо при данной беременности вне зависимости от локализации	-	-	+
Железодефицитная анемия	-	Легкая и средняя	тяжелая
Изоиммунизация при беременности	-	-	+
Инфекция МВП (вне обострения)	-	+	-
Кардиомиопатии	-	-	+
Колит	-	+	-
Маловодие	-	Легкое и среднее	Тяжелое
Мертворождения в анамнезе	-	+	-
Метаболические заболевания плода, требующие лечения сразу после рождения	-	-	+
Миастения	-	-	+
Миокардиты	-	-	+
Миопия	-	I и II ст. (без изменений на глазном дне)	III ст. с изменениями на глазном дне
Многоводие	-	Легкое и среднее	тяжелое
Многоплодная беременность	-	+	-
Наличие у плода ВПР, требующих хирургической коррекции	-	-	+
Нарушения мозгового кровообращения	-	-	+
Низкое расположение плаценты (УЗИ в 34-36 нед)	-	+	-
Оперированные пороки сердца	-	-	+
Отсутствие осложнения предыдущих родов родовой травмой у новорожденного	+	-	-
Отсутствие осложнения предыдущих родов глубокими разрывами и мягких тканей родовых путей	+	-	-
Отсутствие эпизодов ante-, интра-ранней неонатальной смертности в анамнезе	+	-	-
Отсутствие осложнения предыдущих родов гипотоническим кровотечением	+	-	-

Отсутствие экстрагенитальной патологии	+	-	-
Отслойка сетчатки в анамнезе	-	-	+
Переношенная беременность	-	+	-
Предлежание плаценты (УЗИ в 34-36 н.)	-	-	+
Предполагаемый крупный плод	-	+	-
Преждевременные роды	-	Включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке < 35 нед. с возможностью реанимации в полном объеме и отсутствии возможности госпитализации в акушерский стационар третьего уровня	включая ДИОВ, при сроке < 35 нед. И при отсутствии противопоказаний для транспортировки
Поперечное и косое положение плода	-	-	+
Пролапс митрального клапана	-	без гемодинамических нарушений	с гемодинамическими нарушениями
Прочие состояния угрожающие жизни женщины, при отсутствии противопоказаний для транспортировки (дополнительно к показаниям для третьего уровня)	-	-	+
Рассеянный склероз	-	-	+
Ревматические вне зависимости от степени недостаточности кровообращения	-	-	+
Рубец на матке после операции кесарева сечения	-	отсутствие несостоятельности рубца на матке	Признаки несостоятельности рубца
Рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки	-	Отсутствие признаков несостоятельности рубца	признаки несостоятельности рубца
Сахарный диабет любой степени компенсации	-	-	+
Состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов	-	-	+
Сосудистые мальформации	-	-	+
Газовое предлежание плода	-	+	-
Токсический гепатит	-	-	+
Тромбозы, тромбозы, тромбозы, тромбозы в анамнезе в при данной беременности	-	-	+
Тромбоцитопения	-	-	+
Увеличение щитовидной железы	-	без нарушения функции	Гипо- и гиперфункция

Физиологическое течение беременности	+	-	-
Холестаз беременных	-	-	+
Хроническая артериальная гипертензия	-	-	+
Хронический гастрит	-	+	-
Хроническая надпочечниковая недостаточность	-	-	+
Хронический пиелонефрит	-	без нарушения функции почек	с нарушением
Цирроз печени	-	-	+
ЧМТ, травмы позвоночника, таза в анамнезе	-	-	+
Эпилепсия	-	-	+

Примечание: знак + обозначает наличие данного показателя для данного уровня акушерского стационара

**ПЕРЕЧЕНЬ БЕРЕМЕННЫХ С ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ РОДРАЗРЕШЕНИЯ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ III УРОВНЯ, ВЗЯТЫХ НА УЧЕТ В ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ
ЗА ПЕРИОД С «_»_ ПО «_»_ Г.**

Субъект Российской Федерации	Учреждение	Ф.и.о. врача	Ф.и.о. беременной (персональный код)	Срок беременности	Предполагаемый срок родов	Показание	Предполагаемый акушерский стационар	Решение женщины
В целом по территории								

Примечание: форма применяется для всех сроков получения информации

ЛИСТ УЧЕТА ОБРАЩЕНИЯ ЗА КОНСУЛЬТАЦИЕЙ В МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ КАЦ

№ _____

1. ВРЕМЯ ОБРАЩЕНИЯ: « ____ » 20 ____ г. ____ час. ____ мин.

2. АДРЕС (ТЕРРИТОРИЯ, ГОРОД, УЛИЦА, ДОМ) _____

3. УЧРЕЖДЕНИЕ _____

4. Ф.И.О. ОБРАТИВШЕГОСЯ ЛИЦА _____

5. ДОЛЖНОСТЬ ОБРАТИВШЕГОСЯ ЛИЦА _____

6. ТЕЛЕФОН ДЛЯ СВЯЗИ _____

7. Ф.И.О. ЖЕНЩИНЫ _____

8. ПОВОД ОБРАЩЕНИЯ _____

9. ДИАГНОЗ ВЫЗВАВШЕГО УЧРЕЖДЕНИЯ _____

10. ДАТА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ _____

11. ДАТА УХУДШЕНИЯ _____

12. КАКИЕ ПРИНЯТЫ РЕШЕНИЯ 1. ВЫЕЗД БРИГАДЫ 2. ДИНАМИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ 3. _____

Подпись врача консультанта _____

/Ф.И.О. _____

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ _____

13. ДИАГНОЗ СПЕЦИАЛИСТА: _____

14. СОВПАДЕНИЕ (РАСХОЖДЕНИЕ) ДИАГНОЗОВ _____

15. ОКАЗАННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫЕЗДЕ: _____

16. РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. ПО ОРГАНИЗАЦИОННЫМ ВОПРОСАМ (_____)

2. ПО ТАКТИЧЕСКИМ ВОПРОСАМ (_____)

3. ПО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ВОПРОСАМ (_____)

17. ВЫЯВЛЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ: необоснованность вызова, запоздалый вызов, неполное обследование, ошибка диагноза, позднее поступление, дефекты лечения, дефекты оформления документации, прочее (подчеркнуть и кратко описать)

Подпись врача консультанта _____

/ ф.и.о. _____

Время предоставления документов в КАЦ _____

ЛИСТ ДЕФЕКТУРЫ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНОГО АКУШЕРСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ № _____

1. Наименование медицинского учреждения _____

2. Ф.и.о. женщины _____

3. Дата выполнения консультации _____

4. Повод консультации _____

5. Дефекты:

№	Наименование дефекта	Место выявления	Причина возникновения	Степень предотвратимости	Степень тяжести последствий

Подпись консультанта (специалиста КАЦ) _____

Дата направления в учреждение _____