

**ДОКЛАД О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И
ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ИТОГАМ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ
СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2014 ГОД**

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Раздел 1. Медико-демографические показатели здоровья населения	4
Раздел 2. Общая заболеваемость населения	14
Раздел 3. Ресурсы здравоохранения	46
Раздел 4. Охрана здоровья матери и ребенка	50
Раздел 5. Медицинская помощь населению	63
Раздел 6. Обеспечение лекарственными средствами	98
Раздел 7. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни	112
Раздел 8. Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения	129
Раздел 9. Кадровое обеспечение системы здравоохранения	137
Раздел 10. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи	154
Заключение	159
Приложение	

ВВЕДЕНИЕ

Основная цель развития отрасли здравоохранения – повышение качества и доступности оказания медицинской помощи населению.

Главным результатом усилий и действий государственных органов исполнительной власти на всех уровнях является сохранение здоровья граждан Российской Федерации и исполнение главных целевых показателей в сфере охраны здоровья граждан и развитие системы здравоохранения.

В соответствии с указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года и данными в их развитие поручениями Правительства Российской Федерации в 2012 –2014 годы Министерством разработаны и утверждены важнейшие стратегические документы по повышению качества и доступности медицинской помощи, кадровой политике в сфере охраны здоровья, совершенствованию лекарственного обеспечения, развитию медицинской науки, формированию здорового образа жизни и другим основополагающим направлениям.

Осуществляемый постоянный мониторинг и контроль основных показателей состояния здоровья населения позволяет получать всестороннюю информацию для эффективного и экономически обоснованного влияния на динамику этих процессов, для принятия управленческих решений.

Наиболее прямым и действенным инструментом в этом отношении является организационная технология формирования ежегодного Доклада о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации (далее – доклад), который представляет собой результат постоянного наблюдения за состоянием здоровья населения и развитием здравоохранения.

В соответствии с пунктом 3 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации поручено ежегодно представлять в Правительство Российской Федерации «Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности за отчетный год» (далее – доклад).

Министерством здравоохранения Российской Федерации разработаны унифицированная форма доклада и методические рекомендации по заполнению

указанной формы при подготовке доклада.

Методические рекомендации были направлены руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации (письмо Минздрава России от 27 декабря 2013 г. № 13-2/10/2-9886).

Особое внимание при подготовке доклада уделено медико-демографической ситуации как в Российской Федерации в целом, так и в каждом субъекте Российской Федерации, заболеваемости населения, эпидемической безопасности, здоровью матери и ребенка, а также обеспечению доступности и качества медицинской помощи.

Изложенный в докладе материал является обобщением докладов субъектов Российской Федерации и официальных статистических данных и представляет систематизированный свод аналитической информации о состоянии здоровья населения Российской Федерации и системы здравоохранения, результатах оценки и прогноза изменений в сфере охраны здоровья, качестве и доступности медицинской помощи населению и об организационных и финансово-экономических мерах по охране и укреплению здоровья населения Российской Федерации.

РАЗДЕЛ 1. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

По оценке Росстата, численность постоянного населения Российской Федерации на 1 января 2015 г. без учета Крымского федерального округа составила 144,0 млн человек (с учетом Крымского федерального округа – 146,3 млн человек) и за год увеличилась на 305,5 тыс. человек, или на 0,2 %.

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

С 2006 года отмечена благоприятная динамика основных демографических показателей в Российской Федерации, сохраняется тенденция роста населения. За 12 месяцев 2014 года зафиксирован естественный прирост – 33,7 тыс. человек (в 2013 году – естественный прирост 19,1 тыс. человек).

За 12 месяцев 2014 год коэффициент естественного прироста населения составил – 0,2 ‰ (в 2013 году – 0,1 ‰).

Естественный прирост населения за 12 месяцев 2014 года зафиксирован в 43 субъектах Российской Федерации.

В 2013 году уровень рождаемости в Российской Федерации впервые с начала девяностых годов превысил уровень смертности. В 2014 году указанная тенденция продолжилась, рождаемость за 12 месяцев 2014 года составила 13,3 на 1000 населения (рис. 1.1.).

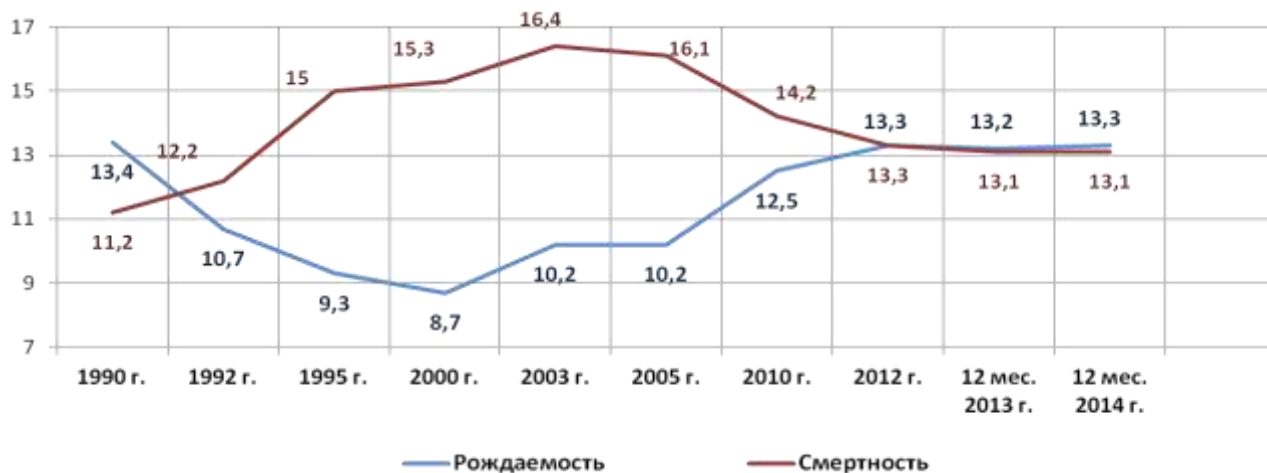


Рис. 1.1. Динамика рождаемости и смертности (на 1000 человек)

Число родившихся за 12 месяцев 2014 года выросло по сравнению с 2013 годом на 17,6 тыс. (1 947,3 тыс. детей и 1 929,7 тыс. детей соответственно). Показатель рождаемости вырос на 0,8 %, с 13,2 до 13,3 на 1 000 населения.

Минимальный уровень рождаемости зарегистрирован в Ленинградской области 9,1 ‰ (2013 г. – 9,0 ‰), максимальный – 25,3 ‰ в Республике Тыва (2013 г. – 26,1 ‰). Лидерство сохраняют преимущественно национальные республики. Субъекты Российской Федерации с наиболее низкими показателями рождаемости сосредоточены в центральной и северо-западной части Российской Федерации.

Рост рождаемости отмечен в 42 субъектах Российской Федерации. Наибольший рост рождаемости наблюдался в Сахалинской – на 4,6 %, в Ростовской – 4,3 % и в Московской областях – 4,1 %, в Республике Карелия – 3,3 %, в Ставропольском крае – 3,1 %, в Краснодарском крае и Ямало-Ненецком автономном округе – 3,0 %, в Ульяновской области – 2,6 %.

Снижение рождаемости отмечено в 30 субъектах Российской Федерации. Наибольшее снижение рождаемости зарегистрировано в республиках Ингушетия – на 3,3 % и Тыва – 3,1 %, в Курганской и Кемеровской областях – 2,9 %, Республике Калмыкия и Чеченской Республике – 2,8 %, в Республике Хакасия –

2,5 %, в Магаданской области – 2,4 %, в Алтайском крае – 2,2 %. В 13 субъектах Российской Федерации показатель рождаемости не изменился.

Показатель младенческой смертности снизился на 9,8 %, с 8,2 на 1000 родившихся живыми в 2013 году до 7,4 в 2014 году.

За 12 месяцев 2014 года по сравнению с аналогичным периодом 2013 года число детей, умерших в возрасте до 1 года, снизилось – на 8,6 % (или на 1 353 детей) и составило 14 366 (в 2013 году – 15 719).

За 12 месяцев 2014 года в Российской Федерации умерли 1 913 613 человек, что на 2 990 человек или на 0,2 % меньше, чем за 2013 год (1 910 623 человека).

Снижение смертности отмечается в 34 субъектах Российской Федерации, наиболее существенное – в Ненецком автономном округе – на 16,8 %, в Республике Мордовия – на 3,4 %, в Новгородской области – 2,8 %, в г. Санкт-Петербурге и в Республике Бурятия – 2,5 %, в Смоленской области – на 2,4 %, в Новосибирской области – на 2,2 %, в Вологодской области – на 2,0 %, в Костромской, Ярославской и Кировской областях – 1,9 %, в Республике Алтай – 1,8 %. В 18 субъектах Российской Федерации показатель смертности не изменился.

Самые низкие показатели смертности наблюдаются: в Республике Ингушетия – 3,5, в Чеченской Республике – 5,0, в Ямало-Ненецком автономном округе – 5,1, в Республике Дагестан – 5,6, в Ханты-Мансийском автономном округе – 6,4 на 1 000 населения.

Наиболее высокие показатели отмечаются в Псковской области – 18,5, в Тверской области – 17,8, в Новгородской области – 17,3, в Тульской области – 17,1, в Курской области – 16,6 %, во Владимирской области – 16,5 на 1 000 населения.

В структуре причин смерти первое место, по-прежнему, занимают болезни системы кровообращения – 49,9 % или 653,7 на 100 тыс. населения (снижение на 6,6 %), на втором месте – новообразования – 15,3 % или 201,1 на 100 тыс. населения, показатель снизился на 0,2 %, на третьем – внешние причины – 9,1 % или 118,8 на 100 тыс. населения (снижение на 0,6 %), в том числе дорожно-транспортные происшествия – 14,0 на 100 тыс. населения, показатель не изменился, далее следуют болезни органов пищеварения – 5,0 % или 66,1 на 100

тыс. населения (рост на 8,4 %), болезни органов дыхания – 4,0 % или 53,0 на 100 тыс. населения (рост на 6,2 %).

Смертность от туберкулеза снизилась на 11,7 % и составила за 12 месяцев 2014 года 9,8 на 100 тыс. населения.

Снижение смертности от туберкулеза отмечается в 67 субъектах Российской Федерации, наибольшее снижение показателя смертности наблюдается: в Республике Алтай – на 42,7 %, в Республике Ингушетия – 41,0 %, в Рязанской области – на 36,9 %, в Нижегородской области – 34,7 %, в Липецкой области – 30,2 %, в Республике Мордовия – на 29,3 %, в Камчатском крае – 28,8 %, в Оренбургской области – 28,0 %, в Архангельской области (Ненецкого автономного округа) и в Республике Башкортостан – на 26,0 %.

Снижение смертности от болезней системы кровообращения отмечается в 69 субъектах Российской Федерации, наибольшее снижение наблюдается: в Ростовской области – на 25,9 %, в Республике Марий Эл – на 25,5 %, в Ярославской области – на 24,3 %, в Республике Мордовия – на 19,0 %, в Амурской области – на 18,8 %, в Ненецком автономном округе – на 18,6 %, в Брянской области – на 18,5, во Владимирской области – на 17,9 %, в Курганской области – на 17,6 %, в Тульской области – на 16,4 %.

Снижение смертности от новообразований зарегистрировано в 49 субъектах Российской Федерации. Наибольшее снижение показателя смертности зарегистрировано: в Ненецком автономном округе – на 21,3%, в Белгородской области – на 10,6 %, в Липецкой области – на 10,4 %, в Рязанской области – на 10,2 %, в Ростовской области – на 8,9 %, в Тамбовской области – на 8,5 %, в Ярославской области и Республике Тыва – на 8,0 %, в Курганской области – на 7,9 %, в Магаданской области – на 7,1 %.

Снижение смертности от внешних причин наблюдается в 48 субъектах Российской Федерации, наибольшее снижение показателя смертности отмечается: в Ненецком автономном округе – на 25,5%, в Еврейской автономной области – на 15,8 %, в Республике Калмыкия – на 15,5%, в Сахалинской области – на 13,5 %, в Липецкой области – 12,7 %, в Чеченской Республике – на 11,7 %, в Чукотском автономном округе – на 11,6%, в Республике Татарстан – на 10,4 %, в Иркутской области – на 9,3 %.

Снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий отмечается в 40 субъектах Российской Федерации, наибольшее снижение

показателя смертности наблюдалось: в Ненецком автономном округе – на 75,3 %, в Воронежской области – на 38,0 %, в Магаданской области – на 35,0 %, в Пермском крае – на 27,6 %, в Ямало-Ненецком автономном округе – на 26,2 %, в Республике Ингушетия – на 22,2 %, в Новосибирской области – на 20,3 %, в Тюменской области – на 20,2 %.

Самые высокие показатели смертности от дорожно-транспортных происшествий за 12 месяцев 2014 года зарегистрированы в Республике Тыва – 30,3 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2013 года – 36,8), в Ленинградской области – 29,7 (соответственно – 28,6), в Карачаево-Черкесской Республике – 29,7 (соответственно – 25,0), в Республике Адыгея – 26,2 (соответственно – 23,6), в Калужской области – 26,1 (соответственно – 22,7), в Новгородской области – 25,6 (соответственно – 17,8), в Республике Алтай – 25,4 (соответственно – 24,6).

В условиях сокращенного воспроизводства поколений решающее значение приобретает продолжительность жизни. Темпы роста ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении после 2005 года сопоставимы с отмечавшимися в период антиалкогольной кампании 1985-1988 годов, когда были достигнуты самые высокие за всю российскую историю показатели долголетия – 70,1 года.

По предварительным данным Росстата, в 2014 году показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении составил 71,0 года. У женщин продолжительность жизни достигла 76,5 года, у мужчин – 65,3 года.

Смертность от болезней системы кровообращения

Несмотря на то, что в большинстве субъектах Российской Федерации наблюдается высокий процент охвата населения диспансеризацией за 2014 год (1 этап диспансеризации), необходимо отметить регионы, в которых недостаточно активно проводится работа по направлению граждан с выявленными факторами риска заболеваний, в том числе болезней системы кровообращения, на дальнейшее обследование и лечение (2 этап диспансеризации). Это – Тамбовская область – 20,3 %, Липецкая область – 20,8 % и Еврейская автономная область – 3,8 % (по Российской Федерации – 21,3 %).

В регионах с ростом смертности от болезней системы кровообращения имеют место недостатки в организации круглосуточной работы специализированных служб в первичных сосудистых отделениях и региональных сосудистых центрах для

оказания квалифицированной помощи больным с болезнями системы кровообращения, включая рентгенхирургические операционные и другие диагностические службы.

Низкий уровень госпитализации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом в первичные сосудистые отделения и региональные сосудистые центры отмечается в Еврейской автономной области, Липецкой и Тамбовской областях. Наиболее высокий уровень госпитализации больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом в непрофильные отделения отмечается в Новгородской и Псковской областях.

Также на рост смертности от болезней системы кровообращения влияет дефицит врачебных кадров. Так, среди отмеченных регионов с ростом смертности от болезней системы кровообращения обеспеченность врачами-кардиологами ниже среднероссийского показателя (0,87 на 10 тыс. населения) – в Еврейской автономной области – 0,12 и Тамбовской области – 0,54.

Смертность от новообразований

В большинстве регионов с зарегистрированным ростом показателя смертности от новообразований в 2014 году и (или) с показателем выше среднероссийского и имеющего тенденцию к росту, отмечались серьезные недостатки в организации первичного звена здравоохранения. В частности, отмечается низкий по сравнению со среднероссийским (17,3 %) процент выявленных активно со злокачественными новообразованиями от числа больных с первично установленным диагнозом в: Брянской области – 7,6 %, Калининградской области – 8,8 % (по Российской Федерации – 17,3 %).

Зафиксирован высокий процент выявляемости злокачественных новообразований на поздних (III и IV стадиях) в Брянской и Иркутской областях – 45,2 % и 48,5 % соответственно, в то время как в Российской Федерации этот показатель составляет 42,4 %. Также в указанных субъектах Российской Федерации отмечается низкий показатель выполнения плана по диспансеризации (80,4 % и 79,7 % от плана соответственно), что затрудняет раннее выявление онкологических заболеваний.

Во многом неудовлетворительная организация первичного звена здравоохранения и онкологической службы объясняется дефицитом квалифицированных специалистов по данным специальностям. Так, при средней

обеспеченности врачами – онкологами в Российской Федерации на уровне 0,47 на 100 тыс. населения, в Калининградской области этот показатель не превышает 0,23; в Свердловской области – 0,37; в Иркутской области – 0,42; в Республике Адыгея и Брянской области – по 0,43.

В некоторых субъектах Российской Федерации имеет место нехватка первичных онкологических кабинетов, которые в ряде случаев не обеспечивают работу в несколько смен.

Кроме того, высокий уровень показателя смертности от онкологических заболеваний обусловлен следующими факторами:

сложившимися за длительный период времени особенностями образа жизни населения;

высокой распространенностью поведенческих факторов риска развития онкологических заболеваний;

изменением возрастной структуры населения с увеличением в популяции доли старших возрастных групп;

поздней обращаемостью населения за медицинской помощью;

недостаточной выявляемостью новообразований на ранних стадиях;

отсутствием преемственности и другими дефектами в оказании медицинской помощи онкологическим больным.

В этой связи особое внимание должно уделяться реализации мероприятий по диспансеризации населения. Успешное проведение диспансеризации, как показывает практика, может обеспечить существенный вклад как в снижение общей смертности населения, так и смертности от злокачественных новообразований (до 30 %).

Смертность от туберкулеза

В ряде субъектов Российской Федерации, в которых зафиксирован рост показателя смертности от туберкулеза, отмечены проблемы с организацией раннего выявления больных туберкулезом и недостаточное использование молекулярных методов исследования с целью определения лекарственной устойчивости.

Недостаточные показатели в 2014 году охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами на туберкулез по сравнению со среднероссийским показателем (66,7 %) отмечены в следующих субъектах Российской Федерации: в Карачаево-Черкесской Республике (44,2%), в

Московской области (44,4 %), в Республике Карелия и Ленинградской области (45,8 %), в Республике Кабардино-Балкария (46,8 %), в Калужской области (47,9 %),

В отдельных субъектах Российской Федерации число случаев рецидивов туберкулеза превышает среднероссийский показатель (10,0 случаев 100 тыс. населения): в Волгоградской области – 15,9, в Еврейской автономной области – 37,2.

Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в отдельных регионах связана с высокой долей социально неадаптированных лиц и недостаточным их охватом профилактическими медицинскими осмотрами и лечением (Республика Тыва, Приморский край, Чукотский автономный округ, Иркутская область, Кемеровская область, Астраханская область, Алтайский край, Новосибирская область, Хабаровский край, Свердловская область, Красноярский край). Как правило, в таких субъектах Российской Федерации отмечается значительная концентрация учреждений Федеральной службы исполнения наказаний.

Смертность от дорожно-транспортных происшествий (далее – ДТП)

Рост смертности от ДТП в первую очередь связан с высоким процентом погибших в момент аварии или в первые минуты после аварии в силу получения травм, несовместимых с жизнью. Несмотря на то, что в 91% случаев бригады скорой медицинской помощи прибывают на место ДТП в 20 минутный интервал, отмечается рост до 96% числа погибших в момент аварии или в первые минуты после аварии в силу получения травм, несовместимых с жизнью, на месте происшествия до приезда бригады скорой медицинской помощи (Белгородская, Курская, Липецкая области, Чувашская Республика и другие).

Также одной из основных причин роста смертности является большое число ДТП с участием водителей в нетрезвом состоянии. Наибольшее число данного типа ДТП зафиксировано в Рязанской области – 273 случая (рост на 10,1 %), в Ростовской области – 271 случай (на 1,9 %), в Курской области – 188 случаев (на 28,8 %), в Липецкой области – 153 случая (на 135,4%).

Имеет место и факт нерациональной и неэффективной организации медицинской помощи, включая недостатки в схемах маршрутизации таких пациентов, не учитывающие тяжесть полученных ими травм и необходимость

обеспечения максимально короткого времени прибытия бригад скорой медицинской помощи на место ДТП.

Минздравом России проводился постоянный мониторинг заболеваемости и смертности населения Российской Федерации в разрезе субъектов Российской Федерации по основным классам причин смерти с последующим их анализом, прогнозированием динамики показателей смертности и выявлением причин недостаточного снижения или роста показателей смертности в отдельных субъектах Российской Федерации. Также осуществляется мониторинг проведения диспансеризации населения в регионах с выявлением причин низкой доли охвата диспансерными осмотрами.

Кроме того, Минздравом России в течение 2014 года организовывались регулярные совещания со всеми субъектами Российской Федерации по вопросам эффективности реализуемых мероприятий по снижению смертности от основных причин, анализировались причины роста или недостаточного снижения смертности, разбирались выявленные недостатки в организации медицинской помощи. Для проведения углубленного анализа эффективности мероприятий по снижению смертности, Минздравом России организовывались выезды сотрудников, главных внештатных специалистов Минздрава России и их представителей, медицинских специалистов федеральных медицинских организаций в регионы всех федеральных округов с последующими рекомендациями органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

В целях достижения целевых показателей смертности в субъектах Российской Федерации Минздрав России обращает особое внимание органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения на улучшение работы по усилению информирования населения, обеспечения скорой медицинской помощи необходимыми лекарственными средствами, дальнейшего развития инфраструктуры региональных сосудистых центров, на базе которых возможно проведение всех видов интервенционных методов лечения и системного тромболизиса при острой сосудистой патологии, необходимость обеспечить работу рентгеноперационных в региональных сосудистых центрах в круглосуточном режиме.

В соответствии с протоколами совещаний у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 11 декабря 2014 г. № ОГ-П12-334пр и от 25 декабря 2014 г. № ОГ-П12-351 Минздравом России с привлечением главных внештатных специалистов Минздрава России разработаны планы мероприятий по сокращению в 2015 году числа умерших по основным классам причин смерти (болезни системы кровообращения, в том числе ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни; новообразования, в том числе злокачественные; туберкулез; дорожно-транспортные происшествия; болезни органов пищеварения; болезни органов дыхания; младенческая смертность).

Обобщенные планы мероприятий по снижению смертности доведены до органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья с целью разработки детализированных региональных планов мероприятий по снижению смертности, предусматривающих включение целевых значений показателей снижения смертности, рекомендованных Минздравом России для каждого субъекта Российской Федерации, с указанием числа сохраненных жизней по каждому мероприятию.

В целях обеспечения мониторинга реализации указанных планов мероприятий как на федеральном, так и на региональном уровнях, и обеспечения достижения намеченных целей по снижению смертности определены ответственные должностные лица и специалисты по каждому из конкретных мероприятий.

В план мероприятий по снижению смертности от ишемической болезни сердца включено мероприятие по внедрению высокоэффективных методов лечения больных с ишемической болезнью сердца, включая острый коронарный синдром, предусматривающее увеличение объемов оперативных вмешательств, баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий и другие мероприятия.

В плане мероприятий по снижению смертности от онкологических заболеваний предусматривается реализация мер, направленных на повышение эффективности работы медицинских организаций первичного звена здравоохранения по раннему выявлению онкологических заболеваний, в том числе с использованием скрининговых методов и выездных форм работ; тиражирование эффективных методов диагностики злокачественных

новообразований (лучевая диагностика; иммунофенотипирование; молекулярные; цитогенетические исследования и др.), в том числе на основе клинических рекомендаций (протоколов лечения); внедрение высокоэффективных радиологических, химиотерапевтических и комбинированных хирургических методов лечения с использованием клинических протоколов и другие мероприятия.

Мероприятие по обучению врачей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь, включенное в план мероприятий по снижению смертности от туберкулеза, предусматривает также обучение врачей-терапевтов по вопросам диагностики туберкулеза.

В плане мероприятий по снижению смертности от болезней органов дыхания предусматривается реализация мероприятия по профилактике респираторных инфекций путем иммунизации населения от гриппа и пневмококковой инфекции, в первую очередь в группах риска.

РАЗДЕЛ 2. ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

Тенденции в заболеваемости населения

Заболеваемость населения является основой для планирования ресурсов здравоохранения, необходимых для удовлетворения существующей потребности населения в различных видах медицинской помощи.

Рост общей заболеваемости с 2013 по 2014 год в Российской Федерации (без учета Крымского федерального округа) составил 14,8 %.

В 2014 году в целом по Российской Федерации (без учета Крымского федерального округа) общая заболеваемость составила 160 911,3 на 100 тыс. населения (рис. 2.1.) (с учетом Крымского федерального округа – 160 670,3 на 100 тыс. населения). В 2014 году рост общей заболеваемости в Российской Федерации (без учета Крымского федерального округа) в сравнении с 2008 годом составил 3,0 %.

Заболеваемость населения с одной стороны отражает распространенность патологии в популяции, а с другой – доступность медицинской помощи, поэтому рост заболеваемости населения (как общей, так и по отдельным классам болезней) не должен однозначно рассматриваться как отрицательное явление.

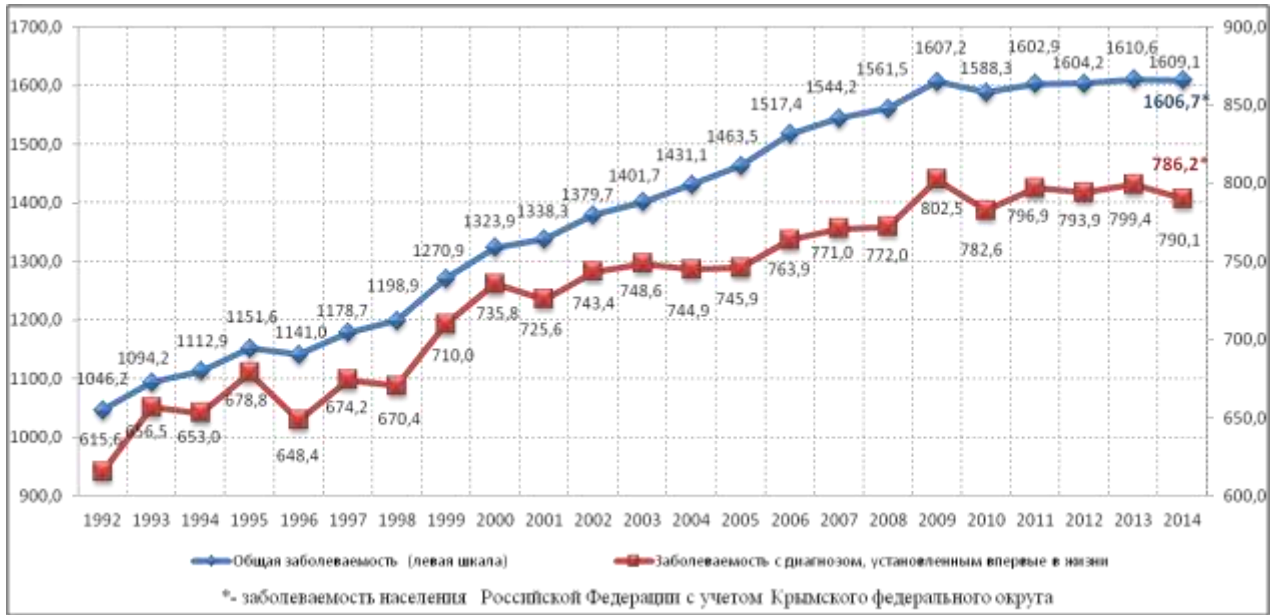


Рис. 1.2. Динамика заболеваемости населения Российской Федерации (на 1 000 человек населения) за период 1992-2014 гг.

В 2014 году в сравнении с 2008 годом отмечается рост болезней эндокринной системы, расстройств питания, нарушений обмена веществ (+ 21,4 %), новообразований (+ 14,8 %), болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (+ 8,5 %), болезней мочеполовой системы (+ 7,5 %), врождённых аномалий (пороки развития), деформаций и хромосомных нарушений (+ 6,2 %), болезней уха и сосцевидного отростка (+ 6,1 %), болезней нервной системы и болезней органов пищеварения (+ 5,0 %), болезней органов дыхания (+ 4,7 %), болезней системы кровообращения (+ 3,6 %). Значительно реже стали регистрироваться симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях (- 62,5 %). Продолжилось сокращение инфекционной заболеваемости (- 12,3 %), психических расстройств и расстройств поведения (- 11,1 %) (табл. 1.1).

Общая заболеваемость населения по классам болезней
в Российской Федерации в 2008, 2013 и 2014 годах (на 100 тыс. населения)

Наименование классов болезней МКБ-10	2008 г.	2013 г.	2014 г.		Темп прироста/убыли, %	
			без учета КФО	с учетом КФО	2014 г. (без учета КФО) к 2008 г.	2014 г. (без учета КФО) к 2013 г.
1	2	3	4	5	6	7
Всего	156 150,1	161 061,8	160 911,3	160 670,3	3,0	-0,1
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	5 226,5	4 573,9	4 582,0	4 578,2	-12,3	0,2
Новообразования	3 851,3	4 346,0	4 421,4	4 425,1	14,8	1,7
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1 263,7	1 195,4	1 251,9	1 249,2	-0,9	4,7
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	5 761,7	6 633,2	6 993,3	7 003,3	21,4	5,4
Психические расстройства и расстройства поведения	5 250,4	4 786,9	4 667,5	4 667,9	-11,1	-2,5
Болезни нервной системы	5 652,7	5 896,6	5 934,8	5 874,4	5,0	0,6
Болезни глаза и его придаточного аппарата	10 994,0	11 107,1	11 097,2	11 036,6	0,9	-0,1
Болезни уха и сосцевидного отростка	3 795,9	4 094,2	4 027,1	4 014,0	6,1	-1,6
Болезни системы кровообращения	22 050,2	22 890,6	22 841,6	23 247,1	3,6	-0,2

Наименование классов болезней МКБ-10	2008 г.	2013 г.	2014 г.		Темп прироста/убыли, %	
			без учета КФО	с учетом КФО	2014 г. (без учета КФО) к 2008 г.	2014 г. (без учета КФО) к 2013 г.
Болезни органов дыхания	36 660,1	38 901,8	38 382,3	38 198,9	4,7	-1,3
Болезни органов пищеварения	11 358,3	11 412,5	11 926,5	11 867,8	5,0	4,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6 320,7	6 138,1	6 124,2	6 107,4	-3,1	-0,2
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	12 500,1	13 301,0	13 562,9	13 446,6	8,5	2,0
Болезни мочеполовой системы	10 904,4	11 721,6	11 718,7	11 655,0	7,5	0,0
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	687,6	718,5	730,4	730,9	6,2	1,7
Симптомы, признаки и отклонения, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	1 500,9	1 029,1	562,3	561,0	-62,5	-45,4
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	9 363,0	9 289,8	9 123,5	9 054,3	-2,6	-1,8

В 2014 году по сравнению с 2013 годом выросла заболеваемость (табл. 1.1) по следующим классам болезней: болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ, болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, болезни органов пищеварения, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани,

новообразования, врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, болезни нервной системы, некоторые инфекционные и паразитарные болезни.

В то же время, в 2014 году по сравнению с 2013 годом заболеваемость снизилась по следующим классам болезней: симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, психические расстройства и расстройства поведения, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, болезни уха и сосцевидного отростка, болезни органов дыхания, болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни системы кровообращения, болезни глаза и его придаточного аппарата.

Снижение общей заболеваемости в 2014 году по сравнению с 2013 годом в Российской Федерации (без учета Крымского Федерального округа) составило 0,1 % с варьированием по федеральным округам от + 1,8 % в Северо-Западном до - 1,9 в Дальневосточном федеральном округе (табл. 1.2).

Таблица 1.2

Общая заболеваемость населения Российской Федерации
по федеральным округам

Федеральные округа	Общее число зарегистрированных случаев заболевания на 100 тыс. населения		
	2013 г.	2014 г.	темп прироста/убыли (%)
Российская Федерация без учета Крымского федерального округа	161 061,8	160 911,3	-0,1
Центральный	147 531,2	146 851,9	-0,5
Северо-Западный	181 524,8	184 852,7	1,8
Южный	142 343,9	141 124,4	-0,9
Северо-Кавказский	128 373,2	126 240,0	-1,7
Приволжский	180 897,1	181 538,8	0,4
Уральский	152 653,1	152 042,9	-0,4
Сибирский	174 602,0	175 057,9	0,3
Дальневосточный	154 561,0	151 588,4	-1,9
Российская Федерация с учетом Крымского федерального округа	-	160 670,3	-
Крымский	-	145 550,3	-

Среди классов болезней, занимающих лидирующее место в качестве причин смерти, опережающими темпами происходит прирост заболеваемости новообразованиями (табл. 1.2): в Сибирском федеральном округе рост достигает + 3,9 %, Приволжском – + 3,6 %, Северо-Западном – + 3,2 %, при общероссийском значении (без учета Крымского федерального округа) + 1,7%. Одновременно отмечается снижение в Южном федеральном округе – на 0,6 %, Северо-Кавказском – на 0,5 % и Центральном – на 0,2 %.

Снижение заболеваемости болезнями системы кровообращения наблюдается в целом по Российской Федерации (без учета Крымского федерального округа – на 0,2 %) почти во всех федеральных округах, за исключением Сибирского федерального округа, в котором заболеваемость болезнями системы кровообращения в 2014 году сохраняется на уровне 2013 года, а также Приволжского и Северо-Западного федеральных округов, в которых отмечается рост (+ 1,8 % и + 1,0 % соответственно). По болезням системы кровообращения максимальное снижение заболеваемости отмечается в Северо-Кавказском федеральном округе (- 6,2 %).

Травмы и отравления стали реже регистрироваться в Сибирском и Приволжском федеральных округах (- 3,0 %), Уральском (- 2,6 %), Северо-Западном (- 1,3 %) и Южном федеральных округах (- 1,1 %). В Северо-Кавказском и Дальневосточном федеральных округах отмечается рост данной патологии (на 0,7 % и 0,2 % соответственно).

Заболеваемость населения болезнями системы кровообращения, новообразованиями, травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешних причин по федеральным округам

Федеральные округа	Болезни системы кровообращения			Новообразования			Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин		
	2013	2014	темп прироста/убыли (%)	2013	2014	темп прироста/убыли (%)	2013	2014	темп прироста/убыли (%)
Российская Федерация без учета Крымского федерального округа	22 890,6	22 841,6	-0,2	4 346,0	4 421,4	1,7	9 289,8	9 123,5	-1,8
Центральный	23 491,7	23 272,1	-0,9	4 265,3	4 255,9	-0,2	8 675,5	8 602,6	-0,8
Северо-Западный	25 718,2	25 971,4	1,0	4 960,0	5 117,3	3,2	9 965,9	9 834,0	-1,3
Южный	19 533,2	19 431,2	-0,5	4 441,9	4 415,7	-0,6	7 977,5	7 890,8	-1,1
Северо-Кавказский	15 234,3	14 295,1	-6,2	2 335,1	2 324,2	-0,5	6 341,6	6 386,1	0,7
Приволжский	26 138,2	26 619,8	1,8	4 742,5	4 911,1	3,6	10 078,4	9 780,8	-3,0
Уральский	16 756,3	16 655,8	-0,6	4 077,9	4 150,5	1,8	9 877,6	9 619,3	-2,6
Сибирский	25 132,9	25 135,4	0,0	4 469,7	4 645,5	3,9	10 498,1	10 184,0	-3,0
Дальневосточный	18 830,2	18 574,6	-1,4	3 625,4	3 668,0	1,2	10 303,3	10 325,3	0,2
Российская Федерация с учетом Крымского федерального округа	-	23 247,1	-	-	4 425,1	-	-	9 054,3	-
Крымский	-	48 684,6	-	-	4 658,9	-	-	4 713,5	-

Наиболее низкий уровень заболеваемости населения болезнями системы кровообращения отмечается в Республике Тыва – 9 264,2 (в 2,5 раза ниже, чем в целом по Российской Федерации), в Республике Дагестан – 10 717,6, в Магаданской области – 12 148,2, в Курской области – 12 245,4, в Ханты-Мансийском автономном округе – 12 470,7 на 100 тыс. населения (табл. 1.4).

Таблица 1.4

Уровни общей заболеваемости болезнями системы кровообращения всего населения в отдельных субъектах Российской Федерации (на 100 тыс. населения), 2014 год

Субъекты Российской Федерации	Общее число зарегистрированных случаев заболевания болезнями системы кровообращения
Российская Федерация с учетом Крымского федерального округа	23 247,1
Низкий уровень заболеваемости:	
Республика Тыва	9 264,2
Республика Дагестан	10 717,6
Магаданская область	12 148,2
Курская область	12 245,4
Ханты-Мансийский автономный округ	12 470,7
Высокий уровень заболеваемости:	
Алтайский край	43 010,9
Новгородская область	36 305,1
Самарская область	35 508,0
Чувашская Республика	35 043,8
Республика Карелия	33 141,5

Заболеваемость болезнями системы кровообращения самая высокая в Алтайском крае (43 010,9 на 100 тыс. населения), что почти в 2 раза выше показателя по Российской Федерации.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями

Показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в России в 2014 году составил 387,3 (с учетом

Крымского федерального округа – 387,6) на 100 тыс. населения, что на 3,7 % выше уровня 2013 года.

Наиболее часто встречающимися злокачественными новообразованиями в России в 2014 году, как и в предшествующие годы, были новообразования кожи (14,2 % от числа новых случаев рака), молочной железы (11,6%), трахеи, бронхов, легкого (10,2%) и желудка (6,7%).

В структуре заболеваемости мужчин большой удельный вес имеют опухоли трахеи, бронхов, легкого (17,8%), предстательной железы (14,9%), кожи (11,5%), желудка (8,2%), ободочной кишки (6,1%), прямой кишки (5,2%), кроветворной и лимфатической ткани (4,8%).

Первое место в структуре заболеваемости в женской популяции принадлежит злокачественным новообразованиям молочной железы (21,2%), далее следуют опухоли кожи (16,6%), тела матки (7,7%), ободочной кишки (7,0%), желудка (5,4%), шейки матки (5,2%), прямой кишки (4,6%), яичника (4,4%).

Максимальные значения показателей первичной заболеваемости отмечены в Новгородской (533,5), в Орловской (499,2), в Курганской (488,2), в Рязанской (488,0), в Ярославской (487,0) областях, минимальные – в республиках Ингушетия (140,3), Дагестан (141,8), в Чеченской Республике (156,4), в Ямало-Ненецком автономном округе (180,2), в Республике Тыва (193,4) на 100 тыс. населения (табл. 1.5).

Самый высокий уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями среди федеральных округов в 2014 году отмечался в Северо-Западном федеральном округе (407,0), самый низкий уровень – в Северо-Кавказском федеральном округе – 241,4 на 100 тыс. населения

Показатель распространенности злокачественных новообразований в 2014 году составил 2 241,4 на 100 тыс. населения (с учетом Крымского федерального округа – 2 250,0), что выше уровня 2004 года (1 625,7) на 38,8% (в 2013 году – 2 157,0).

Рост данного показателя обусловлен как ростом выявляемости, так и увеличением выживаемости онкологических больных.

Максимальные значения данного показателя отмечены в Курской (3 090,8 на 100 тыс. населения), в Калужской (2 764,1), в Орловской (2 743,6) и Тверской (2 723,1) областях; минимальные – в республиках Дагестан (730,3),

Тыва (747,3), Ингушетия (841,4), в Чукотском автономном округе (1 137,7), в Республике Саха (Якутия) (1 135,2) (табл.1.6).

Таблица 1.5

Субъекты Российской Федерации с максимальным и минимальным показателем числа лиц с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в 2014 году (на 100 тыс. населения)

Максимальные показатели		Минимальные показатели	
Новгородская область	533,5	Карачаево-Черкесская Республика	268,6
Орловская область	499,2	Кабардино-Балкарская Республика	260,3
Курганская область	488,2	Республика Алтай	244,3
Рязанская область	488,0	Ханты-Мансийский автономный округ	237,3
Ярославская область	487,0	Республика Саха (Якутия)	236,0
Самарская область	484,9	Республика Тыва	193,4
Алтайский край	481,8	Ямало-Ненецкий автономный округ	180,2
Пензенская область	477,7	Чеченская Республика	156,4
Брянская область	475,7	Республика Дагестан	141,8
Курская область	470,9	Республика Ингушетия	140,3

Таблица 1.6

Субъекты Российской Федерации с максимальным и минимальным показателем распространенности злокачественных новообразований в 2014 году (на 100 тыс. населения)

Максимальные показатели		Минимальные показатели	
Курская область	3 090,8	Республика Бурятия	1 412,1
Калужская область	2 764,1	Ненецкий АО	1 381,0
Орловская область	2 743,6	Республика Алтай	1 223,2
Тверская область	2 723,1	Ямало-Ненецкий автономный округ	1 187,4
Ярославская область	2 709,4	Чеченская Республика	1 053,2

Республика Мордовия	2 702,2	Республика Саха (Якутия)	1 135,2
Пензенская область	2 674,9	Чукотский автономный округ	1 137,7
Алтайский край	2 673,5	Республика Ингушетия	841,4
Краснодарский край	2 673,3	Республика Тыва	747,3
Московская область	2 666,1	Республика Дагестан	730,3

Доля больных, состоявших на учете в онкологических учреждениях Российской Федерации 5 лет и более с момента установления диагноза злокачественного новообразования, от числа состоявших на учете на конец отчетного года 5 лет назад составила в 2014 году 52,4% (2013 год – 51,7%). Максимальные показатели наблюдаются в Забайкальском крае (59,5%), в Тверской области (58,7%), в Республике Карелия (57,4%), в Республике Башкортостан (57,1%), в Калининградской области (57,0%); минимальные – в Чеченской Республике (31,1%), в Чукотском автономном округе (37,6%), в Республике Дагестан (43,5%), в Астраханской (45,1%) и Сахалинской (45,5%) областях.

Показатель активной выявляемости злокачественных новообразований составил 18,6% (с учетом Крымского федерального округа – 18,7%), в 2013 году – 17,3%.

Из числа больных, выявленных активно, 74,2% имели I-II стадию заболевания (2013 г. – 69,9%). Опухоли визуальных локализаций I-II стадии заболевания составили 48,0% (2013 г. – 45,2%) от всех новообразований, выявленных при профилактических медицинских осмотрах. Доля больных с опухолевым процессом I-II стадии, выявленных при профилактических медицинских осмотрах, среди всех больных с указанной стадией составила в 2014 году 25,0% (в 2013 году – 22,3%).

Самый низкий удельный вес злокачественных новообразований, выявленных активно, зафиксирован в Чеченской Республике (0,6%), в республиках Калмыкия (1,1%), Адыгея (1,2%), в Еврейской автономной области (1,3%), в республиках Тыва (4,3%), Ингушетия (4,5%), в Камчатском крае (4,7%), в Ставропольский крае (5,6%), в Ярославской области (5,9%).

Максимальные показатели активного выявления отмечены в Тамбовской области (49,7%), в Чукотском автономном округе (47,7%), в

Курской области (35,3%), в Пермском крае (32,2%), в Республике Хакасия (29,8%), в Ленинградской области (29,1%).

Активное выявление злокачественных новообразований органов репродуктивной системы во многих регионах практически отсутствует. Минимальная доля активно выявленных злокачественных новообразований молочной железы в 2014 году наблюдалась: в республиках Калмыкия (0,0%), Тыва (1,7%), Чеченской Республике (3,2%), в Еврейской автономной области (3,3%), в Республике Адыгея (4,4%), в Новгородской области (6,0%), в Республике Ингушетия (7,9%), в среднем по Российской Федерации – 33,1%.

Отсутствует активное выявление рака шейки матки в Республике Адыгея, Чеченской Республике, в Еврейской автономной области; низкие показатели отмечаются в Калининградской области (1,0%), в Республике Калмыкия (2,6%), в Самарской области (7,9%), в Ставропольском крае (8,7%), в Новгородской (9,5%) и Костромской (10,8%) областях, при среднероссийском показателе – 32,7%.

В 2014 году доля больных с морфологически подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования составил 88,9% (с учетом Крымского федерального округа – 88,8%) в 2013 году – 87,7%.

Высокая доля морфологической верификации диагноза отмечена в Астраханской области (99,2%), в Республике Мордовия (98,2%), в Тамбовской области (96,3%), в Томской области (96,3%), в Камчатском крае (96,2%), в Ярославской области (96,0%); низкий процент морфологической верификации диагноза – в республиках Ингушетия (66,0%), Бурятия (76,5%), в Приморском крае (76,8%), в Республике Калмыкия (78,1%), в Волгоградской области (79,0%).

Одним из основных показателей, определяющих прогноз онкологического заболевания, является степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики. В 2014 году 26,7% злокачественных новообразований были диагностированы в I стадии заболевания (2013 год – 25,6%), 25,3% – во II стадии (2013 год – 25,2%), 20,6% – в III стадии (2013 год - 21,2%). Было выявлено 7 267 случаев рака в стадии *in situ* или 1,3 (2013 год – 1,3) случаев на 100 всех впервые выявленных случаев рака. Рак шейки матки в стадии *in situ* диагностирован в 4 418 случаях (27,4 случаев на 100 впервые выявленных злокачественных

новообразований шейки матки; 2013 год – 27,5); молочной железы – 1 218 и 1,9 соответственно (2013 год – 1,7).

Доля злокачественных новообразований не установленной стадии в 2014 году составила 6,4% (с учетом Крымского федерального округа – 6,7%), в 2013 году – 6,8%.

Высок удельный вес опухолей не установленной стадии (вместе с нестадируемыми) в Республике Адыгея (15,3%), в Калужской области (13,9%), в республиках Коми (13,8%), Чувашия (12,2%), Кабардино-Балкария (11,9%).

В 2014 году в Российской Федерации 20,8% злокачественных новообразований (с учетом Крымского федерального округа – 20,7%) диагностированы при наличии отдаленных метастазов (2013 год - 21,1%).

Наиболее высокий удельный вес опухолей IV стадии зафиксирован в республиках Калмыкия (37,9%), Ингушетия (36,7%), в Чукотском автономном округе (35,0%), в Иркутской области (30,2%), в Еврейской автономной области (29,3%), в Тульской (29,3%) и Орловской (28,5%) областях.

Высокие показатели запущенности отмечены при диагностике новообразований визуальных локализаций. В поздних стадиях (III-IV) выявлены 62,2% опухолей полости рта (2013 год – 61,6%); 48,5% – прямой кишки (2013 год – 48,8%); 35,7% – шейки матки (2013 год - 36,5%); 31,0% – молочной железы (2013 год – 31,9%); 23,6% – щитовидной железы (2013 год – 24,6%), показатель запущенности при меланоме кожи составил 22,1% (2013 год – 23,8%).

Доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза из числа взятых под диспансерное наблюдение в предыдущем году, составила 24,3% (с учетом Крымского федерального округа – 24,8%), в 2013 году – 25,3%, в 2004 году – 33,2%. В течение последних 10 лет наметилась положительная тенденция к снижению показателя одногодичной летальности.

Доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза, варьировала от 16,4% в Камчатском крае, 17,2% в Московской области, 18,7% в Тюменской области, 19,5% в Ямало-Ненецком автономном округе до 37,2% в Республике Саха, 36,7% в Еврейской автономной области,

36,0% в Республике Калмыкия, 35,3% в Костромской области, 33,5% в Республике Тыва.

В 2014 году впервые взяты под диспансерное наблюдение 2 950 детей в возрасте 0–14 лет (с учетом Крымского федерального округа – 3 003 ребенка), число впервые выявленных опухолей составило 2 967 и 3 020 соответственно (в возрасте 0–17 лет – 3 472 (с учетом Крымского федерального округа – 3 535), 3 487 и 3 550 соответственно). Доля детей со злокачественными новообразованиями, выявленными активно, для возрастной группы 0–14 лет составила 4,5%, для возрастной группы 0–17 лет – 4,8%.

Доля злокачественных новообразований с морфологически подтвержденным диагнозом в 2014 году у детей в возрасте 0 – 14 лет составила 89,5% (с учетом Крымского федерального округа – 89,6%), в 2013 году – 93,2, у детей в возрасте 0 – 17 лет – 91,3% (с учетом Крымского федерального округа – 91,4), в 2013 году – 90,7%.

Показатели распределения больных детей в возрасте 0-14 лет по стадиям опухолевого процесса составили: I стадия – 7,7 % (2013 год – 8,9 %), II стадия – 15,2 % (2013 год – 14,2 %), III стадия – 10,4 % (2013 год – 10,5%), IV стадия – 8,6 % (2013 год – 9,3 %) (для возрастной группы 0-17 лет – 8,8 % (10,1 %), 15,7 % (14,8 %), 10,9 % (11,0 %), 9,1 % (9,7 %) соответственно).

Высокий удельный вес больных с не установленной стадией заболевания, составивший в 2014 году для детей 0–14 лет 58,2 %, обусловлен тем, что около половины злокачественных новообразований у детей составляют гемобластозы (0–17 лет – 55,5 %).

Под наблюдением в онкологических учреждениях в 2014 году находились 16 243 (с учетом Крымского федерального округа – 16 540) пациента в возрасте 0–14 лет, в возрасте 0–17 лет – 20 839 (с учетом Крымского федерального округа - 21 217). Показатель распространенности злокачественных новообразований в детской популяции до 15 лет в 2014 году составил 70,5 на 100 тыс. населения соответствующего возраста (0–17 лет – 76,9). Показатель одногодичной летальности – 9,5% и 9,6% для детей в возрасте 0–14 и 0–17 лет соответственно (2013 г. – 12,2% и 11,9%, 2009 г. – 11,9% и 12,0%).

Заболеваемость наркологическими расстройствами

В 2014 году специализированными учреждениями Минздрава России зарегистрировано 2 млн 719 тыс. лиц с наркологическими расстройствами или 1 888,8 больных на 100 тыс. населения или почти 2 % общей численности населения (с учетом Крымского федерального округа – 2 млн 766 тыс. человек или 1 891,1 на 100 тыс. населения). По сравнению с 2013 годом в 2014 году показатель общей заболеваемости наркологическими расстройствами снизился на 4,1 %.

По сравнению с 2005 годом, когда наркологическими учреждениями страны было зарегистрировано максимальное число пациентов с наркологическими расстройствами (2 426,8 на 100 тыс. населения), данный показатель снизился на 22,2%.

Среди отдельных субъектов Российской Федерации максимальная заболеваемость (4 117,5 на 100 тыс. населения) зарегистрирована в Сахалинской области, минимальная (311,3 на 100 тыс. населения) – в Республике Ингушетия (табл. 1.7).

Таблица 1.7

Субъекты Российской Федерации с максимальными и минимальными показателями числа пациентов с наркологическими расстройствами, зарегистрированных наркологическими учреждениями в 2014 году (на 100 тыс. населения)

Максимальные показатели		Минимальные показатели	
Сахалинская область	4232,3	Республика Ингушетия	311,3
Чукотский автономный округ	4117,5	Чеченская Республика	712,9
Камчатский край	3850	г. Санкт - Петербург	779,6
Ивановская область	3848,8	Республика Дагестан	950,7
Магаданская область	3667,2	Томская область	1184,9
Брянская область	3230,9	Республика Бурятия	1188,2
Самарская область	3168,1	город Москва	1209
Чувашская Республика	3128,3	Республика Северная Осетия - Алания	1255,5

Республика Адыгея	3116,6	Кабардино-Балкарская Республика	1267,1
Нижегородская область	2976,7	Свердловская область	1270,3

Число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом наркологического расстройства составило 283 621 человек или 197,0 на 100 тыс. населения (с учетом Крымского федерального округа – 287 752 и 196,7 соответственно), что на 3,7 % меньше аналогичного показателя 2013 года (293 122 человек или 204,5 на 100 тыс. населения). По отдельным субъектам Российской Федерации максимальный показатель (583,7 на 100 тыс. населения) зарегистрирован в Курганской области, минимальный (34,3 на 100 тыс. населения) – в Республике Ингушетия (табл. 1.8).

Таблица 1.8

Субъекты Российской Федерации с максимальными и минимальными показателями числа лиц с впервые в жизни установленным диагнозом наркологического расстройства в 2014 году (на 100 тыс. населения)

Максимальные показатели		Минимальные показатели	
Курганская область	583,7	Республика Ингушетия	34,3
Астраханская область	566,3	г. Санкт - Петербург	54,1
Чукотский автономный округ	474,9	Ставропольский край	78,8
Пензенская область	462,4	Карачаево-Черкесская Республика	82,1
Оренбургская область	437,5	Чеченская Республика	88,1
Республика Калмыкия	400,6	Тамбовская область	107
Сахалинская область	395,2	Краснодарский край	108
Брянская область	388,3	Ростовская область	113,4
Чувашская Республика	382,8	Республика Адыгея	124,7
Челябинская область	361,5	Омская область	127,5

Как и в предыдущие годы, большинство зарегистрированных – это лица больные алкоголизмом, алкогольными психозами, и лица,

употребляющие алкоголь с вредными последствиями (79,2% от общего числа зарегистрированных пациентов). На пациентов с наркоманией и лиц, злоупотребляющих наркотиками, приходится 19,8 %, токсикоманией и лиц, злоупотребляющих ненаркотическими психоактивными веществами, – 1,0 %.

Число пациентов с алкоголизмом и алкогольными психозами, зарегистрированных наркологической службой в 2014 году, составило 1 781 тыс. человек, или 1 236,8 на 100 тыс. населения (с учетом Крымского федерального округа – 1 810 тыс. человек или 1 237,4 соответственно), что составляет почти 1,2 % общей численности населения. Кроме того, наркологической службой страны зарегистрировано 375 044 пациентов, употребляющих алкоголь с вредными последствиями (пагубное употребление), или 260,5 на 100 тыс. населения (с учетом Крымского федерального округа – 380 430 пациентов или 260,1 соответственно). Таким образом, в 2014 г. за наркологической помощью обратились 2 155 698 пациентов с алкогольными расстройствами, или 1447,7 на 100 тыс. населения (с учетом Крымского федерального округа – 2 190 405 пациентов или 1448,2 соответственно), что составило около 1,5% от численности населения страны.

По сравнению с 2013 годом в 2014 году все показатели обращаемости по поводу алкогольных расстройств снизились: общая заболеваемость алкогольными психозами – на 6,4%, алкоголизмом – на 3,9%, показатель обращаемости по поводу пагубного употребления алкоголя – на 8,6%.

В 2014 году впервые в жизни обратились за наркологической помощью 106 953 больных алкоголизмом, включая алкогольные психозы (с учетом Крымского федерального округа – 109 149 человек). Еще 93 305 (с учетом Крымского федерального округа – 94 199) пациентов зарегистрированы наркологическими учреждениями с диагнозом «пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя». Всего впервые в жизни обратились за наркологической помощью по поводу алкогольных расстройств 200 258 (с учетом Крымского федерального округа – 203 348) пациентов, или 139,1 на 100 тыс. населения (с учетом Крымского федерального округа – 139,0).

Среди лиц с впервые в жизни установленным диагнозом наркологического расстройства в 2014 году на долю пациентов с диагнозом наркомания приходилось 6,2 %.

Показатель первичной заболеваемости алкоголизмом составил 74,3 на 100 тыс. населения (с учетом Крымского федерального округа – 74,6). По сравнению с уровнем 2013 года он снизился на 5,0% (в 2013 г. – 78,2).

Число больных алкогольными психозами с впервые в жизни установленным диагнозом уменьшилось с 33 483 до 31 862 (с учетом Крымского федерального округа – 32 056) человек. Первичная заболеваемость алкогольными психозами в Российской Федерации снизилась с 23,3 больных в 2013 году до 22,1 (с учетом Крымского федерального округа – 21,9) на 100 тыс. населения в 2014 г., или на 5,2%. В последние 10 лет наметилась выраженная тенденция к снижению этого показателя: по сравнению с уровнем 2004 года (53,9) он снизился в 2,5 раза. Однако этот показатель, по-прежнему, в два раза превышает уровень 1991 года – 10,6 на 100 тыс. населения.

В 2014 году специализированными наркологическими учреждениями страны зарегистрировано 315 773 (с учетом Крымского федерального округа – 321796) больных наркоманией, или 219,3 (с учетом Крымского федерального округа – 220,3) на 100 тыс. населения. По сравнению с 2013 годом (226,9) этот показатель снизился на 3,4%. Кроме того, 219 846 (с учетом Крымского федерального округа – 225419) человек в 2014 году были зарегистрированы с диагнозом «пагубное (с вредными последствиями) употребление наркотиков». В расчете на 100 тыс. населения этот показатель в 2014 году составил 152,7 (с учетом Крымского федерального округа - 154,3). По сравнению с уровнем 2013 года (144,4) этот показатель увеличился на 5,8%.

Общее число зарегистрированных потребителей наркотиков (включая больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями) в 2014 году составило 535 619 (с учетом Крымского федерального округа – 547215) человек, или 372,0 (с учетом Крымского федерального округа - 374,6) на 100 тыс. населения, что на 0,2% выше уровня 2013 года (371,3) (табл. 1.9).

Из общего числа потребителей наркотиков в 2014 году – 307 454 (с учетом Крымского федерального округа – 313 802) человека употребляли наркотики инъекционным способом (потребители инъекционных наркотиков – ПИН), или 213,6 (с учетом Крымского федерального округа – 214,8) на

100 тыс. населения. При этом показатель учтенной распространенности (обращаемости) этого контингента снизился почти на 11,5%.

Таблица 1.9

Общая заболеваемость наркологическими расстройствами,
вызванными употреблением наркотиков в Российской Федерации
2013-2014 годы

	2013	2014*	2013	2014*	Прирост/ снижение 2014/ 2013
Потребители наркотиков - всего	532 895	535 619	371,3	372	0,2
Синдром зависимости от наркотиков (наркомания), в том числе от:	325 671	315 773	226,9	219,3	-3,4
опиоидов	268 321	248 289	187	172,5	-7,8
каннабиноидов	23 870	25 483	16,6	17,7	6,6
кокаина	83	58	0,06	0,04	-33,3
психостимуляторов	6 477	9 500	4,5	6,6	46,7
других наркотиков и их сочетаний	26 920	32 443	18,8	22,5	19,7
Пагубное употребление наркотиков	207 224	219 846	144,4	152,7	5,8
Из числа потребителей наркотиков – ПИН	345 015	307 454	240,4	213,6	-11,5

* Данные за 2014 год приведены без учета Крымского федерального округа)

Среди зарегистрированных больных наркоманией в 2014 году, как и в предыдущие годы, подавляющее большинство составили больные с опийной зависимостью (78,6%), второе ранговое место заняла группа пациентов, включающая больных полинаркоманией и зависимых от других наркотиков – 10,3%, больные с зависимостью от каннабиса заняли третье ранговое место – 8,1%. На четвертом месте – группа пациентов с зависимостью от психостимуляторов (амфетамины, кокаин и т.п.) – 3 %.

В 2014 году динамика показателей общей заболеваемости наркоманиями имела различные тенденции: заболеваемость опийной наркоманией уменьшилась на 7,8%; каннабиноидной наркоманией увеличилась на 6,6%; наблюдался значительный рост показателя общей

заболеваемости зависимостью от других наркотиков и полинаркоманией – на 19,7% и зависимостью от психостимуляторов – на 46,7%.

Из общего числа потребителей наркотиков в 2014 году – 307 454 (с учетом Крымского федерального округа – 313 802) человека употребляли наркотики инъекционным способом или 213,6 на 100 тыс. населения (с учетом Крымского федерального округа – 214,8). При этом показатель учтенной распространенности (обращаемости) этого контингента снизился почти на 11,5%.

Категория пациентов, употребляющих наркотики инъекционным способом, является группой риска распространения ВИЧ-инфекции и других парентеральных инфекций. Несмотря на неуклонное снижение обращаемости потребителей инъекционных наркотиков в наркологические учреждения, уровень ВИЧ-инфекции среди зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков растет: если в 2009 году этот показатель составлял 13,2 %, то в 2014 году – 19,9 %. Это связано как с постарением контингента потребителей инъекционных наркотиков, в течение ряда лет находящихся под наблюдением наркологических учреждений, так и с их поздним обращением за наркологической помощью.

Из общего числа зарегистрированных лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом, инфицированы ВИЧ 61 310 (с учетом Крымского федерального округа – 62 497) человек (в 2013 году – 59 549 человек).

В 2014 году впервые в жизни обратились за наркологической помощью по поводу наркомании 20 713 (с учетом Крымского федерального округа – 21 174) человека. При этом в структуре первичных больных наркоманией в 2014 году произошли значительные изменения: впервые за период с 1993 года доля больных опийной наркоманией составила менее 50 % среди всех впервые обратившихся.

Показатель первичной заболеваемости наркоманией в 2014 году по сравнению в 2013 годом увеличился на 14,3% и составил 14,4 (с учетом Крымского федерального округа – 14,5) на 100 тыс. населения. Увеличение первичной заболеваемости наркоманией в 2014 году было обусловлено в основном ростом показателей первичной обращаемости по поводу каннабиноидной наркомании (на 43,8 %), зависимости от психостимуляторов (54,5 %), а также зависимости от других наркотиков, включая случаи полинаркомании (на 45,5 %).

Показатель первичной заболеваемости опийной наркоманией, напротив, снизился с 7,7 до 7,1 на 100 тыс. населения.

Следует отметить, что показатель первичной обращаемости потребителей инъекционных наркотиков в 2014 году также уменьшился (поскольку большая часть пациентов этой группы относятся к потребителям опиоидов) – на 8,0%. Динамика этого показателя в Российской Федерации свидетельствует о его неуклонном снижении на протяжении последних пяти лет: с 28,5 в 2009 году до 17,2 в 2014 году или на 39,7 %.

Наряду с ростом первичной заболеваемости наркоманией наблюдается увеличение обращаемости по поводу пагубного употребления наркотиков: рост показателя за 2014 год составил 10,0%. В целом показатель первичной обращаемости за наркологической помощью потребителей наркотиков (включая пациентов с синдромом зависимости и пагубным употреблением наркотиков) за 2014 год увеличился на 11,5%. (табл. 1.10).

Таблица 1.10.

Первичная заболеваемость наркологическими расстройствами, вызванными употреблением наркотиков в Российской Федерации в 2013-2014 гг.

Диагностические группы	Абсолютные числа		Первичная заболеваемость (на 100 тыс. населения)		Прирост/снижение (-) 2014/2013
	2013	2014	2013	2014*	
Потребители наркотиков - всего	69632	78604	48,5	53,8	10,9
Синдром зависимости от наркотиков (наркомания), в том числе от:	18110	21174	12,6	14,5	15,1
опиоидов	11107	10540	7,7	7,2	-6,5
каннабиноидов	2263	3321	1,6	2,3	43,8
кокаина	21	8	0	0	-
психостимуляторов	1556	2516	1,1	1,7	54,5
других наркотиков и их сочетаний	3163	4789	2,2	3,3	50
Пагубное употребление наркотиков	51522	57430	35,9	39,3	9,5

Из числа потребителей наркотиков – ПИН	26877	25222	18,7	17,3	-7,5
--	-------	-------	------	------	------

Таким образом, как и в предыдущие годы, в 2014 году наиболее часто за наркологической помощью обращались больные опийной наркоманией несмотря на снижение показателей первичной обращаемости. Вместе с тем, имеет место устойчивая тенденция роста общей и первичной заболеваемости каннабиноидной наркоманией, а также зависимостью от других наркотиков и сочетаний наркотиков различных химических групп (полинаркоманией). Наряду с этим в 2014 году наблюдается существенное увеличение числа пациентов с зависимостью от психостимуляторов и заболеваемости, связанной с употреблением наркотиков этой группы.

Число больных токсикоманией, зарегистрированных наркологической службой в 2014 году, составило 10 433 (с учетом Крымского федерального округа – 10 571) человека. Показатель общей заболеваемости токсикоманией в Российской Федерации в 2014 году по сравнению с уровнем 2013 года снизился на 6,5 % и составил 7,2 на 100 тыс. населения (в 2013 году – 7,7).

Кроме того, по поводу пагубного употребления ненаркотических психоактивных веществ в амбулаторную наркологическую службу обратились 17 571 (с учетом Крымского федерального округа – 17834) человек или 12,2 на 100 тыс. населения. Уровень обращаемости по поводу пагубного употребления по сравнению с 2013 годом (11,8) возрос на 3,4%. Суммарный показатель обращаемости лиц, употребляющих ненаркотические психоактивные вещества, в 2014 году составил 19,4 на 100 тыс. населения.

Впервые в жизни обратились за наркологической помощью в 2014 году 737 (с учетом Крымского федерального округа – 748) больных токсикоманией. Уровень первичной заболеваемости токсикоманией в 2014 году составил 0,5 на 100 тыс. населения, как и в 2013 году.

В 2014 году в стране функционировало 4 реабилитационных центра – самостоятельных учреждения, в которых на 31 декабря 2014 года было развернуто 225 коек для медицинской реабилитации пациентов наркологического профиля (в 2013 году – 240 коек), расположенные в Курганской области, в Республике Северная Осетия – Алания, в Ханты-Мансийском автономном округе и Свердловской области. При этом только

реабилитационный центр в Свердловской области, открытый в 2013 году, имеет в своем составе амбулаторное реабилитационное отделение.

Наряду с этим в 2014 году в регионах страны на базе наркологических и психиатрических учреждений функционировало 15 реабилитационных отделений, имеющих статус реабилитационных центров (в 2013 году – 18), 98 стационарных отделений медицинской реабилитации, не имеющих статуса реабилитационного центра (в 2013 году – 88). Суммарный коечный фонд этих подразделений в 2014 году составил 2 676 коек, или на 19% больше, чем в 2013 году (2 249 коек).

Кроме того, в наркологических и психиатрических учреждениях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «наркология», развернуто 68 амбулаторных отделений медицинской реабилитации (в 2013 году – 52).

Дополнительным ресурсом для оказания реабилитационной помощи наркологическим больным является использование для проведения реабилитационных мероприятий коечного фонда дневных стационаров. Число мест (коек дневного пребывания) в дневных стационарах, предназначенных для реабилитации пациентов наркологического профиля, увеличилось на 10% и составило в 2014 году 597 (в 2013 году – 543), причем 10 таких коек развернуто в самостоятельном реабилитационном центре в Свердловской области.

Таким образом, структурные изменения в наркологической службе в 2014 году свидетельствуют о развитии реабилитационного направления в деятельности наркологических учреждений. Следует отметить, что модель реабилитации, сложившаяся в специализированных наркологических организациях и включающая набор реабилитационных услуг пациентам наркологического профиля в рамках стационарного, амбулаторного и полустационарного режима, в большей степени соответствует потребностям пациентов, в отличие от самостоятельных реабилитационных центров, в которых преобладает стационарная модель реабилитации без амбулаторного компонента.

Число пациентов, включенных в стационарные реабилитационные программы (СРП), в 2014 году составило 28 114 человека, что составляет 4,7 % от числа проходивших стационарное лечение. Успешно закончили стационарный этап реабилитации 81% больных. Средняя длительность стационарной реабилитации для пациентов, успешно ее закончивших,

составила 41 койко-день. После прохождения стационарной реабилитации было направлено для прохождения амбулаторного этапа 13 227 человек, или 58% от числа успешно завершивших стационарный этап реабилитации. Однако следует отметить, что 42% пациентов по окончании стационарных реабилитационных программ остаются вне амбулаторных реабилитационных программ.

В амбулаторные реабилитационные программы в 2014 году включено 86 279 пациентов наркологического профиля, что составляет 3,1% от числа обратившихся за амбулаторной наркологической помощью. После окончания стационарного этапа реабилитации обратился за амбулаторной реабилитационной помощью 7 881 пациент (59% от числа направленных из стационара пациентов).

Из числа больных наркоманией, включенных в амбулаторные реабилитационные программы, успешно завершили амбулаторную реабилитацию 45 496 больных, или 52,7% от числа проходивших амбулаторную реабилитацию.

Основные показатели, характеризующие качество оказания наркологической помощи по конечному результату, – это уровни ремиссий и прекращение диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением (стойким улучшением), повторность госпитализаций.

Показатели ремиссии во всех нозологических группах в 2014 году свидетельствуют об увеличении числа больных, находящихся в ремиссии. Это относится почти ко всем выделяемым группам заболеваний: число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет на 100 больных среднегодового контингента, в 2013 году составило 11,1, в 2014 году – 11,7; наркоманией – 9,0 и 9,3 соответственно. В 2014 году уменьшились только показатели краткосрочной ремиссии у больных токсикоманией – с 11,4 до 11,2.

Показатели, характеризующие долгосрочную ремиссию (продолжительность ремиссии 2 года и более), возросли во всех диагностических группах без исключения.

Таким образом, в 2014 году в ремиссии 1 год и более находился каждый пятый больной алкоголизмом и наркоманией и каждый четвертый больной токсикоманией.

Показатели прекращения диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением (длительным воздержанием) в 2014 году возросли во всех группах больных: у больных алкоголизмом – с 3,3 на 100 больных среднегодового контингента в 2013 году до 3,5 в 2014 году; у больных наркоманией – с 2,3 до 2,7; у больных токсикоманией – с 4,1 до 4,5 соответственно.

Показатели повторности госпитализации пациентов наркологического профиля различаются в зависимости от диагноза: наиболее высокий уровень повторности отмечается у больных алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией. Значительно ниже этот показатель у пациентов с психозами и пагубным употреблением психоактивных веществ.

В 2014 году в наркологической службе продолжилось уменьшение числа наркологических диспансеров, наркологических коек, снижение обеспеченности населения врачами психиатрами-наркологами.

При высоком уровне коэффициента совместительства (1,7) у врачей – психиатров-наркологов наблюдается дальнейшее уменьшение числа этих специалистов.

Число специалистов реабилитационного звена (психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников) - стабилизировалось на низком уровне. Отмечается крайне низкая обеспеченность врачами – психотерапевтами. Наряду с этим в последние годы наблюдается выраженное развитие реабилитационного потенциала наркологической службы, выражающееся в увеличении реабилитационных структурных подразделений.

В последние годы наметилась тенденция изменения структуры обращаемости: снижение числа зарегистрированных и впервые обратившихся больных алкогольными психозами, алкоголизмом, опийной наркоманией и рост показателей обращаемости каннабиноидной наркоманией, зависимостью от психостимуляторов и иных наркотиков. Наряду с этим в 2014 году наблюдается рост числа поступивших в наркологические стационары больных психозами вследствие употребления наркотиков, а также пациентов с синдромом зависимости, связанным с употреблением психостимуляторов, других наркотиков, включая случаи полинаркомании.

Выявленные изменения общей, первичной заболеваемости, а также госпитализации больных наркологического профиля свидетельствует об изменениях в структуре потребляемых населением наркотиков.

Показатели ремиссии, выздоровления (стойкого улучшения) и повторности госпитализации обусловили в 2014 году позитивные тенденции.

Заболеваемость туберкулезом

В 2014 году по сравнению с 2013 годом показатель общей заболеваемости туберкулезом составил 59,4 на 100 тыс. населения (без учета Крымского федерального округа – 59,2) и снизился на 6,0% (2013 год – 63,0 на 100 тыс. населения), а с 2008 года, когда отмечался пик заболеваемости (85,1 на 100 тыс. населения), снижение составило 30,4%.

Болеют туберкулезом преимущественно лица в возрасте 18–44 года (2014 год – 62,3%). Максимальные показатели заболеваемости туберкулезом приходятся на возраст 25–34 года среди женщин и 35–44 года среди мужчин. Мужчины составили 68,2% среди впервые заболевших туберкулезом.

Доля лиц, находящихся в учреждениях ФСИН России, в структуре впервые заболевших туберкулезом сократилась с 10,2% в 2013 году до 9,3% в 2014 году. Доля иностранных граждан выросла с 2,7% до 3,1%; лиц без определенного места жительства – с 2,3% до 2,4%. Доля постоянного населения выросла с 84,7% до 85,2%. Доля сельских жителей снизилась с 28,7% до 28,3%.

Среди впервые выявленных больных туберкулезом (2014 год) высока доля иностранных граждан в городах Москва (14,9%) и Санкт-Петербург (26,7%), Калужской (16,0%) области; лиц без определенного места жительства – в городе Москве (6,2%), в Астраханской (5,2%), в Волгоградской (5,2%), Челябинской (6,0%) областях, в Ямало-Ненецком автономном округе (5,2%), в Хабаровском крае (6,5%); заключенных и подследственных – во Владимирской (27,6%), Ивановской (18,6%), Псковской (19,1%) областях, в республиках Адыгея (19,5%), Карелия (19,6%), Коми (19,1%) и Мордовия (25,5%).

Показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения снизился на 5,1% (с 53,4 до 50,7 на 100 тыс. населения), находящихся под диспансерным наблюдением, – на 5,1% (с 51,1 до 48,5 на 100 тыс. населения).

Среди постоянных жителей, находящихся под диспансерным наблюдением, 15,1% больных имели ВИЧ-инфекцию (2013 год – 12,5%).

Отмечен рост показателя заболеваемости туберкулезом при сочетании с ВИЧ-инфекцией среди постоянного населения России: 2009 год – 4,4; 2013 год – 6,5; 2014 год – 7,4 на 100 тыс. населения.

Практически все впервые выявленные в 2014 году больные туберкулезом (95,2%) и большая часть пациентов (84,1%), которые наблюдались в противотуберкулезной службе с активным туберкулезом на конец 2014 года, были обследованы на антитела к ВИЧ.

Показатель рецидивов туберкулеза (повторная заболеваемость) снизился в 2014 году по сравнению с 2013 годом на 2,9% (с 10,3 до 10,0 на 100 тыс. населения). Среди находящихся под диспансерным наблюдением больных преобладают поздние рецидивы (2014 год – 63,8%), которые в большинстве случаев являются новым заболеванием, не связанным с первичным туберкулезным процессом.

В 2014 году по сравнению с 2013 годом показатель общей распространенности туберкулеза (на конец года) снизился на 6,9% (с 147,5 до 137,4 на 100 тыс. населения (без учета Крымского федерального округа – 137,3).

Показатель заболеваемости туберкулезом в расчете на 100 тыс. населения в 2014 году колеблется по федеральным округам Российской Федерации от 39,0 в Центральном до 103,2 в Дальневосточном; показатель распространенности туберкулеза – от 75,7 до 255,9 в тех же федеральных округах.

Среди больных туберкулезом, находящихся под диспансерным наблюдением на конец 2014 года, 12,7% больных имели ВИЧ-инфекцию. Распространенность больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией ежегодно растет: 2009 год – 10,2; 2013 год – 15,7; 2014 год – 17,5 на 100 тыс. населения.

Среди находящихся под диспансерным наблюдением больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции больше всего больных зарегистрировано в следующих субъектах Российской Федерации: Свердловская область (2 702); Иркутская область (2 217); Кемеровская область (1 856); Самарская область (1 319); Московская область (1 143); Новосибирская область (1 048); Оренбургская область (788); Челябинская область (864); г. Москва (795); г. Санкт-Петербург (977); Алтайский край (1 037); Пермский край (788). В указанных субъектах Российской Федерации

находится под наблюдением 15 534 пациента с сочетанной патологией – 60,7% от всех пациентов, зарегистрированных в Российской Федерации (25 578).

Распространенность наиболее тяжелой и эпидемиологически опасной формы – фиброзно-кавернозного туберкулеза легких – снизилась в 2014 году по сравнению с 2013 годом на 9,5 % с 15,8 до 14,3 на 100 тыс. населения (с учетом Крымского федерального округа – 14,1), а с 2005 года (24,8 на 100 тыс. населения) – на 42,3 %.

Показатель заболеваемости туберкулезом детей в возрасте 0–14 лет уменьшился на 7,7% (2013 год – с 14,3; 2014 год – 13,2 на 100 тыс. детей соответствующего возраста); детей в возрасте 15–17 – на 12,6% (с 31,8 до 27,8 на 100 тыс. детей соответствующего возраста).

Среди детей 0–14 лет преобладают лица в возрасте 7–14 лет (49,0%) и 3–6 лет (37,6%). Дети раннего возраста (0–2 года) составили 13,4%.

Снижение показателя общей заболеваемости туберкулезом происходит на фоне улучшения организации профилактических медицинских осмотров на туберкулез и снижения доли запущенных форм туберкулеза среди впервые выявленных больных туберкулезом:

охват профилактическими медицинскими осмотрами на туберкулез составляет (2014 год): всего населения всеми методами – 66,6% (2013 год – 65,8%); детей в возрасте 0-14 лет туберкулинодиагностикой – 84,1% (2013 год – 83,6%); подростков и взрослых флюорографией органов грудной клетки – 60,5% (2013 год – 59,2%);

в 2014 году доля посмертной диагностики туберкулеза составляет 1,7% (2012-2013 гг. – 1,6%), годовичная летальность находящихся под диспансерным наблюдением больных – 2,9% (2012-2013 гг. – 3,0%). Уменьшилась доля больных, выявленных с распадом легочной ткани при туберкулезе легких, – до 43,8% (2005 год – 51,6%; 2013 год – 44,5%).

За последние годы существенно обновился парк флюорографических установок. Флюорографические исследования выполняются преимущественно на цифровых установках (2005 год – 17,4%; 2014 год – 85,1%). Сократилось число флюорографов, работающих более 10 лет (2005 год – 61,7%; 2014 год – 21,6%). Нагрузка на 1 действующий флюорограф растет: 2005 год – 9 985 исследований, 2013 год – 12 961 исследование,

2014 год – 13 060 исследований. Качество медицинских осмотров улучшилось.

Низкий охват населения методом флюорографии органов грудной клетки населения в возрасте 15 лет и старше в 2014 году отмечается в Архангельской (40,2%), Владимирской (39,5%), Калужской (39,5%), Ленинградской (37,5%), Московской (33,2%), Мурманской (44,2%), Новгородской (49,4%), Орловской (49,9%), Томской (37,9%) и Тульской (41,6%) областях; в г. Санкт-Петербурге (39,6%); в Камчатском (40,1%) и Приморском (46,9%) краях; в республиках Адыгея (48,7%), Карелия (37,0%); Кабардино-Балкария (46,9%), Карачаево-Черкесской (43,1%) и Чеченской Республике (21,1%).

Сокращается доля привитых вакциной БЦЖ в роддомах Российской Федерации: 2005 год – 89,1%; 2013 год – 86,2%; 2014 год – 85,5%.

Одна из причин сокращения доли привитых вакциной БЦЖ детей – рост доли детей, родившихся от матерей с ВИЧ-инфекцией: с 0,5% в 2005 году до 0,8% от числа всех родившихся детей в 2014 году. Наиболее часто ВИЧ-инфекцию имеют родившие в 2014 году женщины в Иркутской (2,2%), Кемеровской (2,3%), Самарской (2,1%) и Свердловской (2,5%) областях.

Редко проводится химиопрофилактика туберкулеза среди впервые взятых под диспансерное наблюдение пациентов, инфицированных ВИЧ, – в 7,7% случаев (2007 год – 2,3%; 2013 год – 6,6%), а также среди контингентов больных ВИЧ-инфекцией, состоящих под диспансерным наблюдением – в 5,3% случаев (2007 год – 2,2%; 2013 год – 4,8%).

В 2014 году отмечается рост распространенности множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам среди контингентов, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного года: 24,2 на 100 тыс. населения в 2013 году и 24,8 на 100 тыс. населения в 2014 году. Продолжается рост доли больных с множественной лекарственной устойчивостью к туберкулезу среди больных туберкулезом органов дыхания, выделяющих микобактерии туберкулеза, – с 40,0 до 43,6 %.

Высокая доля больных с множественной лекарственной устойчивостью среди больных туберкулезом органов дыхания, выделяющих множественную лекарственную устойчивость к туберкулезу, по состоянию на конец 2014 года, в Архангельской (55,6%), Воронежской (55,0%), Калужской

(67,5%), Ленинградской (55,6%), Мурманской (58,1%), Нижегородской (60,6%), Новгородской (58,2%), Псковской (55,0%) областях; в республиках Алтай (77,5%), Тыва (63,7%) и Хакасия (57,5%), в Ямало-Ненецком автономном округе (57,1%).

Среди впервые выявленных больных с множественной лекарственной устойчивостью к туберкулезу в 2014 году заболеваемость больных с множественной лекарственной устойчивостью к туберкулезу выросла до 4,6 на 100 тыс. населения с ростом доли больных с множественной лекарственной устойчивостью к туберкулезу среди бактериовыделителей до 20,4%.

С улучшением бактериологической диагностики туберкулеза связан рост доли больных, выделяющих микобактерии туберкулеза, среди впервые выявленных больных туберкулезом, взятых под диспансерное наблюдение: 2012 год – 45,4%; 2013 год – 46,0%; 2014 год – 47,3%.

Существенно не меняется влияние хирургических методов на излечение туберкулеза. В 2014 году прооперировано 6,3% больных туберкулезом органов дыхания (2013 год – 6,2%) и 7,3% больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (2013 год – 7,1%).

В 2014 году к 12 месяцам лечения впервые выявленных пациентов с туберкулезом органов дыхания полости распада закрылись в 61,7% случаев (2005 год – 37,2%; 2013 год – 61,7%), абациллировано 69,8% пациентов (2009 год – 65,4%; 2013 год – 69,6%).

Результаты лечения больных с рецидивами улучшаются, но меньшими темпами, чем при первичном туберкулезном процессе: к 12 месяцам лечения полости распада закрылись в 2014 году в 41,9% случаев (2005 год – 21,5%; 2013 год – 41,0%), абациллировано 48,5% больных (2009 год – 43,5%; 2013 год – 47,4%).

Недостаточно быстро растут показатели клинического излечения туберкулеза (2005 год – 28,5%; 2013 год – 34,6%; 2014 год – 35,2%).

Существенно выросли показатели абациллирования среди контингентов пациентов, выделявших микобактерии туберкулеза: 2005 год – 30,8%; 2013 год – 43,2%; 2014 год – 45,5. Особенно следует отметить положительную динамику показателя абациллирования при множественной лекарственной устойчивости к туберкулезу: 2005 год – 5,7%; 2013 год – 20,7%; 2014 год – 22,5%. Это является прямым результатом выделения

средств федерального бюджета на приобретение дорогостоящих противотуберкулезных препаратов резервного ряда.

Таким образом, в Российской Федерации можно отметить стабилизацию эпидемической ситуации по туберкулезу с положительной тенденцией к ее улучшению. Однако в перспективе на эпидемиологический процесс будет отрицательно влиять развивающаяся эпидемия ВИЧ-инфекции с ростом числа и доли пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, а также рост доли пациентов с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам. ВИЧ-инфекция не позволит существенно снизить показатель «заболеваемость туберкулезом» и приведет к росту летальности пациентов с туберкулезом в ряде субъектов Российской Федерации.

Наихудшая эпидемическая ситуация по туберкулезу сохраняется в Дальневосточном, Сибирском, Крымском и Уральском федеральных округах.

Среди постоянного населения наиболее тяжелая эпидемическая ситуация по туберкулезу сложилась в:

Центральном федеральном округе – Брянская область (39 ранговое место), Курская область (44 ранговое место), Смоленская область (59 ранговое место), Тверская область (53 ранговое место), Тульская область (34 ранговое место);

Северо-Западном федеральном округе – Калининградская область (43 ранговое место), Ленинградская область (51 ранговое место), Псковская область (47 ранговое место), Республика Коми (40 ранговое место);

Южном федеральном округе – Республика Калмыкия (74 ранговое место), Астраханская область (75 ранговое место), Волгоградская область (66 ранговое место);

Северо-Кавказском федеральном округе – Республика Ингушетия (49 ранговое место), Кабардино-Балкарская Республика (52 ранговое место), Республика Северная Осетия – Алания (46 ранговое место);

Приволжском федеральном округе – Оренбургская область (69 ранговое место), Самарская область (60 ранговое место), Ульяновская область (64 ранговое место), Удмуртская Республика (50 ранговое место), Пермский край (67 ранговое место);

Уральском федеральном округе – Курганская область (79 ранговое место), Свердловская область (71 ранговое место), Тюменская область (62 ранговое место);

Сибирском федеральном округе – Иркутская область (84 ранговое место), Кемеровская область (76 ранговое место), Новосибирская область (81 ранговое место), Алтайский край (78 ранговое место), Красноярский край (72 ранговое место), Республика Алтай (70 ранговое место), Республика Тыва (85 ранговое место);

Дальневосточном федеральном округе – Амурская область (77 ранговое место), Приморский край (80 ранговое место), Хабаровский край (72 ранговое место), Еврейская автономная область (83 ранговое место), Чукотский автономный округ (82 ранговое место).

Инфекционная заболеваемость

За январь-декабрь 2014 года по сравнению с аналогичным периодом 2013 года в Российской Федерации зарегистрировано снижение заболеваемости по следующим нозологическим формам: брюшным тифом – в 5,8 раза, сальмонеллезными инфекциями – на 13,6 %, бактериальной дизентерией (шигеллез) – на 9,8 %, хроническим гепатитом В – на 3,8 %, острым гепатитом В – на 4,5 %, активными формами туберкулеза – на 6,6 %, сифилисом, впервые выявленным, – на 12,3 %, гонококковой инфекцией – на 20,9 %, внебольничными пневмониями – на 9,2 %, клещевым вирусным энцефалитом – на 12,2 %, энтеровирусными инфекциями – на 42,9 %, из них энтеровирусным менингитом – в 2,2 раза, краснухой – в 3,2 раза, гриппом – в 7,9 раза, эпидемическим паротитом – на 10,4%, менингококковой инфекцией – на 22,9%, в том числе в генерализованной форме – на 23,5%, туляремией – в 11,1 раза, лихорадкой Западного Нила – в 7,8 раза, лихорадкой Ку – в 5 раз.

Отмечается рост заболеваемости острыми кишечными инфекциями, вызванными возбудителями установленной этиологии, – на 1,5 %, острыми кишечными инфекциями, вызванными неустановленными возбудителями, – на 1,1 %, вирусным гепатитом А – на 25,9%, хроническим гепатитом С – на 2,4%, острым гепатитом С – на 5,5 %, ветряной оспой – на 15,6%, педикулезом – на 6,8%, клещевым боррелиозом – на 11,4%, корью – в 2 раза, бруцеллезом, впервые выявленным – на 7,7%, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом – в 2,6 раза, Крымской геморрагической лихорадкой –

на 13,6%, сибирским клещевым тифом – на 5,3%, псевдотуберкулезом – на 18,1%, трихинеллезом – в 2,9 раза, коклюшем – на 3,3%, болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), – на 13%. Заболеваемость корью в 2014 году по сравнению с 2013 годом увеличилась в 2 раза и составила 3,28 на 100 тыс. населения (2013 год – 1,62).

РАЗДЕЛ 3. РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

(все сведения приведены без учета Крымского федерального округа)

В 2014 году в государственной и муниципальной системе здравоохранения функционировало 7 003 медицинских организации, в том числе: 4 231 (60,4 %) больничная организация, 739 (10,6 %) диспансеров, 1 336 (19,1 %) самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций и 697 (9,9 %) стоматологических поликлиник.

В ходе проводимой органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения реорганизации сети в 2014 году общее число медицинских организаций сократилось на 297 (4,1 %), в том числе: больничных – на 167 (на 3,8 %), диспансеров – на 59 (на 6,9 %), самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций – на 59 (на 4,2 %) и стоматологических поликлиник – на 16 (на 2,2 %).

В число больничных организаций входят: 1461 центральная районная больница (34,5%), 850 городских больниц (20,1%), 189 специализированных больниц (5,5%), 226 психиатрических и психоневрологических больниц (6,5%), 411 районных больниц (9,7 %), 182 детских городских больницы (4,3%), 191 (4,5 %) – областных, краевых, республиканских больниц (включая детские).

В число диспансеров входят: противотуберкулезные – 202 (27,3%), кожно-венерологические – 137 (18,5%), онкологические – 98 (13,3%), психоневрологические – 96 (13,0%), наркологические – 95 (12,9%), лечебно-физкультурные – 77 (10,4 %), кардиологические – 23 (3,1%), эндокринологические – 10 (1,4%) и 1 офтальмологический диспансер (0,1%).

Медицинские организации, находящиеся в ведении субъектов Российской Федерации, составляют 5 863 (83,7 %), число муниципальных медицинских организаций – 973 (13,9 %), федеральных медицинских организаций – 167 (2,4 %).

Число посещений на 1 жителя в год в амбулаторно-поликлинических

организациях снизилось и составило в 2014 году 9,1 (2013 год – 9,5).

Число посещений в отделениях (кабинетах) платных услуг увеличилось на 1,1 % и составило 36 930 106.

В 2013 году при больничных организациях было развернуто 4 268 дневных стационаров на 87 098 мест, на которых было пролечено 2 505 428 пациентов, средняя длительность лечения составила 10,3 дней.

В 2014 году при амбулаторно-поликлинических организациях было развернуто 6 507 дневных стационаров на 162 606 мест, на которых было пролечено 4 764 224 пациентов со средней длительностью лечения 11,2 дня.

По сравнению с 2013 годом в 2014 году число мест, развернутых в дневных стационарах при больничных и амбулаторно-поликлинических организациях, увеличилось на 7,5 %, число пролеченных больных увеличилось на 10,5 %, а среднее число дней лечения сократилось на 1,5%.

Кроме того, при медицинских организациях были организованы стационары на дому, в которых было пролечено 467 598 больных со средней продолжительностью лечения 11,2 дня.

По сравнению с 2013 годом в 2014 году число больных, пролеченных в стационарах на дому, снизилось на 1,3%, а среднее число дней лечения не изменилось.

В 2014 году внебольничная медицинская помощь населению также оказывалась 2650 станциями (отделениями) скорой медицинской помощи, в том числе 219 самостоятельными (8,3%). Число бригад скорой медицинской помощи составило 39 077, в том числе 25 446 (65,1%) – фельдшерских.

По сравнению с предыдущим годом число станций (отделений) скорой медицинской помощи уменьшилось на 54 (на 2,0%), а общее число бригад возросло на 380 (на 1,0 %). Число врачебных бригад сократилось на 1 454 (на 9,6%), а фельдшерских увеличилось на 1 834 (на 7,7 %). Обеспеченность врачебными бригадами скорой медицинской помощи сохранилась на уровне 0,1 на 1000 населения, фельдшерскими возросла – с 0,17 до 0,27 на 1000 населения.

В 2014 году коечный фонд стационаров Российской Федерации уменьшился на 4,1% и составил 1 119 595 коек. Обеспеченность койками снизилась с 81,3 до 77,9 на 10 тыс. населения.

Обеспеченность койками в 2014 году по федеральным округам находится в диапазоне от 72,2 в Северо-Кавказском федеральном округе до

90,9 на 10 тыс. населения в Дальневосточном федеральном округе.

Наиболее высокий уровень обеспеченности койками отмечается в Республике Коми – 93,7, в Еврейской автономной области – 94,4, в Орловской области – 95,8, в Камчатском крае – 99,9, в Республике Саха (Якутия) – 106,4, в Республике Тыва – 112,5, в Сахалинской области – 115,7, в Магаданской области – 116,7, в Ненецком автономном округе – 119,9, в Чукотском автономном округе – 132,4 на 10 тыс. населения.

Показатели обеспеченности койками в этих субъектах Российской Федерации на 21,2–70,0% выше среднероссийских.

Различия между показателями обеспеченности населения субъектов Российской Федерации койками составляют 2,7 раза.

В 2014 году среднее число дней занятости койки в году сократилось на один день и составило 321 день.

По федеральным округам показатель составил 311 дней в Центральном федеральном округе и 327 дней в Приволжском и Северо-Кавказском федеральных округах.

Наиболее интенсивно работали койки в Республике Татарстан – 350 дней; в Республике Дагестан – 343 дня; в Московской области – 339 дней; в Калининградской области – 335 дней; в Иркутской, Тамбовской областях и Республике Башкортостан – 334 дня; в Тюменской области и Чувашской Республике – 333 дня, в Республике Карелия – 332 дня. Превышение среднероссийского показателя в этих регионах составило 3,4–9,0 %.

Наименее интенсивно (на 2,2–9,3% ниже среднероссийского значения показателя) работа койки отмечена в Карачаево-Черкесской Республике и Брянской области – 306 дней; в Республике Марий Эл – 304 дня; в Кабардино-Балкарской Республике – 301 день; в Ямало-Ненецкий автономном округе – 299 дней, в Тверской области – 295 дней; в Забайкальском крае – 287 дней; в г. Москве – 286 дней; в Ненецком автономном округе – 285 дней; в Еврейской автономной области – 279 дней.

Различия между значениями показателя интенсивности эксплуатации коечного фонда составили 20,3%.

В 2014 году средняя длительность пребывания пациента в стационаре сократилась на 2,5% и составила 11,8 дней. Наименьшая – в Северо-Кавказском федеральном округе – 11,3 дня, наибольшая – в Дальневосточном федеральном округе – 12,7 дней.

В группу с наибольшей средней продолжительностью пребывания пациентов в стационаре вошли следующие субъекты Российской Федерации: Тверская и Магаданская области – 13,2 дня; Калининградская область – 13,3 дня; Приморский край – 13,4 дня; Костромская и Томская области – 13,5 дня; Смоленская, Курганская и Сахалинская область – 13,6 дня; Чукотский автономный округ – 15,3 дня. Показатели этих субъектов превышают среднероссийские на 11,8–29,7%.

Наименьшая продолжительность пребывания пациента в стационаре отмечалась: в Ленинградской, Липецкой областях и Республике Адыгея – 10,8 дня; в Краснодарском крае – 10,7 дня; в Саратовской области и Республике Татарстан – 10,6 дня; в Чеченской Республике – 10,5 дня, в Тюменской области – 10,1 дня; в Республике Ингушетия – 9,7 дня; в Республике Алтай – 9,3 дня. Показатели этих субъектов Российской Федерации на 8,5 - 21,2% ниже среднероссийских.

Различия между значениями показателя составляют 1,6 раза.

В 2014 году показатель больничной летальности вырос на 4,5% и составил 1,62% (в 2013 году – 1,55%).

Самая высокая (выше средней) больничная летальность регистрируется в медицинских организациях Северо-Западного федерального округа – 2,2% и Центрального федерального округа – 1,9%, самая низкая в Северо-Кавказском федеральном округе – 0,8%. В остальных федеральных округах значения показателей составляют 1,4 – 1,5%.

По субъектам Российской Федерации значение показателя больничной летальности свыше 2% отмечается в г. Санкт-Петербурге – 2,6; в Ленинградской области – 2,4; в Московской, Новгородской и Тверской областях – 2,3; в г. Москве, Псковской и Ярославской областях – 2,2; в Тульской области – 2,1.

Больничная летальность на уровне до 1 % регистрируется в Республике Калмыкия и Карачаево-Черкесской Республике – 0,9; в Республике Ингушетия – 0,8; в Республике Саха (Якутия), Ямало-Ненецком автономном округе и Кабардино-Балкарской Республике – 0,7; в Чеченской Республике – 0,6; в Республике Дагестан – 0,4.

Различие значений показателя больничной летальности по субъектам Российской Федерации составляет 6,5 раза.

РАЗДЕЛ 4. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Основные направления совершенствования оказания медицинской помощи женщинам и детям определены подпрограммой «Охрана здоровья матери и ребенка» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере 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.

За январь-декабрь 2014 г. в Российской Федерации младенческая смертность снизилась до 7,4 на 1000 родившихся живыми, на 9,8% по сравнению с аналогичным периодом 2013 г. (8,2 на 1000 родившихся живыми).

Снижение показателя младенческой смертности за январь-декабрь 2014 года отмечается во всех федеральных округах Российской Федерации.

В Центральном федеральном округе показатель младенческой смертности снизился с 7,6 до 6,5 на 1000 родившихся живыми, в Северо-Западном федеральном округе – с 6,2 до 5,8, в Южном федеральном округе – с 7,9 до 7,2, в Приволжском федеральном округе – с 7,5 до 7,2, в Уральском федеральном округе – с 7,4 до 6,4.

В Северо-Кавказском, Сибирском и Дальневосточном федеральных округах показатель младенческой смертности снизился с 12,3 до 11,9, с 8,5 до 7,8 и с 11,0 до 9,1 на 1000 родившихся живыми соответственно, но остался выше среднероссийского.

В Крымском федеральном округе показатель младенческой смертности составил 6,1 на 1000 родившихся живыми.

За январь-декабрь 2014 г. по сравнению с аналогичным периодом 2013 г. в 21 из 85 субъектов Российской Федерации произошел рост младенческой смертности.

Вместе с тем в 62 регионах наблюдается снижение младенческой смертности, в 2 регионах показатель остался на прежнем уровне.

Самые низкие показатели младенческой смертности (6,0 на 1000 родившихся живыми и ниже) зарегистрированы в Белгородской (5,7),

Воронежской (5,6), Тамбовской (4,5), Ярославской (5,5), Кировской (4,5), Пензенской (5,7), Тюменской (5,7), Томской (4,9) областях, Краснодарском крае (5,6), г. Санкт-Петербурге (4,3), Чувашской Республике (4,4), республиках Коми (5,2), Мордовия (6,0), Ненецком автономном округе (5,6), Ханты-Мансийский автономном округе (4,5).

В Республике Крым показатель младенческой смертности за январь-декабрь 2014 г. составил 6,2 на 1000 родившихся живыми, в г. Севастополь – 5,8 на 1000 родившихся живыми.

«Неблагополучными» территориями Российской Федерации с показателями младенческой смертности 10,0 на 1000 родившихся живыми и выше за январь-декабрь 2014 г. являются: республики Дагестан (12,2), Ингушетия (14,7), Северная Осетия-Алания (10,3), Тыва (14,9), Чеченская Республика (15,5), Ставропольский (10,5), Камчатский (10,4) края, Чукотский автономный округ (22,3) и Еврейская автономная область (15,3).

За январь-декабрь 2014 г. по сравнению с аналогичным периодом 2013 г. в Центральном федеральном округе отмечен рост младенческой смертности в 2 из 18 субъектов Российской Федерации (в Костромской и Липецкой областях).

В Северо-Западном федеральном округе из 11 субъектов Российской Федерации в 3 отмечен рост младенческой смертности (Республика Карелия, Ленинградская и Калининградская области).

В Южном федеральном округе отмечен рост младенческой смертности в 3 из 6 субъектов Российской Федерации (республики Адыгея и Калмыкия, Астраханская область).

В Приволжском федеральном округе за январь-декабрь 2014 г. по сравнению с аналогичным периодом 2013 г. рост младенческой смертности отмечен в 5 из 14 субъектов Российской Федерации (республики Башкортостан и Марий Эл, Удмуртская Республика, Пензенская и Саратовская области).

В Уральском федеральном округе отмечен рост младенческой смертности в 1 из 6 субъектов Российской Федерации (Курганская область).

В Северо-Кавказском федеральном округе отмечен рост младенческой смертности в 3 из 7 субъектов Российской Федерации (Ставропольский край, республики Ингушетия и Северная Осетия-Алания).

В Сибирском федеральном округе из 12 субъектов Российской Федерации рост младенческой смертности отмечен в Красноярском крае.

В Дальневосточном федеральном округе из 9 субъектов Российской Федерации рост младенческой смертности отмечен в Камчатском крае и Сахалинской области.

В Крымском федеральном округе рост младенческой смертности отмечен в г. Севастополе.

По-прежнему ведущей причиной смертности детей первого года жизни являются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде. Число детей, умерших от состояний, возникающих в перинатальном периоде за январь-декабрь 2014 г., составило 6308 (аналогичный период 2013 г. – 6267 детей). На втором месте – врожденные аномалии (пороки развития), от которых за январь-декабрь 2014 г. умерло 3212 детей (аналогичный период 2013 г. – 3259). На третьем месте – прочие болезни – 1740 детей (2013 г. – 2020 детей). На четвертом месте – внешние причины смерти. За январь-декабрь 2014 г. от внешних причин умерло 780 детей (аналогичный период 2013 г. – 752 ребенка). На пятом месте – болезни органов дыхания. За январь-декабрь 2014 г. умерло 767 детей, за аналогичный период 2013 года – 782 ребенка.

В целях снижения показателя младенческой смертности Минздрав России проводит совместную работу с федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации по следующим направлениям:

повышение квалификации медицинских работников (врачей – акушеров-гинекологов, врачей – неонатологов и врачей – анестезиологов-реаниматологов) в обучающих симуляционных центрах;

развитие трехуровневой системы оказания медицинской помощи и маршрутизации беременных, рожениц, новорожденных и детей в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;

укрепление первичного звена здравоохранения, активизация работы по пропаганде здорового образа жизни, качественное проведение диспансеризации детского населения и, при необходимости, осуществление лечебно-оздоровительных мероприятий, осуществление вакцинации в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Вопросы качества оказания медицинской помощи матерям и детям находятся под постоянным контролем Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Минздравом России ежемесячно с 85 субъектами Российской Федерации проводятся видеоселекторные совещания по разработке комплекса мер, направленных на повышение эффективности оказания медицинской помощи матерям и детям первого года жизни с учетом реальной ситуации в каждом регионе. На совещаниях подробно анализируются случаи младенческой смертности.

Ведущими федеральными учреждениями здравоохранения в области акушерства-гинекологии, неонатологии и педиатрии осуществляется взаимодействие с субъектами Российской Федерации, имеющими высокий показатель младенческой смертности, по проведению мониторинга оказания медицинской помощи матерям и детям, включая консультирование с использованием телемедицинских технологий, оказание организационно-методической и лечебной помощи, по разработке комплекса мер, направленных на снижение показателей младенческой смертности.

В субъектах Российской Федерации с высоким показателем младенческой смертности специалистами Минздрава России совместно с главными внештатными специалистами Минздрава России осуществляется мониторинг с выездом в регион.

Все субъекты Российской Федерации разработали региональные Планы по снижению младенческой смертности (далее – Планы).

Планами предусмотрены мероприятия, направленные на снижение числа случаев смерти детей в возрасте до 1 года, которые позволят достичь запланированного снижения показателя младенческой смертности в субъекте Российской Федерации и в целом по Российской Федерации:

мероприятия по информированию населения о необходимости ранней явки в женские консультации при беременности;

мероприятия, направленные на улучшение выявляемости врожденных аномалий развития;

мероприятия по информированию населения о необходимости родоразрешения в рекомендованных специалистами учреждениях (маршрутизация в соответствии с группой риска);

контроль органом управления здравоохранением за маршрутизацией беременных в соответствии с группами риска;

совершенствование навыков проведения первичной реанимации новорожденных.

В 2014 году Федеральным законом от 2 декабря 2013 г. № 321-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» предусмотрены межбюджетные трансферты, передаваемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также профилактического медицинского осмотра ребенка в течение первого года жизни.

В бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации согласно представленным заявлениям было направлено 17 981 835,7 тыс. рублей (94,5% от утверждённого объема средств).

Указанные средства направлялись медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях женщинам в период беременности, и медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях женщинам и новорожденным в период родов и послеродовой период, на оплату труда, а также на приобретение медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря, медицинских изделий, лекарственных препаратов и дополнительного питания для беременных и кормящих женщин.

Вышеуказанные мероприятия позволили укрепить материально-техническую базу женских консультаций и родильных домов в целях улучшения качества оказания медицинских услуг женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

В 2014 году оказаны услуги в амбулаторных условиях – 1,7 млн женщин; в период родов и в послеродовой период – 1,8 млн женщин; по профилактическим медицинским осмотрам ребенка в течение первого года жизни – 2,3 млн услуг.

С целью повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров в 2014 году создано 4 новых обучающих симуляционных центра на базе государственных бюджетных образовательных учреждений высшего профессионального образования,

находящихся в ведении Минздрава России: Кемеровская государственная медицинская академия, Читинская государственная медицинская академия, Дальневосточный государственный медицинский университет и Амурская государственная медицинская академия.

В обучающих симуляционных центрах в 2014 году прошли повышение квалификации 2 862 врача – акушера-гинеколога, врача – неонатолога, врача – анестезиолога-реаниматолога.

Овладение мануальными навыками для своевременного оказания в полном объеме необходимой медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям позволяет значительно улучшить качество оказания медицинской помощи женщинам и детям.

В 2014 году два государственных образовательных учреждения высшего профессионального образования, подведомственных Минздраву России, «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» и «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» оснащены современным медицинским оборудованием для выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, что позволяет внедрять инновационные технологии выхаживания и реабилитации недоношенных детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела, снижать перинатальную и младенческую заболеваемость и смертность, в том числе среди новорожденных, родившихся с экстремально низкой массой тела.

В 2014 году продолжалась реализация мероприятий, направленных на внедрение нового алгоритма комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка. В реализации данного мероприятия участвовали 77 субъектов Российской Федерации.

Общий объем финансирования мероприятий по пренатальной (дородовой диагностике) за счет средств федерального бюджета в 2014 году составил 850,0 млн рублей. В 2014 году по новому алгоритму пренатальной (дородовой) диагностики обследовано 1 204,8 тыс. беременных (83 % от числа вставших на учет по беременности до 14 недель), выявлено 16 644 плодов с врожденными пороками развития.

В 2014 году продолжались мероприятия по закупке оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в

учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения. В реализации данного направления в 2014 году участвовали 83 субъекта Российской Федерации. Общий объем финансирования мероприятий по закупке оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга за счет средств федерального бюджета в 2014 году составил 614,4 млн рублей.

В 2014 году в Российской Федерации обследовано более 1 834 тыс. новорожденных (более 95%, что отвечает требованиям ВОЗ и свидетельствует об эффективности проводимого мероприятия) на 5 наследственных заболеваний, из них выявлено 1 257 детей с врожденными наследственными заболеваниями (фенилкетонурия – 291, врожденный гипотиреоз – 534, адреногенитальный синдром – 180, галактоземия – 73, муковисцидоз – 179). Все дети находятся под диспансерным наблюдением, получают необходимое лечение.

В 2014 году в Российской Федерации обследовано на нарушение слуха на I этапе скрининга более 1 806 тыс. детей (96%) из 1 883 тыс. родившихся детей, выявлено 45 912 детей с нарушением слуха, на II этапе скрининга (углубленная диагностика) обследовано 36 349 детей, выявлено 5 510 детей с нарушением слуха. Под диспансерным наблюдением в центре (кабинете) реабилитации слуха состояло 5 090 детей первого года жизни.

В 2014 году в субъектах Российской Федерации продолжили свою деятельность 228 центров здоровья для детей (193 за счет федерального бюджета). Основными задачами центров здоровья являются: проведение первичной диагностики; консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха; мотивирование граждан к отказу от вредных привычек, в том числе помощь по отказу от потребления алкоголя и табака.

В центры здоровья для детей в 2014 г. обратились 1 129 188 детей (в 2013 г. – 1 089 332 ребенка) в возрасте от 0 до 17 лет включительно. Из числа обратившихся признаны здоровыми 37,0% детей (в 2013 г. – 33,0%), с функциональными расстройствами – 63,0% (в 2013 г. – 67,0%).

В 2013 г. в Российской Федерации началась диспансеризация детского населения, охватывающая все возрастные категории. Определен порядок профилактических осмотров детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно.

Диспансеризация позволяет выявить у ребенка ранние проявления заболевания, функциональные нарушения здоровья, провести своевременное лечение и предотвратить переход функциональных нарушений здоровья ребенка в хронические заболевания.

В 2014 году число детей, прошедших 1 этап профилактических медицинских осмотров, составило 17 173 199, из них направлены на 2-й этап 1 057 796 детей (дополнительные обследования в амбулаторных и стационарных условиях), в том числе 889 796 детей завершили 2-й этап профилактических медицинских осмотров.

С целью раннего выявления заболеваний и организации своевременного оказания медицинской помощи наиболее не защищенной категории детей с 2007 года в Российской Федерации проводится диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а с 2008 года – и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях системы образования, здравоохранения и социальной защиты.

Ежегодно осматривается порядка 300 тыс. детей, пребывающих в указанных стационарных учреждениях.

В 2014 г. число детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты, прошедших диспансеризацию, составило 252 596.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2013 г. № 116 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей» приказом Минздрава России от 11 апреля 2013 г. № 216н утвержден Порядок диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

В 2014 году число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, прошедших диспансеризацию, составило 251 795.

Общее число организаций (отделений) родовспоможения, оказывающих стационарную акушерскую помощь, в Российской Федерации в 2014 году составило 1 942, число акушерских коек – 71 271.

В структуре акушерского коечного фонда преобладали акушерские койки в учреждениях родовспоможения II группы, доля которых составила 59,6 %. Удельный вес акушерских коек в акушерских стационарах I группы составил 19,4 %, в учреждениях родовспоможения III группы – 21 %.

Число врачей – акушеров-гинекологов в Российской Федерации уменьшилось с 38 050 в 2013 г. до 37 205 в 2014 г., акушерок – с 59 127 до 58 737 соответственно. Показатель обеспеченности врачами – акушерами-гинекологами в 2014 году составил 4,82 на 10 тыс. женского населения (в 2013 году – 4,94), акушерками – 7,6 на 10 тыс. женского населения (в 2013 году – 7,7).

Число врачей – неонатологов увеличилось с 5 847 в 2013 году до 5 887 в 2014 году, показатель обеспеченности врачами-неонатологами увеличился с 31,0 на 10 тыс. соответствующего населения в 2013 г. до 31,3 в 2014 г.

Число врачей – педиатров в 2014 г. снизилось и составило 48 848 (в 2013 г. – 51 262).

В 2014 году доля женщин, поступивших для наблюдения в женские консультации в срок до 12 недель беременности, составила 85,1 % (в 2013 году – 85,3 %). Доля женщин, не состоявших под наблюдением в женских консультациях, сократилась с 1,84 % в 2013 году до 1,73 % в 2014 г. Удельный вес беременных, осмотренных врачом – терапевтом до 12 недель беременности, вырос с 83,8 % в 2012 году до 84,2 % в 2014 году. Число женщин, которым проведено комплексное обследование (УЗИ и биохимический скрининг) в I триместре беременности, увеличилось с 79,2 % от числа поступивших под наблюдение женской консультации со сроком беременности до 12 недель в 2013 году до 86,2 % в 2014 году.

В результате принимаемых мер в 2014 году сохранялись тенденции снижения частоты осложнений беременности, в том числе отеков, протеинурии, гипертензивных расстройств у беременных женщин (с 15,9 % к числу закончивших беременность в 2013 году до 14,6 % в 2014 году), анемии (с 33,1 % до 32,0 %), болезней мочеполовой системы (с 17,4 % до 17,0%), болезней системы кровообращения (с 9,7 % до 9,0 %).

В то же время сохраняется рост частоты сахарного диабета у беременных (с 0,73 % до 1,3 %) и венозных осложнений (с 4,7 % до 4,8%).

Доля нормальных родов в 2014 году составила 34,1 % (в 2013 году – 37,7 %).

Среди заболеваний, осложнивших течение родов и послеродового периода, в 2014 году уменьшилась частота отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств (с 164,1 на 1000 родов в 2013 году до 154,3 в 2014 году), кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде (с 10,6 – до 10,2), послеродового сепсиса (с 0,28 – до 0,20).

Вместе с тем, в 2014 году выявлено увеличение частоты преэклампсии и эклампсии на 11,3 % (с 26,5 – до 29,5), кровотечений в связи с предлежанием плаценты – на 3,2 % (с 2,16 – до 2,23) и в связи с преждевременной отслойкой плаценты – на 1,1 % (с 8,8 – до 8,9).

Доля преждевременных родов в общем числе родов, принятых в 2014 году, составила 5,7 %. Из числа преждевременных родов принято в перинатальных центрах 40,4 % (в 2013 году – 39,8 %).

Число родов после применения вспомогательных репродуктивных технологий увеличилось с 15 016 в 2013 году до 18 423 в 2014 году (на 22,7 %).

Численность женского населения репродуктивного возраста снизилась с 36,0 млн. в 2013 году до 35,6 млн. в 2014 году. В структуре гинекологической заболеваемости в 2014 году сохранялись тенденции увеличения частоты расстройств менструации (на 1,8% к уровню 2013 года) и эндометриоза (на 1,2%). В то же время сохраняется снижение заболеваемости сальпингитами и оофоритами (на 3,8 % к уровню 2013 года). Частота женского бесплодия в 2014 году уменьшилась на 1,6 % (к уровню 2013 года).

Гинекологическая заболеваемость у детей 10–14 лет и подростков 15–17 лет в Российской Федерации характеризуется ростом частоты расстройств менструации (на 3,6% и 6,1% к уровню 2013 года соответственно). Частота сальпингита и оофорита у подростков 15–17 лет в 2014 году снизилась на 4,0% (к уровню 2013 года).

В 2014 году в Российской Федерации сохранялась положительная динамика снижения числа аборт. Общее число абортов по сравнению с 2013 годом снизилось на 7,6 % и составило 814 162. Распространенность

абортов на 1000 женщин 15–49 лет уменьшилась на 6,5 % (с 24,5 в 2013 году – до 22,9 в 2014 году).

Отмечается увеличение в структуре абортов доли абортов, выполняемых медикаментозным методом (как более безопасных по сравнению с хирургическим методом), число которых возросло с 71 387 (8,1 %) в 2013 году до 81 854 (10,1 %) в 2014 году

В общей структуре абортов доля искусственных абортов (по желанию женщины) составила 62,9 % (в 2013 году – 66,0%). Число таких абортов снизилось на 9,7% (с 582 041 в 2013 году до 511 799 в 2014 году).

Кроме того, сохраняется положительная динамика абортов у первобеременных (с 72 219 в 2013 году до 65 376 в 2014 году, на 9,5 %), неуточненных (с 38 515 до 37 753, на 2,0 %), криминальных абортов (с 162 до 154, на 4,9 %) и абортов по социальным показаниям (с 53 до 43, на 18,9 %).

Вместе с тем, в 2014 году на 3,7% увеличилось число прерываний беременности по медицинским показаниям (с 28 495 до 29 554) и на 1,2% возросло число самопроизвольных абортов (с 232 111 до 234 859).

Число абортов у девочек до 14 лет включительно в 2014 году снизилось на 25,6 % (с 450 в 2013 году до 335 в 2014 году), у девушек 15–17 лет – на 20,5 % (с 11 434 до 9 085).

С целью профилактики и снижения абортов в 2014 году были продолжены мероприятия по созданию в женских консультациях кабинетов медико-социальной помощи, основными функциями которых являются оказание медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам, оказание медико-психологической помощи несовершеннолетним, подготовка к семейной жизни, осуществление мероприятий по предотвращению прерывания беременности, формирование у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности.

Число женских консультаций, имеющих в структуре кабинеты медико-социальной помощи, увеличилось с 792 в 2013 году до 856 в 2014 году.

Важным компонентом комплекса мероприятий, направленных на снижение абортов в Российской Федерации, является создание центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, основной задачей которых является медицинская и социально-психологическая помощь женщинам в случаях

незапланированной беременности, направленная на обеспечение позитивной альтернативы аборту.

Реализация указанного мероприятия началась в рамках выполнения региональных программ модернизации здравоохранения в 2011–2013 годы и продолжается в рамках государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

В 2014 году осуществляли свою деятельность 385 центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в которых проконсультировано с целью предупреждения абортов более 150,0 тыс. женщин.

Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрены дополнительные мероприятия, направленные на профилактику абортов. В частности, установлен срок, отведенный женщине после обращения в медицинскую организацию по поводу прерывания беременности, для обдумывания данного решения и получения консультации психолога и специалиста по социальной работе.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2012 г. № 98 утверждено только одно социальное показание для искусственного прерывания беременности – беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного статьей 131 (изнасилование) Уголовного кодекса Российской Федерации.

Федеральным законом от 21 июля 2014 г. № 243-ФЗ в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях введена статья 6.32 «Нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности». Таким образом, незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой не только уголовную, но и административную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

С целью укрепления семьи, сохранения семейных ценностей и традиций, Минздравом России совместно с Фондом социально-культурных инициатив в 2014 году во всех субъектах Российской Федерации проведена акция «Подари мне жизнь!», в рамках которой в женских консультациях, гинекологических отделениях, центрах планирования семьи и репродукции, дневных стационарах организуются лекции специалистов по вопросам о

вреде аборта, его осложнениях, методах предупреждения абортов, сексуальном поведении. Медицинскими психологами проводятся беседы о влиянии абортов на психологическое состояние и семейную жизнь женщин, о правильном психологическом настрое на материнство.

Чрезвычайно важная организационная работа по охране репродуктивного здоровья населения, профилактике абортов, особенно с подростками, осуществляется в субъектах Российской Федерации при взаимодействии медицинских организаций с учреждениями социальной защиты, образования, молодежными и общественными организациями, представителями различных конфессий.

Важное значение для совершенствования службы родовспоможения имеет формирование полноценной трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и новорожденным в субъектах Российской Федерации. Необходимым условием создания эффективной трехуровневой системы оказания акушерско-гинекологической помощи в регионах является наличие перинатального центра, позволяющего сконцентрировать в одном учреждении беременных женщин высокого перинатального риска и новорожденных, внедрить современные инновационные технологии в перинатологии и при ведении беременных с тяжелыми осложнениями гестационного процесса и экстрагенитальной патологией, снизить материнскую и младенческую смертности.

С целью продолжения создания перинатальных центров в Российской Федерации распоряжением Правительства Российской Федерации от 9 декабря 2013 г. № 2302-р утверждена Программа развития перинатальных центров в Российской Федерации, предусматривающая 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 бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сумме 52 655,7 млн рублей и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

РАЗДЕЛ 5 МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ

Совершенствование организации оказания первичной медико-санитарной помощи

Одной из ключевых задач, стоящих перед здравоохранением, является повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи.

В 2014 году Министерством реализованы мероприятия по внедрению новых организационных форм работы врачей, направленные на оптимизацию условий их деятельности, в том числе ведения медицинской документации, активное применение информационных технологий:

приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н утверждены унифицированные формы медицинской документации, используемые в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядки по их заполнению;

внедрен сервис «Запись на прием к врачу в электронном виде» (оптимизация потока пациентов за счет выяснения причины обращений на этапе записи);

организована работа call-центров (консультация по вопросам, не связанным непосредственно с оказанием медицинской помощи);

создан сервис «Личный кабинет пациента» и внедрена электронная медицинская карта в медицинских организациях (возможность получения пациентом «Электронного рецепта», сведений об оказанных медицинских услугах, проведенных анализах и исследованиях в объеме выписного эпикриза, а также справок о состоянии здоровья для различных органов государственной власти и иных организаций).

Другим направлением снижения нагрузки на врача является возложение части функций участкового врача на медицинских работников со средним профессиональным образованием, и, в целом, пересмотр функциональных обязанностей медицинских и немедицинских работников. Активное участие фельдшера или медицинской сестры с самостоятельным доврачебным приемом в оказании медицинской помощи позволяет увеличить численность прикрепленного населения.

В 2014 году первичная медико-санитарная помощь предоставлялась в 1 336 самостоятельных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и 8 998 поликлинических подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

В системе оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению: число фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов в 2014 году по сравнению с 2013 годом (36 225) снизилось на 190 и составило 36 035; число центров, отделений врачей общей практики (семейных врачей) в 2014 году по сравнению с 2013 годом (6 113) увеличилось на 427 и составило 6 540; число врачей в сельской местности снизилось с 51,7 тыс. человек в 2013 году до 51,3 тыс. человек в 2014 году; обеспеченность врачами увеличилась с 13,8 на 10 тыс. сельского населения в 2013 году до 13,9 на 10 тыс. населения в 2014 году.

В малонаселенных пунктах с числом жителей менее 100 человек, где отсутствуют фельдшерско-акушерские или фельдшерские пункты, организовано 8 472 домовых хозяйств, которые могут оказать первую помощь.

Для обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи также организованы выездные медицинские бригады, которые оснащены портативным диагностическим оборудованием.

В субъектах Российской Федерации, расположенных на территории Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, в 2014 году функционировало 8 317 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, 1 257 врачебных амбулаторий, 1 263 офиса врачей общей практики (семейных врачей).

Дополнительно в субъектах Российской Федерации, являющихся местами традиционного проживания и традиционной хозяйственной деятельности коренных и малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока, в малонаселенных пунктах с числом жителей менее 100 человек, где отсутствуют фельдшерско-акушерские или фельдшерские пункты, организовано 2 128 домовых хозяйств.

Для оказания первичной медико-санитарной помощи в районах Крайнего Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации в сельской местности, в труднодоступных районах, на стойбищах предусмотрено развитие выездных методов работы с использованием автомобильного транспорта повышенной проходимости, а в ряде случаев – водного и железнодорожного транспорта.

В рамках организации выездных форм оказания медицинской помощи в 2014 году на указанных территориях дополнительно приобретено

186 мобильных медицинских комплексов, в том числе 4 центра здоровья, 5 фельдшерско-акушерских пунктов, 41 комплекс для диспансеризации взрослых и детей, 127 флюорографов и 9 маммографов.

Для повышения качества оказания медицинской помощи, обеспечения условий для работы медицинских работников и удобства для населения при проведении выездной работы, особенно в населенных пунктах, где отсутствуют медицинские организации и их подразделения, используются специализированные передвижные медицинские комплексы различного назначения.

В зависимости от климато-географических особенностей некоторых регионов, с учетом имеющейся транспортной инфраструктуры целесообразным является использование в медицинских целях железнодорожного и водного транспорта.

Так, в рамках государственно-частного партнерства с ОАО «Российские железные дороги» созданы и работают передвижные консультативно-диагностические центры на базе железнодорожного транспорта, оснащенные диагностическим оборудованием и укомплектованные специалистами для выполнения программы диспансеризации населения в полном объеме.

В Томской, Новосибирской областях, Республике Саха (Якутия), Хабаровском крае, Ханты-Мансийском автономном округе-Югре работают теплоходы здоровья.

Дальнейшая реализация мероприятий по развитию сети медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, осуществляется в соответствии с утвержденными региональными программами развития здравоохранения с учетом региональных особенностей, плотности населения, структуры заболеваемости населения.

Скорая медицинская помощь населению

В 2014 году в службе скорой медицинской помощи Российской Федерации функционировало 2 657 станций (отделений) скорой медицинской помощи, работали 16 342 врача, 90 461 человек среднего медицинского персонала, 24 160 человек младшего медицинского персонала, 39 483 водителя и 10 430 человек прочего персонала.

Работу станций (отделений) скорой медицинской помощи обеспечивали 20 530 автомобилей скорой медицинской помощи, из них

36,0 % имели срок эксплуатации до 3 лет, 14,2 % – от 3 до 5 лет, 49,2 % – более 5 лет.

В 2014 году выполнено 45 605 127 выездов бригад скорой медицинской помощи. Медицинская помощь при выездах была оказана 45 810 037 пациентам.

Число выездов бригад скорой медицинской помощи по времени доезда до места вызова в срок до 20 минут составило 85,5 %, от 21 до 40 минут – 10,3 %, свыше 40 минут – 4,2 %.

Учитывая социальную значимость оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, необходимость обеспечения преемственности первичной медико-санитарной помощи, скорой (в том числе скорой специализированной) медицинской помощи, специализированной медицинской помощи в экстренной форме Минздравом России в 2014 году подготовлен проект подпрограммы «Развитие скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме и специализированной медицинской помощи в экстренной форме» для включения в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Целями указанной подпрограммы являются:

повышение доступности и качества оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме и специализированной медицинской помощи в экстренной форме;

совершенствование оказания медицинской помощи в экстренной форме;

снижение времени ожидания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи вне медицинской организации; развитие санитарно-авиационной эвакуации.

Основными мероприятиями подпрограммы являются:

совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;

развитие системы оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах;

информатизация системы оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах;

обеспечение деятельности федерального государственного бюджетного учреждения «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ВЦМК «Защита») в целях развития Всероссийской службы медицины катастроф.

Минздравом России проводится системная работа по обеспечению доступности медицинской помощи населению, в том числе за счет развития санитарной авиации.

Анализ представленной субъектами Российской Федерации информации показал, что для развития санитарно-авиационной эвакуации необходимо наличие достаточного количества воздушных судов, оборудованных специальными медицинскими модулями, строительство площадок для их посадки, развитая инфраструктура, позволяющая эффективно осуществлять эксплуатацию и техническое обслуживание авиапарка, создание необходимых финансовых условий для авиакомпаний, которые осуществляют санитарно-авиационную эвакуацию, а также внедрение долгосрочных государственных контрактов с авиакомпаниями на срок, превышающий срок действия утвержденных лимитов бюджетных обязательств.

При развитии санитарной авиации целесообразно руководствоваться опытом субъектов Российской Федерации, эффективно внедряющих механизмы государственно-частного партнерства.

Примером подобного сотрудничества является взаимодействие органов государственной власти в сфере охраны здоровья Ленинградской области и г. Санкт-Петербурга с ООО «Хели-Драйв», в результате которого решаются задачи:

организации санитарной эвакуации пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях;

доставки пациентов в клиники г. Санкт-Петербурга, оборудованные вертолетными площадками;

организации межгоспитальной эвакуации в специализированные медицинские организации;

доставки специализированных консультативных медицинских бригад в другие регионы;

доставки органов для трансплантации и донорской крови в профильные медицинские организации, оборудованные вертолетными площадками.

За счет средств компании «Хели-Драйв» были построены вертолетные площадки для межрайонных медицинских организаций Ленинградской области, приобретены легкие вертолеты с медицинским оборудованием, организована круглосуточная диспетчерская служба.

Развитие санитарной авиации на основе государственно-частного партнерства позволяет снизить затраты на содержание и техническое обслуживание воздушных судов.

Совершенствование организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи населению

Реализация мероприятий по совершенствованию оказания специализированной медицинской помощи в 2014 году осуществлялась в рамках государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и региональных программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

В целях обеспечения доступности и преемственности в оказании медицинской помощи населению в 2014 году продолжалось формирование трехуровневой системы оказания медицинской помощи, согласно которой медицинские организации первого уровня – максимально приближенные к месту жительства для оказания медицинской помощи (терапевтического, хирургического, педиатрического, акушерско-гинекологического профилей) при наиболее распространенных заболеваниях; второго уровня – специализированные межмуниципальные центры (отделения) для оказания экстренной и плановой специализированной медицинской помощи при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения, и третьего уровня – областные, краевые, республиканские больницы, а также федеральные центры высоких медицинских технологий.

Реализация мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями

В целях снижения смертности населения от болезней системы кровообращения и госпитальной летальности при данных заболеваниях в рамках региональных программ развития здравоохранения за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации и обязательного медицинского страхования в 2014 году осуществлялись мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями, основой которых является расширение

создаваемой на базе медицинских организаций субъектов Российской Федерации сети первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров.

Основной задачей таких отделений и центров является обеспечение в возможно короткие сроки качественной специализированной медицинской помощи больным с острой сосудистой патологией с использованием системного тромболизиса и наиболее востребованных интервенционных методов лечения (стентирование и баллонная ангиопластика коронарных артерий).

В 2014 году в Российской Федерации функционировало 383 первичных сосудистых отделения и 119 региональных сосудистых центров. Открытие новых региональных сосудистых центров (11) и первичных сосудистых отделений (61) позволило увеличить число госпитализированных пациентов с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения и расширить практику применения тромболитической терапии, в том числе на догоспитальном этапе, увеличить количество оперативных вмешательств со стентированием коронарных артерий.

Проведены региональные конференции в рамках совершенствования помощи больным с церебральным инсультом для сотрудников первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров в 12 субъектах Российской Федерации.

Повышение квалификации в рамках специализированных клинико-образовательных программ по организации помощи больным с инсультом прошли 1 844 специалиста мультидисциплинарных бригад, из них: 679 неврологов, 184 реаниматолога, 217 специалистов по лечебной физкультуре, 113 логопедов, 127 физиотерапевтов, 86 нейропсихологов/клинических психологов, 368 медицинских сестер и 70 специалистов по лучевой диагностике.

Реализация мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями

В 2014 году было продолжено формирование системы оказания онкологической помощи населению, ориентированной на раннее выявление онкологических заболеваний и проведение специализированного комбинированного противоопухолевого лечения.

В соответствии с заключенными Минздравом России с руководителями органов государственной власти субъектов Российской Федерации соглашениями, субсидии из федерального бюджета на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, предоставлены 15 субъектам Российской Федерации и 2 федеральным государственным бюджетным учреждениям, находящимся в ведении Министерства.

В субъектах Российской Федерации медицинские организации онкологического профиля оснащены медицинским оборудованием, пересмотрена маршрутизация пациентов со злокачественными новообразованиями в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи, проведена оптимизация коечного фонда с созданием коек для оказания паллиативной медицинской помощи и коек для медицинской реабилитации больных после хирургического лечения.

Реализация мероприятий, направленных на активное раннее выявление больных туберкулезом и обеспечение для них полноценного курса лечения

Правительством Российской Федерации принято постановление от 1 сентября 2014 г. № 882 «Об утверждении Правил бесплатного обеспечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом лекарственными препаратами для медицинского применения для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти».

Бюджетам 83 субъектов Российской Федерации предоставлены иные межбюджетные трансферты на финансовое обеспечение закупок антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов (второго ряда), применяемых при лечении больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, и диагностических средств для выявления, определения чувствительности микобактерии туберкулеза и мониторинга лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

В субъектах Российской Федерации проводились мероприятия по улучшению материально-технического оснащения лабораторий

медицинских организаций фтизиатрического профиля, по обеспечению противотуберкулезными и антибактериальными препаратами для лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

Реализация мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях

За 2012–2014 годы сформирована трёхуровневая система травмоцентров на базе функционирующих отделений стационаров в соответствии с определенными зонами ответственности медицинских организаций по автомобильным дорогам, осуществлено их оснащение медицинским оборудованием.

В 2014 году количество развернутых травмоцентров увеличилось по сравнению с 2013 годом с 783 до 1251, в том числе количество травмоцентров I уровня выросло с 141 до 143, II уровня – с 287 до 443 и III уровня – с 355 до 665.

Предоставлены субсидии 24 субъектам Российской Федерации в соответствии с заключенными соглашениями о предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.

Проведенные мероприятия включали в том числе обеспечение круглосуточного функционирования медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, оптимизацию схемы маршрутизации пациентов с целью своевременного оказания медицинской помощи в необходимом объеме, обеспечение деятельности медицинских организаций в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком (приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 927н), и Порядком оказания скорой, в том числе скорой

специализированной, медицинской помощи (приказ Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н).

В результате проводимых мероприятий создана система этапного оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в зависимости от степени тяжести полученных травм пострадавшими. Система позволяет обеспечить оказание медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях квалифицированными специалистами на месте дорожно-транспортного происшествия, во время доставки и в медицинских организациях.

Модернизация наркологической службы Российской Федерации

В ходе модернизации наркологической службы, проводимой Минздравом России с 2011 года, сформирована нормативно-правовая база организации оказания медицинской помощи больным наркологического профиля на основе порядка оказания медицинской помощи по профилю «наркология», утвержденного приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 929н, с учетом 12 стандартов медицинской помощи, утвержденных приказами Минздрава России от 4 сентября 2012 г. № 124н – 135н, и 7 клинических рекомендаций (протоколов лечения), утвержденных 14 октября 2014 г. профессиональными некоммерческими медицинскими организациями.

В результате внесенных изменений в нормативно-правовую базу прописана маршрутизация больного от момента выявления наркологического заболевания при оказании первичной медико-санитарной помощи до прохождения им медицинской реабилитации в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь.

В результате принятых мер началось активное развитие реабилитационного звена наркологической службы с вовлечением больных в реабилитационные программы в амбулаторных и стационарных условиях.

Произошли структурные изменения в наркологической службе – за время ее модернизации (с 2010 по 2014 годы) число наркологических реабилитационных коек увеличилось на 85,7 % с 1 441 до 2 676.

В течение 2011-2014 годов всем субъектам Российской Федерации, за исключением Республики Крым и города Севастополя, в целях укрепления материально-технической базы и приведения ее в соответствие с порядком оказания медицинской помощи по профилю «наркология», проведения

капитальных и текущих ремонтов помещения, а также подготовки и переподготовки кадров были перечислены субсидии из федерального бюджета. Общий объем финансирования за 4 года составил 1,8 млрд рублей, а объем средств, выделенных из консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации, составил 1,5 млрд рублей.

В настоящее время 5 субъектов Российской Федерации не освоили субсидию полностью: Еврейская автономная область (на 45,2 %), Чукотский автономный округ (на 51,8 %), Кировская область (на 77,5 %), Тамбовская область (на 99,9 %), Республика Хакасия (субсидия не освоена полностью).

Информация о достижении целевых показателей (индикаторов) модернизации наркологической службы Российской Федерации, утвержденных приказом Минздрава России от 5 июня 2014 г. № 263, в 2014 году представлена в табл. 1.11.

Таблица 1.11

Информация о достижении целевых показателей (индикаторов) модернизации наркологической службы Российской Федерации, утвержденных приказом Минздрава России от 5 июня 2014 г. № 263, в 2014 году

Показатель	Единица измерения	Плановое значение	Фактическое значение
Доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года	проценты	25,4	29,7
Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет (на 100 больных наркоманией среднегодового контингента)	человек	8,6	9,4
Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии более 2 лет (на 100 больных наркоманией среднегодового контингента)	человек	9,23	9,8
Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет (на 100 больных алкоголизмом среднегодового контингента)	человек	11,46	12,3
Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2 лет (на 100 больных алкоголизмом среднегодового контингента)	человек	9,23	9,6

Превышение показателя повторной госпитализации больных алкоголизмом в течение года связана с «накоплением» среди госпитализированных больных числа пациентов с 3-й стадией алкогольной зависимости (алкогольная деградация личности). В указанной группе

больных наиболее выражена «алкогольная анозогнозия» – отсутствие критики к наличию заболевания и к своему состоянию. Эти категории больных не имеют установок на лечение, медицинскую реабилитацию и в целом на ведение трезвого образа жизни, что приводит к преждевременной выписке, срывам и повторным госпитализациям.

Развитие ядерной медицины

В 2014 году и за январь-февраль 2015 года в федеральном государственном бюджетном учреждении «Сибирский клинический центр Федерального медико-биологического агентства» в центре радионуклидной терапии и диагностики пролечено 820 пациентов со злокачественными новообразованиями щитовидной железы, тиреотоксикозом и множественными метастазами в кости, проведено 2203 процедуры радионуклидной диагностики, внедрен метод брахитерапии предстательной железы – пролечено 22 пациента; в центре позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ-центр) с ноября 2014 года проведено 292 медицинских исследования.

В 2014 году и за январь-февраль 2015 года в федеральном государственном бюджетном учреждении «Северный медицинский клинический центр им. Н.А. Семашко Федерального медико-биологического агентства» в центре радионуклидной терапии и диагностики пролечено 220 пациентов и проведено 1400 медицинских исследований.

В 2014 году осуществлялось строительство: отделения радионуклидной терапии и ПЭТ-центра в составе федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» в г. Нижний Новгород, а также Федерального высокотехнологичного центра медицинской радиологии в г. Димитровграде Ульяновской области, в состав которого включён первый в России сертифицированный центр протонной терапии.

Развитие системы донорства

Заготовку донорской крови и ее компонентов в Российской Федерации осуществляют 130 станций переливания крови и 337 отделений по переливанию крови.

Общее количество доноров в 2014 году по сравнению с 2013 годом выросло на 3,9 % и составило 1 584 043 человека.

В 2008–2014 годы Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным медико-биологическим агентством осуществлялась масштабная программа развития службы крови (далее – программа), закончившаяся в 2015 году.

В программе развития службы крови приняли участие все субъекты Российской Федерации, в которых за счет средств федерального бюджета поэтапно проводились мероприятия по укреплению материально-технической базы и формированию единой базы данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов.

Одной из главных задач здравоохранения – равный доступ граждан к трансфузиологической помощи, оказываемой по единому стандарту на территории всей страны, на первом этапе реализация мероприятий программы развития службы крови осуществлялась централизованно. На втором этапе регионам была дана возможность самостоятельно определять объем и содержание мероприятий по развитию службы крови, исходя из географических особенностей и клинического потенциала.

В рамках технической модернизации в учреждения службы крови было поставлено современное высокотехнологичное оборудование для аппаратных методов заготовки отдельных компонентов крови, с целью исключения человеческого фактора лаборатории были оснащены автоматическими анализаторами. За счет поставок оборудования для длительного хранения плазмы во всех регионах Российской Федерации внедрена карантинизация, которая является наиболее эффективным методом обеспечения безопасности плазмы. Кроме того, поставлялись системы для инактивации патогенов компонентов крови. Для сохранения кадрового донорского потенциала в удаленных населенных пунктах региональные учреждения службы крови были оснащены мобильными комплексами для заготовки крови.

Всего на реализацию программы развития службы крови было выделено 30 млрд руб.

С начала реализации мероприятий по укреплению донорства, материально-технической и информационной базы службы крови за период 2008-2014 годов в учреждения службы крови субъектов Российской Федерации было поставлено более 7 тыс. единиц нового медицинского

оборудования. В 2014 году было введено в эксплуатацию 2 модульных здания для размещения службы крови в городах Казань и Ульяновск.

Для координации деятельности по формированию единого информационного пространства службы крови ФМБА России был создан Федеральный информационный центр, задачами которого является:

повышение безопасности донорской крови за счет создания регистров отведенных доноров;

снятие ограничения на сдачу крови по территориальному принципу;

управление запасами крови.

В настоящее время к Федеральному информационному центру подключено 180 региональных и федеральных объектов службы крови. Более 500 специализированных медицинских организаций передают информацию об отводах от донорства. С 2012 года внедрена информационно-аналитическая подсистема, позволяющая контролировать и управлять ресурсами службы крови. В рамках технического сопровождения информационной базы в 2014 году была проведена доработка и усовершенствование операционной системы. В 2015 году планируется ее внедрение.

Эффективно функционирует коммуникационная инфраструктура службы крови: Интернет-портал службы крови – www.yadonor.ru – это не только расширенная информационная база для всех участников донорского движения: доноров, волонтеров, некоммерческих организаций, предприятий и компаний, общественных советов, журналистов, но и возможность взаимодействия между ними; горячая линия по вопросам донорства крови – 8-800-333-33-30, которая работает круглосуточно, при этом звонок по России бесплатный.

В 2014 году реализация комплекса мероприятий по пропаганде массового донорства крови и ее компонентов в Российской Федерации проводилась по следующим направлениям: размещение в средствах массовой информации рекламно-информационных материалов, проведение публичных мероприятий, 21 ноября 2014 года в г. Москве прошел VII Всероссийский Форум Службы крови.

С целью обеспечения государственного контроля в сфере обращения донорской крови и (или) ее компонентов было проведено 1 248 проверок, в ходе которых выявлено 2 967 правонарушений, выдано 727 предписаний об

устранении нарушений требований законодательства Российской Федерации в сфере донорства крови и ее компонентов.

В соответствии с Федеральным законом от 5 мая 2014 г. № 119-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» ФМБА России наделено полномочием по привлечению за нарушение законодательства в сфере донорства крови и ее компонентов к административной ответственности.

Так, в 2014 году по итогам рассмотрения дел об административных правонарушениях общее количество наложенных административных наказаний составило 88, из которых 49 предупреждений и 39 административных штрафов.

В соответствии с Федеральным законом от 20 июля 2012 г. № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов» ФМБА России учитывает, регистрирует и проводит расследования по случаям посттрансфузионных осложнений. Руководители организаций, осуществляющих клиническое использование донорской крови и (или) ее компонентов, обязаны представлять в ФМБА России извещения о реакциях и об осложнениях, и один раз в год сводную информацию.

За 2014 г. ФМБА России была получена информация о 17 случаях посттрансфузионных осложнений, развившихся у пациентов при переливании донорской крови и её компонентов, в отношении которых проводились проверки, в том числе 5 случаев заражения ВИЧ-инфекцией через компоненты донорской крови.

С 1 января 2014 года в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 9 марта 2013 г. № 197 «О предоставлении субвенций из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление переданного полномочия Российской Федерации по осуществлению ежегодной денежной выплаты лицам, награжденным нагрудным знаком «Почетный донор России» ФМБА России осуществляет перечисление субвенций бюджетам субъектов Российской Федерации, предоставленных из федерального бюджета на осуществление переданного полномочия Российской Федерации по осуществлению ежегодной денежной выплаты лицам, награжденным нагрудным знаком «Почетный донор России» и выполняет сопутствующую деятельность по

организации мониторинга перечисления ежегодной выплаты, сбора отчетности.

Обеспечены выплаты лицам, награжденным знаком «Почетный донор России», в том числе ежегодные выплаты донорам г. Севастополя и Республики Крым.

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи

Высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП) один из решающих факторов в обеспечении качественной и доступной медицинской помощи. Повышение доступности ВМП определено приоритетным направлением в деятельности Минздрава России в 2014 году.

Перечень видов ВМП с указанием источника финансового обеспечения по каждому методу ВМП на 2014 год был утвержден приказом Минздрава России от 10 декабря 2013 г. № 916н.

В 2014 году ВМП, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказывалась гражданам Российской Федерации в 132 федеральных государственных учреждениях за счет средств федерального бюджета и в 304 медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, на условиях софинансирования из федерального бюджета.

По данным специализированной информационной системы Минздрава России, в 2014 году по высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных государственных учреждениях пролечено 334,9 тыс. пациентов.

В медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, и оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь на условиях софинансирования, в 2014 году пролечено 151,9 тыс. пациентов.

По данным, представленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, по ВМП в системе обязательного медицинского страхования в 2014 году пролечено 228,8 тыс. пациентов в более чем 600 медицинских организациях.

Таким образом, общий объем оказания ВМП за счет средств федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и

средств обязательного медицинского страхования в 2014 году составил 715,6 тыс. пациентов.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования ВМП оказывала 641 медицинская организация, в том числе:

124 медицинские организации, подведомственные федеральным органам государственной власти;

432 медицинские организации, подведомственные органам государственной власти субъектов Российской Федерации;

85 медицинских организаций негосударственной формы собственности.

Всего за 2014 год оплачено 228 805 случаев госпитализаций (96,0% от запланированного количества – 238 295), из них по ВМП, оказанной в медицинских организациях:

подведомственных федеральным органам государственной власти – 51 214 госпитализаций (97,6 % от запланированного количества – 52 500);

подведомственных органам государственной власти субъектов Российской Федерации – 163 228 госпитализаций (96,1 % от запланированного количества – 169 910);

негосударственной формы собственности – 14 363 госпитализаций (90,4 % от запланированного количества – 15 885).

Наибольшие объемы ВМП выполнены в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования г. Москвы (42 825 госпитализаций), г. Санкт-Петербурга (18738 госпитализаций), Свердловской (12 053 госпитализации) и Московской областей (9 755 госпитализаций), а также Краснодарского края (7 773 госпитализации).

В структуре выполненных объемов ВМП по профилям оказания медицинской помощи с наибольшими объемами составили:

сердечно-сосудистая хирургия (74 169 госпитализаций, или 32,4% от общего количества госпитализаций);

онкология (20 959 госпитализаций, или 10,9% от общего количества госпитализаций);

офтальмология (22 801 госпитализаций, или 10% от общего количества госпитализаций);

травматология и ортопедия/1 (22 237 госпитализаций, или 9,7% от общего количества госпитализаций);

неонатология (16 499 госпитализаций, или 7,2% от общего количества госпитализаций);

травматология и ортопедия (16 062 госпитализаций, или 7,0% от общего количества госпитализаций);

акушерство и гинекология/1 (12 478 госпитализаций, или 5,5% от общего количества госпитализаций).

При этом наибольшие объемы ВМП, выполненные:

медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам государственной власти, оказаны по профилям «сердечно-сосудистая хирургия», «онкология», «травматология и ортопедия/1», «офтальмология»;

медицинскими организациями, подведомственными органам государственной власти субъектов Российской Федерации, оказаны по профилям «сердечно-сосудистая хирургия», «онкология», «неонатология», «травматология и ортопедия/1»;

медицинскими организациями негосударственной формы собственности оказаны по профилям «акушерство и гинекология/1», «офтальмология», «сердечно-сосудистая хирургия».

В структуре выполненных объемов более половины случаев составили следующие виды ВМП:

коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца (26,7%);

эндопротезирование суставов конечностей (9,7%);

эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца без имплантации кардиовертера-дефибриллятора (5,7%);

комплексное хирургическое лечение глаукомы, включая микроинвазивную энергетическую оптико-реконструктивную и лазерную хирургию, имплантацию различных видов дренажей (5,7%);

экстракорпоральное оплодотворение при бесплодии, культивирование и перенос эмбриона в полость матки, включая интрацитоплазматическое введение сперматозоида (5,5%).

Наибольшие объемы ВМП, выполненные:

медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам государственной власти, оказаны по видам «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со

стентированием при ишемической болезни сердца», «эндопротезирование суставов конечностей»;

медицинскими организациями, подведомственными органам государственной власти субъектов Российской Федерации, оказаны по видам «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца», «эндопротезирование суставов конечностей», «эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца без имплантации кардиовертера-дефибриллятора», «поликомпонентная терапия синдрома дыхательных расстройств, врожденной пневмонии, сепсиса новорожденного, тяжелой церебральной патологии новорожденного с применением аппаратных методов замещения или поддержки витальных функций на основе динамического инструментального мониторинга основных параметров газообмена, гемодинамики, а также лучевых, биохимических, иммунологических и молекулярно-генетических исследований»;

медицинскими организациями негосударственной формы собственности оказаны по виду «экстракорпоральное оплодотворение при бесплодии, культивирование и перенос эмбриона в полость матки, включая интрацито-плазматическое введение сперматозоида».

Средняя длительность одной госпитализации при оказании ВМП в 2014 году составила 13,25 дней.

В 2014 году финансовое обеспечение ВМП в рамках базовой программы ОМС составило 28 575 378,0 тыс. рублей (97,4% от утвержденной стоимости 29 328 710,2 тыс. рублей), в том числе оказанной в:

медицинских организациях, подведомственных федеральным органам государственной власти – 5 736 392,6 тыс. рублей (101,3% от утвержденной стоимости - 5 660 659,8 тыс. рублей);

медицинских организациях, подведомственных органам государственной власти субъектов Российской Федерации – 21 390 521,6 тыс. рублей (96,5% от утвержденной стоимости – 22 165 456,8 тыс. рублей);

медицинских организациях негосударственной формы собственности – 1 448 463,8 тыс. рублей (96,4% от утвержденной стоимости – 1 502 593,6 тыс. рублей.).

Значительный размер финансового обеспечения (более 70% от общего объема использованных средств обязательного медицинского страхования) направлены на оплату ВМП по профилям:

сердечно-сосудистая хирургия (11 458 575,9 тыс. рублей, или 40,1% от общего объема использованных средств обязательного медицинского страхования);

неонатология (3 585 971,5 тыс. рублей, или 12,5% от общего объема использованных средств обязательного медицинского страхования);

онкология (2 705 812,2 тыс. рублей, или 9,5% от общего объема использованных средств обязательного медицинского страхования);

травматология и ортопедия/1 (2 558 200,2 тыс. рублей, или 9% от общего объема использованных средств обязательного медицинского страхования).

Средняя стоимость одной госпитализации при оказании ВМП в целом по Российской Федерации в 2014 году составила 124,9 тыс. рублей, в том числе в:

медицинских организациях, подведомственных федеральным органам государственной власти – 112,0 тыс. рублей;

медицинских организациях, подведомственных органам государственной власти субъектов Российской Федерации – 131,1 тыс. рублей;

медицинских организациях негосударственной формы собственности – 100,9 тыс. рублей.

Наиболее затратными профилями ВМП в 2014 году являлись:

травматология и ортопедия/2 (272,1 тыс. рублей, или на 117,9 % больше средней стоимости лечения);

неонатология (217,3 тыс. рублей, или на 74% больше средней стоимости лечения);

сердечно-сосудистая хирургия (154,5 тыс. рублей, или на 23,7% больше средней стоимости лечения).

Наименее затратными профилями ВМП в 2014 году являлись:

офтальмология (35,9 тыс. рублей, на 71,3% ниже средней стоимости лечения);

оториноларингология (56,5 тыс. рублей, на 54,8% ниже средней стоимости лечения);

урология (65,1 тыс. рублей, на 47,9% ниже средней стоимости лечения).

Наибольшая стоимость одной госпитализации отмечена по видам ВМП:

внутрисосудистый тромболитис при окклюзиях церебральных артерий и синусов (317,3 тыс. рублей, на 154% выше средней стоимости лечения);

выхаживание новорожденных массой тела до 1500 г, включая детей с экстремально низкой массой тела при рождении, с созданием оптимальных контролируемых параметров поддержки витальных функций и щадяще-развивающих условий внешней среды под контролем динамического инструментального мониторинга основных параметров газообмена, гемодинамики, а также лучевых, биохимических, иммунологических и молекулярно-генетических исследований (273,2 тыс. рублей, на 118,8% выше средней стоимости лечения);

реконструктивные и корригирующие операции при сколиотических деформациях позвоночника 3–4 степени с применением имплантатов, стабилизирующих систем, аппаратов внешней фиксации, в том числе у детей первых лет жизни и в сочетании с аномалией развития грудной клетки (272,1 тыс. рублей, на 117,9 % выше средней стоимости лечения).

Наименьшая стоимость одной госпитализации отмечена по видам ВМП:

хирургическое и/или лучевое лечение злокачественных новообразований глаза, его придаточного аппарата и орбиты, включая внутриорбитальные доброкачественные опухоли; реконструктивно-пластическая хирургия при их последствиях (24,8 тыс. рублей, на 80,1% ниже средней стоимости лечения);

комплексное хирургическое лечение глаукомы, включая микроинвазивную энергетическую оптико-реконструктивную и лазерную хирургию, имплантацию различных видов дренажей (32,7 тыс. рублей, на 73,8% ниже средней стоимости лечения);

реконструктивно-пластические и оптико-реконструктивные операции при травмах (открытых, закрытых) глаза, его придаточного аппарата, орбиты (35,3 тыс. рублей, на 71,7% ниже средней стоимости лечения).

В 2014 году в Чеченской Республике организовано оказание высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств обязательного

медицинского страхования по профилю «сердечно - сосудистая хирургия» на базе государственного бюджетного учреждения «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи им. У.И. Ханбиева» и государственного бюджетного учреждения «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн», по профилю «нейрохирургия» на базе государственного бюджетного учреждения «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи им. У.И. Ханбиева».

В июне 2014 года бюджетное учреждение Республики Калмыкия «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева» получила лицензию на осуществление высокотехнологичной медицинской помощи по 8 профилям (по сердечно-сосудистой хирургии, нейрохирургии, офтальмологии, травматологии и ортопедии, эндокринологии, гастроэнтерологии, ревматологии, гематологии) и включена в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования. 33 человека получили ВМП по видам, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

В 2014 году в Республике Алтай на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Республиканская больница» организовано оказание ВМП по профилям: сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия.

Важным событием в оказании ВМП в 2014 году стало проведение 15 операций трансплантации почки, выполненных в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница» в Алтайском крае, а также внедрение в учреждении новых профилей высокотехнологичной медицинской помощи – абдоминальной хирургии, офтальмологии, урологии.

В 2014 г. на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского» Департамента здравоохранения Москвы создан центр радиохирургии, в котором осуществляется стереотаксическое радиохирургическое лечение на установке «Гамма-Нож»,

в 2015 г. в нем смогут получить помощь не менее 1 500 жителей г. Москвы, страдающих онкологической патологией головного мозга.

В марте 2014 года впервые в истории здравоохранения Республики Башкортостан был выполнен самый высокотехнологичный метод лучевой диагностики – успешно проведены позитронно-эмиссионная томография и компьютерная томография в открывшемся Центре позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ-центр) на территории государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Республиканский клинический онкологический диспансер».

В сентябре 2014 года впервые для лечения опухолей была применена одна из самых высоких технологий – аппаратный комплекс «Кибер-нож» при поддержке инженеров компании «Accuray» (США). Таким образом, г. Уфа стала 4 городом в России, где применяется данная технология, и вторым городом в мире (после г. Мюнхена), где установлен прибор 6 поколения.

В 2014 году впервые на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» открыто единственное в России отделение онкоофтальмологии, где внедрена методика брахитерапии с применением офтальмоапликатров с радиоизотопами, что позволяет делать операции по удалению глазных меланом с сохранением зрения.

С июля 2014 года при поддержке Правительства Российской Федерации Госкорпорацией «Росатом» и администрацией Челябинской области начата работа по проекту «Создание лечебно-диагностического центра ядерной медицины в Челябинской области», в рамках которого планируется открытие ПЭТ-центра в г. Снежинск для кардиологических и неврологических исследований, модернизация ПЭТ-центра и отделения радионуклидной терапии окружного онкологического диспансера, создание центра (комплекса) ионно-протонной терапии.

О направлении граждан Российской Федерации на лечение за пределы территории Российской Федерации за счет средств федерального бюджета.

В 2014 году за счет средств федерального бюджета осуществлялось финансирование лечения граждан Российской Федерации в условиях зарубежных клиник. Согласно заключенным договорным обязательствам

оказана необходимая медицинская помощь за рубежом 11 гражданам Российской Федерации (в 2013 году – 17 гражданам).

Развитие медицинской реабилитации

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» мероприятия по медицинской реабилитации впервые включены в базовую программу обязательного медицинского страхования. Определены средние нормативы объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций.

Минздравом России проводится мониторинг реализации субъектами Российской Федерации подпрограммы «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного дела, в том числе детей» региональных программ развития здравоохранения на 2013–2020 годы.

В июне 2014 года проведен VI Международный конгресс «Нейрореабилитация – 2014» г. Москва.

Проведены региональные конференции в рамках совершенствования помощи больным с церебральным инсультом для сотрудников первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров (Калининградская область, Калужская область, Кемеровская область, Краснодарский край, Красноярский край, Липецкая область, г. Москва, Республика Адыгея, Республика Хакасия, Самарская область, г. Санкт-Петербург, Ставропольский край).

Прошли повышение квалификации в рамках специализированных клиничко-образовательных программ по организации помощи больным с инсультом 1 844 специалиста мультидисциплинарных бригад. Из них: 679 неврологов, 184 реаниматолога, 217 специалистов по лечебной физкультуре, 113 логопедов, 70 специалистов по лучевой диагностике, 127 физиотерапевтов, 86 нейропсихологов/клинических психологов, 368 медицинских сестер.

По российско-европейской программе «Совершенствование помощи по медицинской реабилитации в Российской Федерации» прошли повышение квалификации 36 профессоров медицинских образовательных организаций, руководителей крупных медицинских организаций из 12 субъектов Российской Федерации.

В соответствии с государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» с 2013 г. по настоящее время в субъектах Российской Федерации развернуто 9 973 соматических реабилитационных койки для взрослых и 3 775 – для детей.

В 2014 году в 11 субъектах Российской Федерации продолжились мероприятия пилотного проекта по организации трехэтапной системы медицинской реабилитации для взрослого населения (по профилям: неврология, травматология и ортопедия, кардиология и онкология), по окончании которого отработанная модель оказания трехэтапной системы медицинской реабилитации будет внедрена на территории других субъектов Российской Федерации.

На базе санаторно-курортных организаций, подведомственных Минздраву России, осуществлялась подготовка к открытию отделений для проведения третьего этапа медицинской реабилитации пациентов, получивших высокотехнологичную помощь в федеральных государственных учреждениях здравоохранения, подведомственных Минздраву России.

В 2014 году открылись: лечебно-реабилитационный научный центр в структуре федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, реабилитационный центр для детей с пороками сердца в структуре федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева», а также федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр реабилитации (для детей с нарушением слуха)» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Всего в настоящее время в федеральных медицинских организациях развернуто более 3,9 тыс. коек по медицинской реабилитации детей.

В системе здравоохранения субъектов Российской Федерации функционирует 176 детских реабилитационных центров (отделений) с общим коечным фондом 6 245 коек.

В 2014 году в Ленинградской области получила развитие система реабилитации пациентов после травм и заболеваний неврологического профиля. В государственном бюджетном учреждении здравоохранения Ленинградской области «Тихвинская межрайонная больница им. А.Ф. Калмыкова» открыто отделение реабилитации, отвечающее порядкам оказания медицинской помощи по профилю реабилитация.

В 2014 году в 11 субъектах Российской Федерации продолжились мероприятия пилотного проекта по организации трехэтапной системы медицинской реабилитации для взрослого населения (по профилям: неврология, травматология и ортопедия, кардиология и онкология), по окончании которого отработанная модель оказания трехэтапной системы медицинской реабилитации будет внедрена на территории других субъектов Российской Федерации.

С целью организации стационарной реабилитационной помощи детям, проживающим в Волгоградской области, в 2014 году открыты отделения медицинской реабилитации для детей, в том числе для детей-инвалидов, на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Волгоградская областная детская клиническая больница» и государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Камышинская детская городская больница».

С 2014 года в республике Марий Эл начали работу реабилитационные отделения на базе: государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть № 1», государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Республиканская больница восстановительного лечения», государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Йошкар-Олинская городская больница». На начало 2015 г. в Республике функционировало 55 реабилитационных коек.

В августе 2014 года министерством здравоохранения Республики Саха (Якутия) организовано оказание реабилитационной медицинской помощи на базе существующих санаторно-курортных учреждений на 60 коек.

В 2014 году в Сахалинской области на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения санаторий «Аралия» создан многопрофильный реабилитационный центр регионального значения.

В 2014 году подготовлены проекты стандартов оказания помощи по медицинской реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях.

Развитие санаторно-курортного лечения

В 2014 году общее количество пациентов, пролеченных в санаторно-курортных организациях, составило 138 775 человек, из них 55 842 детей. Количество инвалидов, пролеченных в санаторно-курортных организациях, составило 18 697 человек от общего количество пролеченных пациентов, из них 5 607 детей.

С целью сохранения потенциала курортной сферы и формирования современного курортного комплекса, направленного на решение медико-социальных задач обеспечения доступного населению, эффективного санаторно-курортного лечения, подготовлены:

проект приказа Минздрава России «О Порядке организации оказания санаторно-курортного лечения»;

проект приказа Минздрава России «О Перечне медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения взрослых и детей (кроме больных туберкулезом)».

В мае 2014 года проведен Всероссийский форум «Здравница – 2014» в г. Белокуриха, Алтайский край, в сентябре 2014 года проведен XII конгресс «Реабилитация и санаторно-курортное лечение», г. Москва.

Оказание паллиативной помощи

Организация службы паллиативной медицинской помощи населению находится в ведении субъектов Российской Федерации и осуществляется в соответствии с государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» подпрограммы «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям» и отдельных подпрограмм, включенных в программы развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

По состоянию на 1 января 2015 года, количество коек для оказания паллиативной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации составило 5250, из них для взрослого населения – 4 789, для детей – 461 (0,36 на 10 тыс. населения).

В IV квартале 2014 года в г. Москве проведена обучающая конференция «Развитие паллиативной и хосписной помощи взрослым и детям», в которой приняли участие около 200 специалистов из 32 городов, представители органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Повышение квалификации врачей клинических специальностей по вопросам паллиативной медицинской помощи проводилось в 2014 году на кафедре паллиативной медицины факультета последипломного образования государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального учреждения «Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Вопросы оказания паллиативной медицинской помощи включены в программы интернатуры и ординатуры по основным клиническим специальностям на циклах общего и тематического усовершенствования.

В целях совершенствования оказания паллиативной медицинской помощи приказом Минздрава России от 14 апреля 2015 г. № 187н утвержден порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению.

Минздравом России проводится работа по дальнейшему совершенствованию нормативной правовой базы, регулирующей вопросы организации обеспечения тяжелобольных наркотическими и психотропными лекарственными препаратами, результатом которой станут упрощение процедуры назначения и оформления специальных рецептов на наркотические лекарственные препараты при первичном и повторном обращении пациентов, предоставление права получения рецептов на наркотические средства и психотропные вещества родственникам немобильных пациентов, социальным работникам; предоставление права врачам стационаров при выписке пациента выдавать не только наркотические препараты, но и сильнодействующие препараты, или выписывать на них рецепт.

В соответствии с программами развития здравоохранения субъектов Российской Федерации для оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях открываются кабинеты в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (г. Москва, Брянская, Костромская, Рязанская и Ярославская области).

Выездная патронажная служба организована в г. Москве, Ивановской, Костромской, Курской, Смоленской, Тульской и Ярославской областях.

В качестве индикатора реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» определен уровень обеспеченности койками для оказания паллиативной медицинской помощи на 100 тыс. взрослого и детского населения, который к 2020 году должен составлять 10 коек на 100 тыс. взрослого населения и 2,08 коек на 100 тыс. детского населения.

В рамках государственной программы Калужской области «Развитие здравоохранения в Калужской области» (подпрограмма «Развитие паллиативной помощи, в том числе детям») в 2014 году организовано областное отделение паллиативной помощи на 20 коек на базе государственного учреждения здравоохранения Калужской области «Центральная районная больница Дзержинского района» (пос. Товарково).

Информатизация здравоохранения

Минздравом России в 2014 году реализовывались мероприятия по развитию единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ).

Целью создания ЕГИСЗ является обеспечение эффективной информационной поддержки процесса управления системой медицинской помощи, а также процесса оказания медицинской помощи.

В качестве основного стратегического документа по внедрению современных информационных систем в здравоохранении приказом Минздравсоцразвития России от 28 апреля 2011 г. № 364 утверждена Концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, реализация которой предусмотрена до 2020 года.

С целью оптимизации повседневной деятельности работников здравоохранения в 2014 году Минздравом России осуществлялось комплексное развитие функциональных возможностей ранее созданных ключевых систем ЕГИСЗ, по результатам которого была предоставлена возможность их интеграции с медицинскими информационными системами в субъектах Российской Федерации, при этом была обеспечена

преимущество технологических и организационных моделей взаимодействия.

В рамках доработки федерального сервиса «Интегрированная электронная медицинская карта» врачу предоставлена возможность централизованной обработки результатов лабораторных исследований пациента, фиксации и хранения протоколов диагностических исследований, протоколов консультаций врачей – специалистов, а также средств доступа к аккумулированной в информационной системе информации, которые позволяют врачам ознакомиться с медицинскими записями пациентов. В свою очередь, граждане получили возможность записаться на прием, осуществлять ведение персональных медицинских дневников, записей оценки собственного здоровья, в том числе информации о приеме назначенных врачом лекарственных средств, артериальном давлении, температуре, уровне глюкозы и прочих показателей.

По данным на 1 января 2015 года, в федеральном сервисе «Интегрированная электронная медицинская карта» зарегистрированы свыше 3 тыс. медицинских организаций (более 30%), где фиксируются медицинские записи 15,8 млн. граждан.

Качественные изменения произошли в федеральном сервисе «Федеральная электронная регистратура». Данный сервис предоставляет возможность медицинским организациям вести учет размещенных, отклоненных, отмененных и реализованных записей на прием, при необходимости направлять пациентов в другую медицинскую организацию для прохождения дополнительных специализированных обследований, осуществлять прогноз количества посещений. По данным на 1 января 2015 года, к федеральному сервису подключено более 2 тыс. медицинских организаций, передающих в систему расписания 51 тыс. врачей.

По результатам оптимизации процесса получения справки о допуске к управлению транспортным средством федеральный сервис «Федеральная электронная регистратура» предоставляет возможность гражданам осуществлять комплексную запись на прием к нескольким врачам с целью прохождения медицинского освидетельствования.

Следующим важным направлением в 2014 году явилось усовершенствование механизмов и отслеживание результатов персонифицированного учета по отдельным нозологиям и профилям

оказания медицинской помощи. Фиксирование фактов оказания медицинской помощи, выдаваемых рецептов с проведением последующего анализа динамики лечения пациентов является одним из основополагающих факторов для планирования мероприятий по наблюдению состояния здоровья пациентов и возможным мероприятиям по реабилитации.

В рамках реализации программ мониторинга здоровья граждан за 2014 год с помощью специализированных информационных систем учета по отдельным нозологиям и профилям оказания медицинской помощи, достигнуты следующие показатели:

высокотехнологичная медицинская помощь – создано свыше 500 тыс. электронных карт пациентов;

мониторинг санаторно-курортного лечения – создано свыше 70 тыс. электронных карт пациентов;

специализированная медицинская помощь – создано свыше 170 тыс. электронных карт пациентов.

В 2014 году существенно пополнилась Федеральная электронная медицинская библиотека, создан электронный каталог «Российская медицина», включающий все медицинские книги, методические пособия и материалы, диссертации, сборники научных трудов и статьи из научных медицинских журналов. Общий объем каталога более 500 тыс. библиографических записей. Создана учебная электронная библиотека по 36 медицинским дисциплинам, всего более 3 тыс. цифровых полнотекстовых документов включая 600 книг. В настоящее время это самый большой отраслевой каталог, включающий отечественный запас фонда Центральной медицинской библиотеки.

В 2014 году Минздрав России приступил к реализации пилотных проектов, целью которых является перевод бумажного медицинского документооборота в электронный вид. Минздрав России совместно с Фондом социального страхования Российской Федерации реализует пилотный проект «Электронный листок нетрудоспособности», в Тюменской области и в г. Москве начата проработка проекта по реализации электронных рецептов на получение и приобретение лекарственных средств.

Проведенные в 2013-2014 годы мероприятия по оснащению санитарного автотранспорта бортовой аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС позволили начать внедрение автоматизированных систем

обработки вызовов и управления мобильными бригадами скорой медицинской помощи. В настоящее время оснащено 19 840 единиц санитарного транспорта бортовой аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС, оборудовано 2 659 диспетчерских станций скорой медицинской помощи.

В 2014 году был проведен анализ результатов апробации унифицированного программного решения для обеспечения функции диспетчеризации санитарного автотранспорта, на основании которого разработаны типовые требования к информационным системам диспетчеризации скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи для передачи их в 2015 году в субъекты Российской Федерации.

Программой определены следующие направления:

внедрение элементов проектного менеджмента в управлении отраслью;
информатизация здравоохранения, включая развитие телемедицины;
повышение доступности консультационных услуг медицинских экспертов для населения за счет использования телемедицинских консультаций;

повышение оперативности оказания медицинской помощи высокорисковым группам пациентов за счет использования технологий дистанционного скрининга;

внедрение электронных образовательных курсов и систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медицинских работников.

Анализ результатов базового этапа реализации ЕГИСЗ выявил ряд проблем, которые снижают эффект реализации мероприятий:

1. Инфраструктурное обеспечение. Оценка оснащенности медицинских организаций компьютерным и телекоммуникационным оборудованием, которую провел Минздрав России совместно с субъектами Российской Федерации в 2014 году, выявила ограничения готовности к полному внедрению информационных систем и последующему переходу на электронный документооборот. Показатель обеспечения автоматизации рабочих мест врачей в среднем по Российской Федерации составил 54%. Таким образом, для дальнейшего внедрения информационных систем в здравоохранение субъектам Российской Федерации необходимо

запланировать и реализовать мероприятия базового оснащения медицинских организаций.

2. Качество программного обеспечения медицинских информационных систем.

В 2014 году проведен анализ функциональных возможностей медицинских информационных систем, внедренных в медицинские организации субъектов Российской Федерации, по результатам которого выявлены существенные различия функциональных возможностей медицинских информационных систем как на уровне отдельных медицинских организаций, так и на уровне субъекта Российской Федерации, создающие препятствия для реализации следующих мероприятий:

введение единых стандартов к ведению медицинской документации в электронном виде (в том числе электронной медицинской карты);

обеспечение персонифицированного учета оказания медицинских услуг;

сопоставление состава предусмотренных стандартами медицинской помощи мероприятий и последовательности их проведения с зафиксированными в медицинских информационных системах медицинскими организациями лечебно-диагностическими назначениями и их выполнением;

обеспечение информационного взаимодействия организаций системы здравоохранения, участников лечебно-диагностического процесса в среде единого информационного пространства, сформированного в ходе создания ЕГИСЗ;

взаимодействие с административно-хозяйственными системами, в том числе с целью анализа реальных затрат на оказание медицинских услуг, как для пациента, так и для структурной единицы медицинской организации.

В 2014 году Минздрав России приступил к разработке методических рекомендаций к функционалу медицинских информационных систем для формирования совместно с субъектами Российской Федерации планов их развития и унификации.

3. Неоднородность нормативно-справочной информации. В целях обеспечения унифицированного подхода к использованию медицинских информационных систем необходимо осуществить:

структурную и объектную модернизацию системы нормативно-справочной информации для использования в медицинских информационных системах медицинских организаций;

функциональную и регламентную модернизацию системы нормативно-справочной информации для использования в медицинских информационных системах медицинских организаций (сопровождение, поддержка эксплуатации нормативно-справочной информации). С этой целью запланированы мероприятия по внедрению унифицированного порядка ведения объектов нормативно-справочной информации (справочников) на базе единых, стандартизованных требований, формируемых на основе анализа действующей системы регламентов ведения нормативно-справочной информации, путем разработки общих регламентных требований с их последующей практической адаптацией к конкретным объектам справочной информации на основе единых методических и методологических подходов и требований, а также по организации сопровождения и поддержки эксплуатации нормативно-справочной информации.

4. Отсутствие органа, обеспечивающего организационное, координационное и методическое обеспечение процесса развития информационных систем для единого скоординированного подхода к развитию ЕГИСЗ. В этой связи определены мероприятия по формированию «проектного офиса» в целях обеспечения синхронизации и унификации процесса развития региональных информационных систем на основе единых, стандартизованных подходов по взаимодействию в сфере информатизации здравоохранения.

5. Финансирование информатизации здравоохранения. Качество программного обеспечения и эффект от реализации программ региональных информационных систем значительно зависит от объема финансирования, направленного на развитие медицинских информационных систем и сопровождение и развитие программно-аппаратных комплексов в субъектах Российской Федерации. Объемы финансирования информатизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации существенно отличаются и зависят от приоритетов субъекта Российской Федерации и от финансирования данного направления в каждом конкретном субъекте Российской Федерации.

В 2014 году в Тамбовской области завершился важный этап информатизации здравоохранения области, связанный с созданием технологической инфраструктуры и формированием общего информационного пространства, что позволило обеспечить базовый уровень информатизации системы здравоохранения региона и создать условия внедрения медицинских информационных систем. На территории региона организован сервис «Запись к врачу в электронном виде».

В Новгородской области расширен функционал медицинской информационной системы по ведению медицинской документации в электронном виде, при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях. Количество электронных медицинских карт достигло более 550 тысяч, что охватывает более 88 % населения области.

В Республике Мордовия на протяжении последних лет последовательно реализуется комплекс мероприятий, направленных на внедрение информационно-коммуникационных технологий в отрасли здравоохранения. Большой популярностью у населения пользуется модуль «Электронная регистратура». В 2014 году в 2,5 раза больше населения воспользовались предварительной записью на прием к врачу в электронном виде, чем в 2013 году.

На базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Архангельская областная клиническая больница» работает центр телемедицины. Телемедицинская сеть центра охватывает 20 телемедицинских студий медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Архангельской области. В течение 2014 года было осуществлено 2 532 телемедицинские консультации.

В 2014 году в Новосибирской области в рамках развития телемедицинской сети здравоохранения оснащены более 40 удаленных и специализированных медицинских организаций Новосибирской области.

В Саратовской области разработан телемедицинский комплекс «ДИОКС» (при участии специалистов государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии»). В 2015 году планируется внедрить дистанционную передачу ЭКГ как пилотный проект в Петровском и Базарно-Карабулакском районах Саратовской области, необходимое оборудование приобретено.

Проведенные в 2013-2014 годы мероприятия по оснащению санитарного автотранспорта бортовой аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС позволили начать внедрение автоматизированных систем обработки вызовов и управления мобильными бригадами скорой медицинской помощи. Оснащено 19 840 единиц санитарного транспорта бортовой аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС, оборудовано 2 659 диспетчерских станций скорой медицинской помощи.

РАЗДЕЛ 6 ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

Лекарственное обеспечение граждан Российской Федерации состоит из отдельных направлений, различающихся по механизмам реализации, источникам финансирования и нормативной базе. В основе существующей системы лекарственного обеспечения лежит принцип государственной компенсации расходов на медикаменты для отдельных категорий населения, выделяемых по различным признакам.

В целом, обеспечение граждан Российской Федерации лекарственными средствами осуществляется в рамках реализации следующих социальных гарантий.

1. Государственная социальная помощь отдельным категориям граждан, предусмотренная Федеральным законом от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2014 г. № 2782-р об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2015 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи, распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2014 г. № 2762-р об утверждении перечней медицинских изделий.

2. Лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан и больных отдельными видами заболеваний, входящих в региональные перечни по обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, отпускаемыми по рецептам врача бесплатно или с 50-ти процентной скидкой при первичной медико-санитарной помощи, осуществляемое в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке

развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

3. Лекарственное обеспечение лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипопизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей лекарственными препаратами по перечню, утверждаемому Правительством Российской Федерации и сформированному им в установленном порядке, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Централизованная закупка дорогостоящих лекарственных препаратов является расходным обязательством федерального бюджета.

4. Обеспечение лекарственными препаратами для лечения отдельных социально значимых заболеваний (в том числе ВИЧ – инфекция, туберкулез).

5. Реализация государственной политики в области иммунопрофилактики, в соответствии с предусмотренной Федеральным законом от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний». Вакцинация в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок является расходным обязательством федерального бюджета и обеспечивается соответствующими централизованными закупками. Вакцинация по эпидемиологическим показаниям является расходным обязательством бюджетов субъектов Российской Федерации.

В целях повышения доступности лекарственной помощи гражданам Минздравом России проводится работа по совершенствованию нормативных правовых актов, регламентирующих лекарственное обеспечение. Во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» разработаны и утверждены приказом Минздрава России от 13 февраля 2013 г. № 66 Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и план ее реализации (далее – Стратегия).

Стратегией определены приоритетные задачи в сфере лекарственного обеспечения на ближайшие 12 лет, этапы их реализации, включая совершенствование законодательства и нормативной правовой базы, проведение пилотных проектов в отдельных субъектах Российской Федерации с последующим внедрением полученных позитивных результатов в Российской Федерации.

Принят Федеральный закон от 23 июля 2014 г. № 205-ФЗ «О внесении изменений в статью 101 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которому полномочия по централизованным закупкам лекарственных препаратов для больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей сохранены за Минздравом России до 1 января 2018 года.

Принят Федеральный закон от 22 декабря 2014 г. № 429-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств», предусматривающий совершенствование государственной контрольно-разрешительной системы в сфере обращения лекарственных средств путем осуществления контроля качества, эффективности и безопасности лекарственных препаратов для медицинского применения на всех этапах их обращения, гармонизация требований к проведению доклинических испытаний, клинических исследований, организации производства, хранения, транспортировки, отпуска, уничтожения лекарственных средств, а также правил и форм оценки соответствия с учетом международных стандартов, создание процедур выведения из обращения клинически неэффективных и малоэффективных лекарственных препаратов для медицинского применения, оптимизация государственной регистрации лекарственных препаратов для медицинского применения, применяемых для лечения редких заболеваний, формирование перечня по взаимозаменяемым лекарственным препаратам для медицинского применения, совершенствование государственного регулирования цен на лекарственные препараты для медицинского применения, в том числе на основе формирования системы референтных цен.

Принят Федеральный закон от 31 декабря 2014 г. № 501-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», направленный на совершенствование порядка отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в соответствии с которым увеличен срок действия рецепта на наркотическое средство до 15 дней, введен запрет возврата использованных первичных упаковок наркотических средств, предоставлено право медицинским организациям и их обособленным подразделениям, расположенным в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптеки, осуществлять отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов населению. Кроме того, определен новый принцип государственной политики в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ в части доступности этих средств и веществ, применяемых в медицинских целях, нуждающимся гражданам. Исключена необходимость наличия специальной охраны при осуществлении перевозки наркотических средств и психотропных веществ.

Вступило в силу постановление Правительства Российской Федерации от 29 марта 2014 г. № 249 «О внесении изменений в Правила хранения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 года № 1148». Указанным постановлением Правительства Российской Федерации регламентируется увеличение норматива запасов наркотических средств и психотропных веществ для аптек, расположенных в сельской местности и в труднодоступных и отдаленных местностях до 3-х месяцев (вместо действовавшего месячного норматива), а в отделениях (кабинетах) медицинских организаций – до 10 дней (вместо действовавшего норматива в 3–5 дней).

Принят Федеральный закон от 31 декабря 2014 года № 532-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок», направленный на комплексное эффективное противодействие обращению небезопасной фармацевтической и медицинской, а также незарегистрированной продукции.

Принято постановление Правительства Российской Федерации от 28 августа 2014 года № 871 «Об утверждении Правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» (далее – Правила), которое направлено на совершенствование порядка формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения, обеспечение которыми осуществляется в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также в рамках оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, с учетом их фармако-экономической эффективности и клинических рекомендаций, а также на создание эффективной системы рационального использования лекарственных препаратов для медицинского применения на основе принципов доказательной медицины. В результате изменения законодательства созданы максимально прозрачные условия проведения процедур обсуждения и принятия решений по формированию перечней лекарственных препаратов, которые в настоящее время не имеют аналогов в мировой регуляторной практике.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2014 г. № 2782-р были утверждены следующие новые перечни лекарственных средств, предусмотренные законодательством Российской Федерации:

перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2015 год;

перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций;

перечень лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей;

минимальный ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи.

В перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2015 год включены 608 позиций лекарственных препаратов, из которых 413 наименований (67%) производятся на территории Российской Федерации.

В перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций, включены 317 наименований, из них 231 наименование (72 %) производится на территории Российской Федерации.

В перечень лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей вошли 22 позиции, из них 14 (63%) имеют производство в Российской Федерации.

Поскольку перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с требованиями Правил является базовым для остальных перечней лекарственных препаратов, включение дополнительных позиций лекарственных препаратов позволило расширить номенклатуру регулируемой по цене фармацевтической продукции и зафиксировать цены на наиболее востребованные отечественным здравоохранением в рамках государственных гарантий лекарственные препараты, что позволяет эффективно противодействовать необоснованному росту цен и затрат бюджетов всех уровней в условиях финансово-экономической нестабильности.

В 2014 году на территории Российской Федерации в реализации государственных программ льготного лекарственного обеспечения задействованы: 10 333 пункта отпуска лекарственных препаратов (в том числе 3 633 фельдшерско-акушерских пункта и фельдшерских здравпункта), 9 493 медицинские организации, 248 990 врачей и 17 251 фельдшер, осуществляющие выписывание лекарственных препаратов.

В рамках осуществления субъектами Российской Федерации переданных полномочий по организации льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в субъекты Российской

Федерации поставлены лекарственные препараты на общую сумму 42 026 378 тыс. руб.

Численность граждан, имеющих право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг, в 2014 году составила: по состоянию на 1 января 2014 года – 3 490 435 человек, по состоянию на 1 октября 2014 года – 3 947 636 человек (прирост численности – 4,21 %).

Норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, в 2014 году составил 671 руб.

Общий объем денежных средств, предусмотренных в виде субвенций бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление переданных полномочий, с учетом корректировки численности граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, по состоянию на 1 октября 2014 года, составил 30 479 717,3 тыс. руб. (распоряжение Правительства Российской Федерации от 16 декабря 2014 г. № 2564-р).

Помимо указанных субвенций, из федерального бюджета направлены иные межбюджетные трансферты в объеме 14 000 000,0 тыс. руб. бюджетам субъектов Российской Федерации на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения, что позволяет сохранить необходимый уровень лекарственного обеспечения граждан (Федеральный закон от 2 декабря 2013 г. № 349-ФЗ «О федеральном бюджете на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», таблица 8, приложение 35).

Таким образом, общий объем средств, предусмотренных в федеральном бюджете бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление переданных полномочий, составил 44 479 717,3 тыс. руб.

В рамках реализации органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий по организации льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в 2014 году выписано 50 430 229 рецептов, что на 6% меньше показателей 2013 года, из которых обеспечены 50 325 166 рецептов на сумму 47 572 499 тыс. руб. (на 4% больше, чем в 2013 году).

По состоянию на 31 декабря 2014 г. в Российской Федерации на отсроченном обеспечении находились 4 952 рецепта, что на 8,6 % больше аналогичного показателя 2013 года.

Наибольшее количество необеспеченных рецептов (в абсолютных показателях) наблюдалось: в Чеченской Республике – 200 рецептов (0,12 % от общего количества рецептов, предъявленных в аптечные учреждения) и 636 отказов в обеспечении; в Кабардино-Балкарской Республике – 443 рецепта (0,59 %) и 321 отказ в обеспечении; в Калининградской области – 219 рецептов (0,08 %) и 352 отказа в обеспечении; в г. Москве – 522 рецепта (0,01 %); в Кировской области – 491 рецепт (0,10 %); в Пермском крае – 309 рецептов (0,03 %); в Смоленской области – 255 рецептов (0,08 %).

Доля рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении в аптечных учреждениях Российской Федерации, составляла 0,01 % (в 2013 году – 0,01 %).

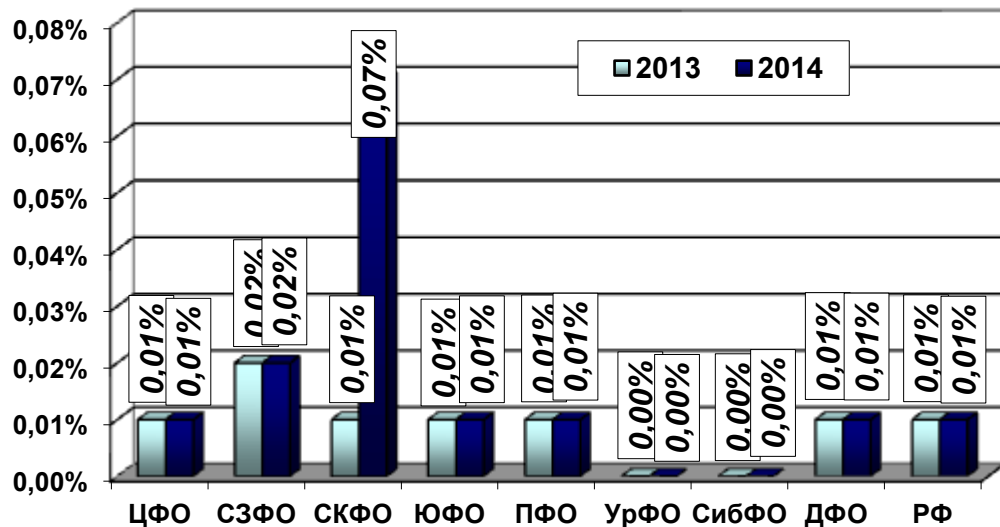


Рис. 1.3 Доля рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении, от количества выписанных рецептов, в разрезе федеральных округов по состоянию на 31.12.2014 в сравнении с 2013 годом

Наиболее высокая средняя стоимость рецепта, превышающая 1 000 руб., наблюдается в 36 субъектах Российской Федерации, из них: в Республике Дагестан – 3 334 руб., в Чеченской Республике – 2 604 руб., в Московской области – 2 270 руб., в Кабардино-Балкарской Республике – 1 908 руб., в Краснодарском крае – 1 730 руб., в Республике Северная

Осетия-Алания – 1 722 руб., в Ленинградской области – 1 722 руб., в Республике Хакасия – 1 611 руб.

При этом средняя стоимость рецепта в программе в целом по Российской Федерации отмечена на уровне 945 руб. (в 2013 году – 852 руб.).

Во исполнение поручения Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации В.Ю. Суркова от 22 февраля 2012 г. № ВС-П12-1010 в Минэкономразвития России создана межведомственная рабочая группа по вопросам совершенствования методики установления производителями лекарственных препаратов предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее соответственно – межведомственная рабочая группа, методика), в состав которой входят представители Минздрава России, ФСТ России, ФАС России и Минпромторга России.

По результатам совещания межведомственной рабочей группы, состоявшегося 27 июня 2014 года, на основании совместно выработанных и согласованных предложений Правительством Российской Федерации направлен доклад Президенту Российской Федерации (от 18 июля 2014 г. № 4664п-П12), содержащий предложения по совершенствованию государственного регулирования цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в частности:

по пересмотру перечня референтных стран, применяемого для установления предельных отпускных цен;

по определению перечня изменений в регистрационное досье на лекарственный препарат, не влияющих на ранее зарегистрированную цену;

по регистрации цен на воспроизведенные лекарственные препараты, рассчитанных как доля от цен соответствующих оригинальных лекарственных препаратов;

по перерегистрации цен на лекарственные препараты российских производителей на уровне выше прогнозируемого уровня инфляции при существенном росте издержек производства, в том числе в связи с переходом на производство в соответствии с правилами организации производства и контроля качества лекарственных препаратов;

по рассмотрению возможности разовой индексации цен на зарубежные лекарственные препараты с учетом уровня инфляции.

Для реализации указанных предложений Минздравом России в 2014 году подготовлен и в 2015 году принят Федеральный закон от 8 марта 2015 г. № 34-ФЗ «О внесении изменений в статью 61 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» (далее – Федеральный закон № 34-ФЗ), которым определены критерии расчета предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, при их государственной регистрации или перерегистрации, которые должны быть учтены в методике. К таким критериям относятся:

соблюдение баланса интересов потребителей и производителей лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;

фактическая отпускная цена на лекарственные препараты в Российской Федерации, цена ввоза лекарственных препаратов в Российскую Федерацию, а также цены на аналогичные лекарственные препараты, находящиеся в обращении в Российской Федерации;

затраты производителя лекарственного препарата на производство и реализацию лекарственного препарата;

цены на лекарственный препарат иностранного производства, его цены в стране производителя и в странах, в которых препарат зарегистрирован и (или) в которые поставляется иностранным производителем.

Изменения в статью 61 Федерального закона от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» вступают в силу с 1 июля 2015 года.

В рамках реализации норм Федерального закона № 34-ФЗ Минздравом России совместно с ФСТ России разработан проект постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 29 октября 2010 г. № 865 в связи с принятием Федерального закона «О внесении изменений в статью 61 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» (далее – проект постановления), утверждающий также методику.

Проектом постановления предусматривается введение в методику новых механизмов с учетом баланса интересов потребителей и производителей.

Российским производителям предоставляется возможность перерегистрировать цены выше прогнозируемого уровня инфляции при существенном росте издержек производства и в целях недопущения роста цен предлагается в таких случаях ограничить уровень рентабельности не выше 30%. Данная мера позволит снизить риски прекращения производства отечественных лекарственных препаратов и обеспечить их доступность для населения Российской Федерации.

Для иностранных производителей предоставляется возможность перерегистрировать цены с учетом ввозных цен в Российскую Федерацию и минимальных цен в референтных странах на величину, не превышающую прогнозируемый коэффициент инфляции, ежегодно устанавливаемый федеральным законом о федеральном бюджете. Кроме того, проект постановления предусматривает пересмотр списка референтных стран и включение в него стран, близких по экономическим показателям к Российской Федерации.

В соответствии с международной практикой предлагается предусмотреть различный порядок регистрации цен для оригинальных (референтных) и воспроизведенных лекарственных препаратов путем введения понижающего коэффициента для воспроизведенных лекарственных препаратов относительно зарегистрированных цен на оригинальные (референтные) лекарственные препараты, что будет способствовать как сокращению расходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации на лекарственное обеспечение, так и реализации соответствующих программ импортозамещения.

В целях снижения сроков регистрации цен предусматривается упрощенный порядок, предусматривающий внесение изменений в государственный реестр цен без проведения процедуры регистрации цены производителя, если такие изменения не влияют на уровень ранее зарегистрированной цены (например, изменение организационно-правовой формы собственности, торгового наименования, штрихового кода).

Проект постановления разработан с учетом соблюдения баланса интересов потребителей и производителей жизненно необходимых и

важнейших лекарственных препаратов и затрат производителя лекарственного препарата на производство и реализацию лекарственного препарата.

С 2008 года предусмотрено отдельное финансирование из федерального бюджета расходов на централизованную закупку дорогостоящих лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей. В целях учета этих лиц Минздрав России осуществляет ведение Федерального регистра, численность включенных в него граждан по состоянию на 1 января 2014 года составила 132 393 человека, по состоянию на 1 декабря 2014 года – 148 027 тыс. человек. По всем нозологическим формам отмечается прирост численности больных (табл. 1.12).

Таблица 1.12

Численность лиц больных, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей

Нозологические формы	Численность больных (чел.) на 1 января 2014 г.
Болезнь Гоше	287
Гемофилия	8 223
Гипофизарный нанизм	4 172
Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	60 503
Муковисцидоз	2 965
Рассеянный склероз	46 608
Трансплантация	9 640
Всего:	132 393

Минздравом России в установленные сроки проведены открытые аукционы на право заключения государственных контрактов на поставку лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и

родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей в рамках централизованной закупки для нужд федеральных учреждений здравоохранения, подведомственных Федеральному медико-биологическому агентству, а также организаций, определенных органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, на основании утвержденных потребностей, и заключено 85 государственных контрактов. Поставки осуществлены в плановом режиме.

В рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2011 г. № 1155 «О закупках лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей» в 2014 году выписано 768 483 рецепта, что на 10% больше, чем в 2013 году, из которых обеспечено 766 582 рецепта на общую сумму 40 150 938 тыс. руб. (на 7% больше, чем в 2013 году).

По высокочувствительным нозологиям средняя стоимость рецепта составила 52 358 руб. Наиболее высокие показатели наблюдались в Магаданской области (135 301 руб.), в г. Санкт-Петербурге (125 666 руб.), в Республике Карелия (92 515 руб.), в Калининградской области (83 402 руб.) и Еврейской автономной области (81 060 руб.).

По итогам 2014 года в субъекты Российской Федерации произведена поставка лекарственных препаратов на общую сумму 84 262 541 тыс. руб.

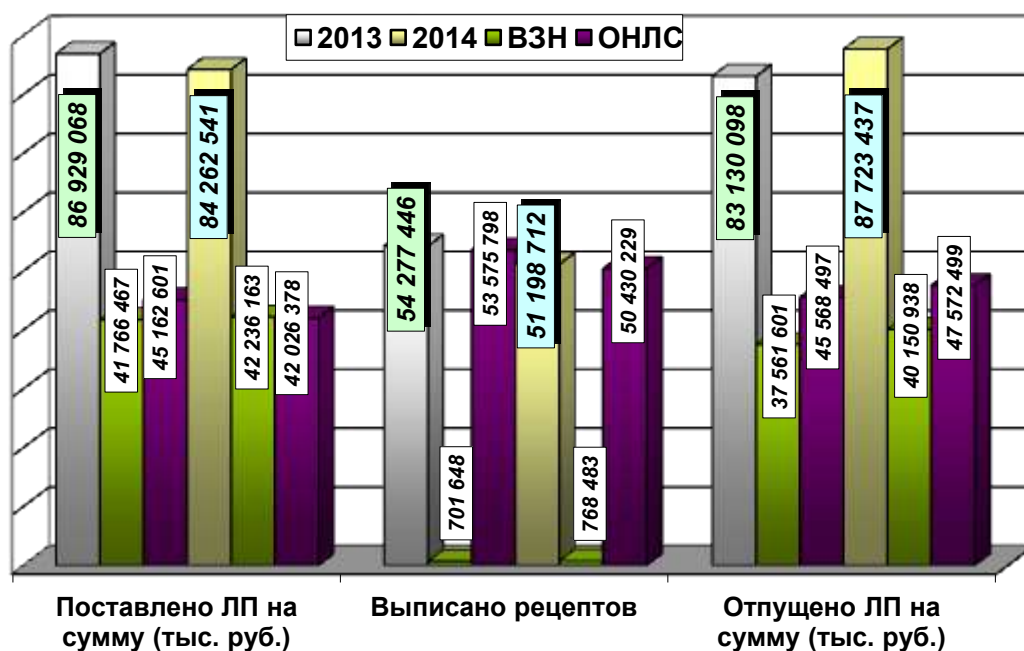


Рис. 1.4 Показатели реализации программ льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан за счет средств федерального бюджета, по состоянию на 31.12.2014

В рамках реализации Стратегии Минздравом России совместно с органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации проведен анализ достижения текущих показателей Стратегии за 2014 год по следующим индикаторам:

удовлетворение потребности отдельных категорий граждан за счет средств федерального бюджета в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также в специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов составляет 98,5 %;

удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах для медицинского применения, обеспечение которыми осуществляется за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, составляет 95,5 %;

выявлено и изъято 1109 серии недоброкачественных лекарственных препаратов (в 2013 году – 1093 серии), что составляет 75,2 % от уровня 2012 года (1474 серии) и соответствует плановому показателю на 2014 год (80 %);

индекс роста цен в 2014 году по данным 83 субъектов Российской Федерации в среднем составил 103,9% при плановом показателе 105%;

доля медицинских и фармацевтических работников, повысивших квалификацию по вопросам рациональной лекарственной терапии, основанной на принципах доказательной медицины, по сведениям, предоставленным 79 субъектами Российской Федерации, составляет более 18,2% (при плановом показателе 16,9%).

В сфере регулирования обращения медицинских изделий приняты следующие нормативные правовые акты:

постановление Правительства Российской Федерации от 22 сентября 2014 г. № 968 «О Порядке формирования перечней медицинских изделий»;

распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2014 г. № 2762-р, которым утверждены следующие перечни:

перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи;

перечень медицинских изделий, отпускаемых по рецептам на медицинские изделия при предоставлении набора социальных услуг.

Принятие данных перечней позволит оптимизировать работу по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, а также по оказанию медицинской помощи отдельным категориям граждан.

РАЗДЕЛ 7 ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Диспансеризация населения является одним из важнейших механизмов сохранения здоровья и снижения смертности населения. Повышение эффективности диспансеризации явилось одним из приоритетных направлений деятельности Минздрава России в 2014 году.

Диспансеризация взрослого населения в 2014 году проводилась в соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Минздрава России от 3 декабря 2012 г. № 1006н.

Диспансеризации не реже одного раза в три года подлежат как работающие, так и неработающие граждане, а также обучающиеся в образовательных организациях.

Диспансеризация проводилась в два этапа. Первый этап диспансеризации (скрининг) проводилась с целью выявления у граждан

признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации. Второй этап диспансеризации проводился с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования.

Диспансеризация взрослого населения реализуется в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Программой установлены значения нормативов объема профилактических мероприятий и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической целью на 1 застрахованного, включая посещения в связи с диспансеризацией определенных групп населения, профилактическим осмотром, которые имеют тенденцию ежегодного увеличения. Так, в 2014 году увеличение норматива объема медицинской помощи по сравнению с 2013 годом составило 11,2%, финансовые средства увеличились на 19%.

За проведенную диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры медицинским организациям в 2014 году оплачено 49,2 млрд. рублей.

Министерством осуществляется еженедельный мониторинг выполнения плана диспансеризации по каждому субъекту Российской Федерации, объемов, качества обследований и полноты их выполнения, удовлетворенности населения диспансеризацией.

Всего в 2014 году прошли диспансеризацию 40,1 млн человек, в том числе 22,4 млн человек взрослого населения (план 24 млн человек) и 17,7 млн детей (план 18 млн человек).

В ходе обследования граждан в 2014 году сердечно-сосудистые заболевания выявлены у 1,6 млн человек (у каждого 12-го гражданина). Ежегодно в ходе диспансеризации выявляется около 200 тыс. больных с хроническими заболеваниями легких (у каждого сотого) и более 100 тыс. больных с сахарным диабетом (у каждого двухсотого).

В результате диспансеризации у граждан выявлены факторы риска развития неинфекционных заболеваний: нерациональное питание – 24,3 %, низкая физическая активность – 19,6 %, курение – 17,3 %, избыточная масса тела – 16,7 %, риск пагубного потребления алкоголя – 1,8 %.

По итогам диспансеризации 2014 года, I группу состояния здоровья (не имеющих заболеваний и минимальный набор факторов риска их развития) имеют около 33 % населения, 2 группу состояния здоровья (высокий риск смерти при скрытом течении болезни) имеют 21 % (в основном, мужчины в возрасте от 40 до 60 лет), 3 группу состояния здоровья (заболевания, требующие наблюдения врача) имеют 46 % населения.

Всего в 2014 году в ходе диспансеризации углубленное профилактическое консультирование по здоровому образу жизни получили на 200 тыс. человек больше, чем в 2013 году. Всего за 2013–2014 годы – около 7,8 млн человек.

Высокий охват диспансеризацией населения был обеспечен в том числе за счет активного использования выездных форм работы. В 2014 году в медицинских организациях субъектов Российской Федерации работало более 1 400 передвижных медицинских комплексов, в том числе: мобильные комплексы для диспансеризации взрослых и детей, передвижные центры здоровья, передвижные врачебные амбулатории, передвижные фельдшерско-акушерские пункты, передвижные флюорографы и маммографы; функционировало более 1 016 мобильных медицинских бригад, которые выполнили более 1,7 млн посещений, в том числе к детям – более 600 тыс.

По итогам опроса, проведенного Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в ноябре 2014 года, готовность проходить диспансеризацию высказали 71 % взрослых, а непосредственно проходят диспансеризацию или профилактические медицинские осмотры 58 % граждан.

Кроме того, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 мая 2014 г. № 227 создана рабочая группа по обобщению опыта проведения в Российской Федерации первого года диспансеризации определенных групп взрослого населения и подготовке предложений по совершенствованию нормативно-правового регулирования мероприятий по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения.

С учетом предложений рабочей группы подготовлен приказ Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (вступил в силу 1 апреля 2015 г.).

Иммунизация населения в рамках национального календаря профилактических прививок в 2014 году

В целях реализации мероприятий в части профилактики инфекционных заболеваний, иммунизации населения разработаны приказы Минздрава России:

от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»;

от 28 октября 2014 г. № 668н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 апреля 2013 г. № 195н «О формах заявок на поставку медицинских иммунобиологических препаратов, закупленных в рамках национального календаря профилактических прививок, и отчетов об использовании медицинских иммунобиологических препаратов, закупленных в рамках национального календаря профилактических прививок».

В 2014 году в национальный календарь профилактических прививок введена вакцинация детей против пневмококковой инфекции, а также расширен контингент населения, подлежащего бесплатным прививкам против гриппа (включены лица, страдающие хроническими заболеваниями, и беременные женщины).

Кроме того, в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям включена вакцинация против пневмококковой инфекции (дети в возрасте от 2 до 5 лет, взрослые из групп риска, включая лиц, подлежащих призыву на военную службу), гемофильной инфекции (дети, не привитые на первом году жизни против гемофильной инфекции), ротавирусной инфекции, ветряной оспы.

Благодаря реализации мероприятий по иммунизации в Российской Федерации достигнут высокий уровень охвата профилактическими прививками, включенных в национальный календарь профилактических прививок, а также своевременный охват детей вакцинацией против

дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори и эпидемического паротита в декретированные сроки (97–98%), ревакцинацией (96–97%).

Финансовое обеспечение реализации мероприятий, направленных на иммунизацию населения в рамках национального календаря профилактических прививок за счет средств федерального бюджета, в 2014 году составило 10 251 688,7 тыс. рублей.

Минздравом России по итогам проведенных процедур торгов заключено 46 государственных контрактов по 22 наименованиям вакцин.

Информация о числе охваченных вакцинацией в 2014 г. в соответствии с национальным календарем профилактических прививок приведена в таблице 1.13.

Таблица 1.13

Число охваченных вакцинацией в 2014 г. в соответствии с национальным календарем профилактических прививок

Мероприятия, направленные на вакцинацию населения	Плановое значение на 2014 г. (тыс. чел.)	Привито в 2014 г. (тыс. чел.)	Выполнение плана
Против полиомиелита, всего:	6 200,0	6 363,9	более 100 %
в том числе дети до 1 года - инактивированной вакциной против полиомиелита	1 785,0	1 647,0	92,2 %
Против гепатита В - детей, подростков, взрослых	4 285,0	3 312,8	77,3 %
Против краснухи - детей, подростков, взрослых до 25 лет	3 285,0	3 630,0	более 100 %
Против дифтерии, коклюша, столбняка - детей, подростков, взрослых	13 000,0	13 532,2	более 100 %
Против кори и эпидемического паротита - детей в возрасте 1 год и 6 лет	3 285,0	3 426,4	более 100 %
Против кори взрослых	1 000,0	1 741,1	более 100 %
Против туберкулеза - новорожденных и детей в 7 и 14 лет	2 100,0	2 119,4	более 100 %
Против гемофильной	330,0	664,5	более 100 %

инфекции			
Против гриппа	34 000,0	41 642,0	более 100 %

В 2014 году привито против гриппа 42,3 млн. человек (29,6% от общей численности населения Российской Федерации), в том числе в рамках национального календаря профилактических прививок – более 24 млн взрослых и более 13 млн детей.

Профилактика, диагностика и лечение ВИЧ инфекции, вирусных гепатитов В и С

В целях реализации мероприятий по профилактике, выявлению, лечению и мониторингу лечения больных ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С Минздравом России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти разработаны и приняты Правительством Российской Федерации постановления Правительства Российской Федерации:

от 1 марта 2014 г. № 163 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2012 г. № 1438»;

от 18 марта 2014 г. № 203 «О финансовом обеспечении отдельных мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Во исполнение указанных постановлений Правительства Российской Федерации изданы приказы Минздрава России:

от 18 июня 2014 г. № 288н «Об утверждении формы соглашения о предоставлении субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на реализацию отдельных мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»;

от 19 июня 2014 г. № 291н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 апреля 2013 г. № 197н «Об утверждении форм заявок на поставку диагностических средств и противовирусных препаратов, предусмотренных перечнем закупаемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также противовирусных препаратов для профилактики и лечения указанных лиц»;

от 11 августа 2014 г. № 433 «Об утверждении перечня субъектов Российской Федерации, принимающих участие в реализации отдельных мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»;

от 12 августа 2014 г. № 435н «Об утверждении формы и порядка представления отчета о достижении значений показателей результативности предоставления субсидии из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на реализацию отдельных мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»;

от 12 августа 2014 г. № 436н «Об утверждении формы заявки на предоставление субсидии из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на реализацию отдельных мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и срока ее представления»;

от 5 сентября 2014 г. № 491 «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 августа 2014 г. № 433 «Об утверждении перечня субъектов Российской Федерации, принимающих участие в реализации отдельных мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»;

от 10 октября 2014 г. № 604н «Об утверждении формы и порядка представления отчета об осуществлении расходов бюджета субъекта Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых является субсидия из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на реализацию отдельных мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»;

от 14 ноября 2014 г. № 733н «Об утверждении формы и порядка представления отчета о расходах бюджета субъекта Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются иные межбюджетные трансферты из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на реализацию мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С».

Финансовое обеспечение реализации мероприятий, направленных на профилактику, выявление, лечение и мониторинг лечения больных

ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С за счет средств федерального бюджета, составило 18 218 694,0 тыс. руб., в том числе:

2 587 827,7 тыс. руб. – закупки диагностических средств и антивирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных ВИЧ, вирусными гепатитами В и С (для учреждений, оказывающих медицинскую помощь, подведомственных Минздраву России, ФМБА России, Роспотребнадзору, ФСИН России);

1 409 268,7 тыс. руб. – субсидии бюджетам субъектов Российской Федерации на закупку диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных ВИЧ, вирусными гепатитами В и С;

14 061 597,6 тыс. руб. – иные межбюджетные трансферты субъектам Российской Федерации на закупку антивирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных ВИЧ, вирусными гепатитами В и С;

160 000,00 тыс. руб. – иные межбюджетные трансферты субъектам Российской Федерации на проведение мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С.

Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2012 г. №1438 «О финансовом обеспечении закупок диагностических средств и антивирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также о реализации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С» Минздравом России осуществлен сбор заявок на поставку диагностических средств и антивирусных препаратов для учреждений, оказывающих медицинскую помощь, подведомственных ФСИН России, Роспотребнадзору, ФМБА России, Минздраву России.

Специалистами рабочей группы по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Минздрава России проведена работа по анализу представленных заявок. В соответствии с утвержденными объемами Минздравом России осуществлены процедуры закупок.

Минздравом России по итогам проведенных процедур в рамках Федерального закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в

сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» заключены 97 государственных контрактов:

37 – на поставку противовирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных ВИЧ;

10 – на поставку противовирусных препаратов для лечения лиц, инфицированных ВИЧ и вирусными гепатитами В и С;

50 – на поставку диагностических средств для выявления и мониторинга лиц, инфицированных ВИЧ и вирусными гепатитами В и С.

На 31 декабря 2014 г. в Российской Федерации зарегистрировано 742 631 ВИЧ-инфицированных, за 2014 год выявлено 92 613 новых случаев инфицирования ВИЧ.

С профилактической целью в 2014 году обследовано 27,8 млн граждан Российской Федерации (122,7% от плана).

В центрах по профилактике и борьбе со СПИДом прошли диспансерное наблюдение 461 295 ВИЧ-инфицированных (94,0 % от числа состоявших на учете в Центрах СПИДа).

Получили лечение антиретровирусными препаратами 178 711 ВИЧ-инфицированных (119,0% от плана).

В рамках диспансерного наблюдения и с целью мониторинга эффективности лечения в 2014 году проведено 439 912 исследований по определению иммунного статуса и 415 472 исследования по определению вирусной нагрузки.

Завершили беременность родами 15 392 женщины с ВИЧ-инфекцией, из них получили химиопрофилактику и антиретровирусную терапию 14 422 женщины (95,7%), охвачены трехэтапной химиопрофилактикой 12 961 пара мать-ребенок, что составило 84,2 %. Охват новорожденных химиопрофилактикой составил 98,9%.

Формирование здорового образа жизни

В 2014 году в субъектах Российской Федерации продолжалась работа по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включающая подготовку нормативных правовых актов и реализацию мер по профилактике алкоголизма и наркомании, противодействию потребления табака, популяризации культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ.

В соответствии с планом работы Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан на 2013-2014 годы, утвержденным 31 декабря 2013 г. № 6594п-П12, 9 июня 2014 г. состоялось заседание указанной Комиссии по вопросам охраны здоровья работающего населения. По итогам заседания органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации утверждены региональные программы, направленные на улучшение условий и охрану труда, разработаны предложения по механизмам и условиям стимулирования работодателей и работников за улучшение условий труда и сохранение здоровья работников.

Во исполнение Федерального закона от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (далее – Федеральный закон № 15-ФЗ) в 2014 году приняты нормативные правовые акты, определяющие полномочия федеральных органов исполнительной власти по его реализации, а также устанавливающие требования к знаку, запрещающему курение табака в общественных местах, и утверждающие перечень документов, позволяющих установить возраст покупателя табачной продукции:

постановление Правительства Российской Федерации от 18 марта 2014 г. № 200 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»;

приказ Минздрава России от 12 мая 2014 г. № 214н «Об утверждении требований к знаку о запрете курения и к порядку его размещения»;

приказ Минздрава России от 12 мая 2014 г. № 215н «Об утверждении перечня документов, удостоверяющих личность (в том числе личность иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации) и позволяющих установить возраст покупателя табачной продукции».

С 1 июня 2014 года вступил в силу второй пакет положений о запрете курения табака на отдельных объектах, территориях и в помещениях, установленных Федеральным законом № 15-ФЗ, а также особые условия представления аудиовизуальных произведений, в которых осуществляется демонстрация табачных изделий и процесс потребления табака. Действует запрет продажи табачной продукции несовершеннолетним и

несовершеннолетними, запрет потребления табака несовершеннолетними и запрет вовлечения детей в процесс потребления табака, запрет рекламы табака.

В 2014 году Олимпийские игры в г. Сочи проведены на территории, полностью свободной от табака.

По данным опроса Фонда общественного мнения, проведенного в июне 2014 года, об отношении к антитабачным мерам, 8 из 10 россиян (в том числе ровно половина курильщиков и 9 из 10 бывших курильщиков) положительно оценивают принятые государством меры.

По данным Росстата, число некурящих лиц в возрасте 15 лет и старше увеличилось с 61,8 % в 2011 году до 63,5 % в 2014 году.

В 2014 году продолжалась реализация Концепции государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактики алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 2128-р.

За период с 2008 года по 2014 год отмечено постепенное снижение оценочного показателя среднедушевого потребления алкогольной продукции в пересчете на абсолютный алкоголь, в 2008 году он составлял – 16,2 литров на душу населения в год, в 2013 году – 11,9 литров (план – 12,5), в 2014 году – по предварительным данным, 11,6 литров (план – 12,0).

В целях дальнейшего снижения заболеваемости и смертности от злоупотребления алкоголем Минздравом России подготовлен проект распоряжения Правительства Российской Федерации об утверждении плана мероприятий по снижению смертности от употребления спиртосодержащей продукции, которым предусмотрены меры по урегулированию производства спиртосодержащих лекарственных средств из этилового спирта, не являющегося этиловым спиртом по фармакопейным статьям, а также спиртосодержащей парфюмерной продукции.

В целях решения задач в области профилактики неинфекционных заболеваний проведена работа по включению в штат медицинских организаций субъектов Российской Федерации врачей-диетологов, ориентированных не только на проведение работ по организации лечебного питания, но и на организацию здорового питания в коллективах и проведение

санитарно-просветительской работы с учащимися и родителями в школах, детских садах.

Информирование населения о факторах риска, связанных с питанием, популяризацию культуры здорового питания осуществляли центры здоровья, кабинеты и отделения медицинской профилактики, организованные во всех субъектах Российской Федерации.

В целях пропаганды здорового образа жизни при поддержке Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, научных и общественных организаций, представителей субъектов Российской Федерации в 2014 году Минздравом России организованы и проведены: IV Форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни «За здоровую жизнь»; V Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни «За здоровую жизнь»; XV Всероссийский конгресс диетологов и нутрициологов «Питание и здоровье»; Четвертый Международный социально-медицинский форум «Мир активного долголетия-2014»; Третий международный форум «Здоровье человека и экология-2014»; Второй Международный форум «Здоровье человека и питание-2014».

Минздрав России в 2014 году принимал участие в разработке «Отраслевой программы профилактики заболеваний и укрепления здоровья работников предприятий химической промышленности «Здоровье 360°», которая включает современные аспекты управления здоровьем работников предприятий, основные подходы к формированию программ профилактики заболеваний и укрепления здоровья на предприятиях, а также практические подходы к реализации программы профилактики заболеваний и укрепления здоровья работающих граждан.

В соответствии с планом научно-практических мероприятий Минздрава России на 2014 год, утвержденным приказом Минздрава России от 31 марта 2014 г. № 146, 18 июня 2014 г., в рамках VIII Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России» Минздравом России проведен научно-практический конгресс «Охрана здоровья работающего населения», на котором были представлены программы по сохранению и укреплению здоровья работающих и формированию здорового образа жизни.

В апреле 2014 года на территории Воронежской области стартовал областной межведомственный проект «Живи долго!» (реализуется на основании распоряжения правительства Воронежской области от 7 апреля 2014 г. № 214-р), который направлен на увеличение продолжительности жизни населения посредством информационного просвещения, стимулирования раннего обращения граждан за медицинской помощью, повышения уровня личной ответственности граждан за сохранение здоровья.

Министерством здравоохранения Московской области совместно с Министерством спорта Московской области ведется активная работа по внедрению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)». В настоящее время на спортивных сооружениях Московской области систематически занимаются физической культурой и спортом 1,5 млн человек, что составляет 21,8 % от общей численности населения региона.

С 2008 г. в Краснодарском крае реализуется губернаторская стратегия «Будьте здоровы!», включающая в себя комплекс мероприятий медицинской профилактики и объединяющая 6 крупных профилактических проектов, направленных на формирование у жителей края навыков здорового образа жизни.

В 2014 году на Кубани продолжалась реализация профилактического проекта «Здоровая Кубань: медицинские учреждения, свободные от табачного дыма», направленного на профилактику табакокурения среди жителей и защиту граждан от табачного дыма в медицинских организациях Краснодарского края.

В 2014 году в Алтайском крае проведены массовые профилактические акции «Родительский урок», «Здоровье молодежи – богатство России», «Летний лагерь – территория здоровья», «Классный час: Наркотики. Закон. Ответственность», «Призывник», «Дети России», а также мероприятия, приуроченные к Всемирному дню без наркотиков, международному дню борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков, Всемирному дню без табака, Всемирному дню отказа от курения.

В 2014 году по отношению к уровню 2012 года в Алтайском крае зафиксировано снижение показателей распространенности потребителей алкоголя на 10,2 %, наркотических и ненаркотических психоактивных веществ – на 14,3 %.

По информации Минобрнауки России, в настоящее время в системе образования Российской Федерации действует государственный образовательный стандарт общего образования (приказ Минобрнауки России от 5 марта 2004 г. № 1089 «Об утверждении федерального компонента государственных образовательных стандартов начального общего, основного общего и среднего общего образования»).

Обязательный минимум содержания образовательных программ по обществознанию, биологии, основам безопасности жизнедеятельности включает такие элементы содержания, как социальная значимость здорового образа жизни; отклоняющееся поведение; опасность наркомании и алкоголизма для человека и общества; соблюдения мер профилактики вредных привычек (курение, алкоголизм, наркомания); репродуктивное здоровье; последствия влияния алкоголя, никотина.

Кроме того, Минобрнауки России утверждены и поэтапно вводятся федеральные государственные образовательные стандарты начального общего, основного общего и среднего общего образования (приказы Минобрнауки России от 6 октября 2009 г. № 373, от 17 декабря 2010 г. № 1897 и от 17 мая 2012 г. № 413). Таким образом, структура и содержание примерных основных общеобразовательных программ регламентируют обязательное включение в основную образовательную программу общеобразовательной организации широкого перечня мероприятий по осуществлению политики противодействия социально негативным явлениям и пропаганде здорового образа жизни.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 30 июля 2010 г. № 948 «О проведении всероссийских спортивных соревнований (игр) школьников» начиная с 2011 года основными мероприятиями внешкольной физкультурно – спортивной деятельности школьников являются Всероссийские спортивные соревнования школьников «Президентские состязания» и Всероссийские спортивные игры школьников «Президентские спортивные игры».

Проведение указанных соревнований среди школьников целенаправленно влияет на вовлечение детей в систематические занятия физической культурой и спортом, становление их гражданской и патриотической позиции, укрепление их здоровья; определяет лучшие школьные команды, показавшие высокие результаты не только в физической

подготовке и физическом развитии, но и имеющие высокий уровень знаний в области физической культуры и спорта и развитии творческих способностей. В 2013-2014 учебном году по сравнению с 2012-2013 учебным годом увеличилось количество участников и команд на всех этапах (школьном, муниципальном, региональном):

в школьном этапе Президентских состязаний приняло участие свыше 9,6 млн обучающихся, более 87,5% от общего числа школьников Российской Федерации из 37,8 тыс. общеобразовательных организаций, что на 1,3% больше количества участников по сравнению с прошлым учебным годом;

в школьном этапе Президентских спортивных игр – более 5,5 млн обучающихся из 34,2 тыс. общеобразовательных организаций, что на 3,3% больше показателей 2012–2013 учебного года;

в муниципальном этапе Президентских состязаний – свыше 3 млн человек (40,9%) обучающихся 5–11 классов из всех субъектов Российской Федерации кроме Крымского Федерального округа, что на 4,9% больше, чем в прошлом учебном году, а количество общеобразовательных организаций составило 72,6% от их общего числа;

в муниципальном этапе Президентских спортивных игр – более 2,8 млн обучающихся из 2241 муниципального образования, что на 6,1% больше показателей 2012-2013 учебного года;

в региональном этапе Президентских состязаний – 38257 обучающихся, что на 17,7% больше в сравнении с 2012–2013 учебным годом;

в региональном этапе Президентских спортивных игр – 45139 обучающихся, что на 1,2% больше показателей 2012–2013 учебного года.

Впервые в 2013–2014 учебном году в соответствии с поручением Президента Российской Федерации от 4 апреля 2013 года № Пр-756, поручением Правительства Российской Федерации от 12 апреля 2013 года № ДК-П12-2441 Министерством образования и науки Российской Федерации и Министерством спорта Российской Федерации проводился Всероссийский зимний фестиваль школьников «Президентские спортивные игры» (далее – Фестиваль) в г. Челябинске с 1 по 7 декабря 2014 г. Всероссийский этап Фестиваля предусматривал участие в нём сборных команд субъектов Российской Федерации, сформированных из команд общеобразовательных организаций, победивших в региональных этапах. Общее количество

участников Фестиваля составило 736 человек из 29 субъектов Российской Федерации.

В муниципальном этапе Фестиваля приняло участие 271054 обучающихся из 3098 общеобразовательных организаций. В региональном этапе участвовало 20311 обучающихся из 888 общеобразовательных организаций.

С 2010 года Минобрнауки России проводит ежегодный Всероссийский мониторинг школьного питания во всех субъектах Российской Федерации (далее - мониторинг) для оценки состояния системы школьного питания в целом по стране, а также для проведения сравнительного анализа результатов работы региональных и органов исполнительной власти и органов местного самоуправления в этом направлении. В 2014/2015 учебном году охват обучающихся дневных образовательных организаций Российской Федерации питанием (далее – охват питанием) составляют 78,5 процента от общего количества обучающихся (11 768 527 человек): 1–4 классы – 5 715 584 человек (94,0%); 5–9 классы – 5 126 639 человек (80,6%); 10–11 классы – 926 304 человек (60,9%).

Самый высокий показатель охвата питанием (90,8%) наблюдался в Приволжском федеральном округе, самый низкий (49,3%) – в Северо-Кавказском федеральном округе. Численность обучающихся, получающих дотации (субсидии, субвенции), имеющие льготы по оплате питания (социальная поддержка), составил 5 470 789 человек, в том числе из малообеспеченных семей – 2 075 769 человек, из многодетных семей – 1 232 378 человек.

За счет средств консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации получают горячее питание 46,5% обучающихся в общеобразовательных организациях Российской Федерации (учащиеся 1–4 классов, дети из малообеспеченных семей, многодетных семей и другие льготные категории обучающихся).

Во исполнение поручения Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 26 ноября 2013 г. № ОГ-П-12-291пр 25–26 сентября 2014 года в г. Тамбове прошла Международная конференция по формированию здорового образа жизни и организации здорового питания обучающихся (далее – Конференция). В Конференции приняло участие более 500 человек непосредственно в аудиториях и около 100 человек в режиме

видеосвязи. Участников представили следующие государства: Германия, Италия, Франция, Польша, Китай, Иордания, Марокко, Тунис, Республики Казахстан, Республики Беларусь, Республики Таджикистан, Киргизской Республики. Кроме того, в Конференции приняли участие представители Всемирной продовольственной программы ООН. Общая численность участников из 49 субъектов Российской Федерации составила 170 человек, международных представителей – 65 из 13 стран мира.

Минобрнауки России осуществляет полномочия учредителя в отношении федерального государственного бюджетного образовательного учреждения «Всероссийский детский центр «Орленок» (далее – Всероссийский детский центр «Орленок»), федерального государственного бюджетного образовательного учреждения «Всероссийский детский центр «Океан» (далее – Всероссийский детский центр «Океан»), федерального государственного бюджетного образовательного учреждения «Федеральный детский оздоровительно-образовательный центр «Смена» (далее – детский центр «Смена»), федерального государственного бюджетного учреждения «Международный детский центр «Артек» (далее – международный детский центр «Артек») (далее – Центры). За период летней оздоровительной компании в 2014 году общее количество детей, отдохнувших в Центрах за счет средств федерального бюджета, составило более 20 тыс. человек, в том числе: Всероссийский детский центр «Орленок» – 8 969 человек; Всероссийский детский центр «Океан» – 5 533 человек; детский центр «Смена» – 764 человека; международный детский центр «Артек» – 5 509 человек.

Во исполнение поручений Правительства Российской Федерации (от 1 июня 2012 г. № ДМ-П12-5пр, от 20 мая 2013 г. № ДМ-П12-28пр) Минобрнауки России совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации обеспечило проведение мониторинга летней оздоровительной кампании 2014 года. В июне – сентябре 2014 года посещаемость детских оздоровительных лагерей составила: стационарные оздоровительные лагеря – 1 131 453 человека (27 %); санаторно – оздоровительные лагеря – 314 463 человек (7 %); оздоровительные лагеря с дневным пребыванием детей – 2 408 386 человек (56 %); лагеря труда и отдыха – 206 631 человек (5 %); палаточные лагеря – 202 232 человека (5 %).

В целях развития отдельных спортивных комплексов и объектов физкультурно-оздоровительного назначения в сельских территориях в 2014 году было принято постановление Правительства Российской Федерации от 31 марта 2014 г. № 254 «Об утверждении Правил предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на создание в общеобразовательных организациях, расположенных в сельской местности, условий для занятий физической культурой и спортом». С 52 субъектами Российской Федерации были заключены соглашения о предоставлении субсидий на создание в общеобразовательных организациях, расположенных в сельской местности, условий для занятий физической культурой и спортом на общую сумму 1 800,0 млн рублей. Министерство образования и науки Российской Федерации продолжает работу по реализации мероприятий, направленных на развитие физической культуры и спорта в общеобразовательных организациях и формированию здорового образа жизни в системе образования Российской Федерации.

РАЗДЕЛ 8 РАЗВИТИЕ И ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Создание современной системы здравоохранения возможно на основе опережающего инновационного развития, создания интегрированной системы инновационной медицины, обеспечивающей разработку и внедрение в практическое здравоохранение передовых средств и методов оказания медицинской помощи.

Структурной основой инновационной системы здравоохранения призваны стать создаваемые в ведении Минздрава России в рамках исполнения поручения Президента Российской Федерации от 5 ноября 2014 г. № Пр-2606 национальные научно-практические медицинские центры, ориентированные на решение актуальных задач здравоохранения. С целью выполнения данного поручения Минздравом России в 2014 году подготовлен проект распоряжения Правительства (распоряжение Правительства Российской Федерации утверждено от 5 марта 2015 г. № 421-р), в соответствии с которым предполагается передать в ведение Минздрава России федеральные государственные бюджетные научные учреждения: «Российский онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина»,

«Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева», «Научно-исследовательский институт нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко», «Научный центр здоровья детей», сформировав на их базе национальные научно-практические медицинские центры, и возложить на них в том числе:

организационно-методическое руководство организациями соответствующего профиля;

проведение научных исследований и осуществление разработок в сфере медицины и биологии, включая создание новых лекарственных препаратов и медицинских изделий, разработку новых методов оказания медицинской помощи;

оказание населению ВМП;

участие в разработке клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в соответствии с ее профилями.

Планируется продолжить формирование вертикально-интегрированной системы медицинских организаций, возглавить которую призваны национальные научно-практические медицинские центры, создаваемые на базе учреждений науки федерального уровня, занимающих лидирующие позиции по соответствующим медицинским профилям.

В целях реализации подпункта «г» пункта 1 перечня поручений Президента Российской Федерации от 5 февраля 2014 г. № Пр-242, пункта 3 перечня поручений Президента Российской Федерации от 12 февраля 2014 г. № Пр-283 об обеспечении финансирования медицинских или иных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, находящихся в ведении федеральных органов исполнительной власти, Минздравом России в 2014 году разработан проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам организации медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации», в соответствии с которым вводится процедура организации особой медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (Федеральный закон от 8 марта 2015 г. № 55-ФЗ).

Указанным Федеральным законом впервые в Российской Федерации установлены правовые основы для применения принципов трансляционной

медицины, упорядочения механизмов обновления клинических рекомендаций (протоколов лечения), внедрения и тиражирования новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации в медицинскую практику. Кроме того, данное совершенствование законодательной базы позволит устранить существующие разрывы в инновационных циклах в медицине путем формирования системы интеграции медицинских научных исследований, инновационной клинической деятельности и ВМП, что обеспечит последующее включение результатов инновационных разработок в практическое здравоохранение.

В рамках реализации Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2580-р (далее – Стратегия), в 2014 году Министерство совместно с подведомственными федеральными государственными учреждениями продолжило проведение институциональных преобразований в медицинской науке, в том числе – реализацию кластерной модели инновационного развития.

Важно отметить, что кластерная модель позволяет оптимизировать ресурсы на инфраструктурном обеспечении, создавать условия для развития гибких наукоемких производств, одновременно являясь площадкой подготовки и повышения квалификации специалистов.

Появляется возможность маневра финансовыми средствами и материальными ресурсами, научными и образовательными компетенциями.

В целях реализации данного подхода принято решение о создании в 2015–2016 гг. двух первых в стране медицинских научно–образовательных кластеров на базе федеральных государственных учреждений Минздрава России: федерального государственного бюджетного учреждения «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации и государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

На базе этих ведущих научно-образовательных учреждений в соответствии с приказами Минздрава России от 22 июля 2014 года № 380 и

от 25 июля 2014 г. № 397 формируются центры доклинических трансляционных исследований, в которых в соответствии с правилами надлежащих практик будут созданы условия для выполнения современных исследований и биомедицинских разработок.

В 2014 году для государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Институт клеточных технологий» за счет средств областного бюджета закуплен и запущен в эксплуатацию роботизированный комплекс по культивированию клеточных культур, не имеющий аналогов в Российской Федерации. Комплекс позволит осуществлять новейшие разработки мирового уровня в области клеточных технологий для практического здравоохранения.

Министерством во исполнение подпункта «а» пункта 1 поручения Президента Российской Федерации от 19 февраля 2012 г. № Пр-426, поручения Президента Российской Федерации от 5 апреля 2012 г. № Пр-871, пункта 1 поручения Правительства Российской Федерации от 12 апреля 2012 г. № ВП-П12-1107 разработан и внесен в установленном порядке в Правительство Российской Федерации проект федерального закона «О биомедицинских клеточных продуктах», который регулирует отношения, возникающие в связи с разработкой, доклиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией, клиническими исследованиями, производством, реализацией, хранением, транспортировкой, применением, уничтожением, ввозом в Российскую Федерацию, вывозом из Российской Федерации биомедицинских клеточных продуктов для профилактики, диагностики и лечения заболеваний (состояний) пациента, сохранения беременности и медицинской реабилитации пациента, а также в связи с донорством биологического материала в целях производства биомедицинских клеточных продуктов. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2015 г. № 160-р законопроект внесен в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации.

Постановлением Государственной Думы от 21 апреля 2015 г. № 6539-6 ГД проект федерального закона № 717040-6 «О биомедицинских клеточных продуктах» принят в первом чтении.

Устойчивое безопасное развитие общества требует эффективно функционирующей системы охраны здоровья граждан страны, что возможно

только на основе развития медицинской науки и инновационного развития здравоохранения.

Одной из задач в отрасли здравоохранения является эффективное овладение геномными, постгеномными, протеомными, метаболомными и когнитивными технологиями, которые призваны обеспечить «технологическую независимость» медицины всего государства.

Среди направлений современной науки биомедицина является одним из наиболее активно развиваемых.

В России биомедицина следует после многих направлений – физики, астрономии, инженерного дела, химии. Одной из причин такой расстановки приоритетов является высокая стоимость и длительность медицинских исследований, что ставит медицинскую науку в более трудное положение, чем науки, в которых теоретические исследования преобладают.

Важно отметить, что в отличие от большинства стран, в которых нейронауки, иммунология и микробиология, фармакология и фармацевтика группируются вокруг медицины, в России они группируются преимущественно вокруг поисковых фундаментальных исследований. Это приводит к отстраненности инновационной деятельности от актуальных задач практической медицины, недостаточному ее влиянию на показатели эффективности здравоохранения.

Из-за отсутствовавшего в 90-х годах XX века системного внимания к развитию науки и технологий, сегодня наблюдается отставание технологического потенциала России в области биомедицины.

Анализ показал, что в прорывном развитии в нашей стране нуждается ряд «критических» технологических областей, таких как «геномика и геновая инженерия», «фармакогенетика и персонализированная терапия», «клеточные технологии» и другие.

Медицинские радиационные технологии, получившие в России устоявшуюся терминологию «ядерная медицина» и «лучевая терапия» играют важнейшую роль в современной клинической практике. Эффективность медицинской помощи больным с наиболее социально значимыми онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями напрямую зависит от уровня развития и внедрения в медицинскую практику современных методов медицинской радиологии. Необходимость эксплуатации высокотехнологичного медицинского оборудования,

функционирование которого требует обеспечения комплекса сопутствующих мер, таких как производство радиофармпрепаратов, обеспечение радиационной безопасности, соблюдение мер по надлежащей производственной и лабораторной практике, создаёт значительный потенциал формирования данного направления здравоохранения как крупномасштабного сектора экономики страны, который имеет не только социальную, но и экономическую составляющую.

На базе федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» и федерального государственного унитарного предприятия «Федеральный центр по проектированию и развитию объектов ядерной медицины» Федерального медико-биологического агентства в 2014 году продолжены разработки новых радиофармацевтических лекарственных препаратов:

препарат «Фосфорен, ^{188}Re ». Внедрение этого препарата в клиническую практику позволит обеспечить отечественную медицину новым более доступным, эффективным и безопасным радиофармацевтическим лекарственным препаратом для терапии онкологических больных с метастатическими поражениями скелета;

инновационный радиофармацевтический лекарственный препарат «Эстроскан, $^{99\text{m}}\text{Tc}$ », клинические испытания которого демонстрирует высокую диагностическую эффективность и высокий потенциал возможностей при визуализации эстроген чувствительных объемных новообразований молочной железы и яичников;

создано 2 опытных образца модуля синтеза препаратов галлия-68, проведены их технические испытания; устройства предполагается использовать в клинических исследованиях радиофармацевтических лекарственных препаратов для позитронно-эмиссионной томографии, доклинические исследования которых завершены в 2013–2014 годы;

начаты подготовительные работы по организации испытаний и производства РФП фтора-18 в циклотронной лаборатории (на базе циклотрона TR-24);

начато изучение возможности диагностики объема местных лучевых поражений в остром периоде на основе аллогенных мезенхимальных

стволовых клеток с использованием радиофармпрепарата «Реоксинд, ^{111}In » (предложенного ранее для мечения форменных элементов крови);

проведены первичные поисковые исследования и подготовлен новый проект, получивший одобрение научно-консультативного совета Минпромторга России для включения в федеральную целевую программу «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу», утвержденную постановлением Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. № 91, по доклиническим исследованиям радиофармацевтического лекарственного препарата «Меланоскан, $^{99\text{m}}\text{Tc}$ » на основе пептидного аналога альфа-меланоцит-стимулирующего гормона для диагностики меланомы и ее метастазов;

по направлению радионуклидной терапии открытыми источниками: создана лабораторная технология получения лиофилизированной формы радиофармпрепарата «Синорен, ^{188}Re » для радиосиновектомии, это обеспечит возможность синтеза препарата непосредственно в клинике с использованием генератора $^{188}\text{W}/^{188}\text{Re}$; в качестве соисполнителя коллектив сотрудников принимает участие в проекте «Трансфер зарубежных разработок радиофармацевтического лекарственного препарата на основе липиодола, меченного рением-188, для внутриартериальной радионуклидной терапии гепатоцеллюлярной карциномы, и проведение его доклинических и клинических исследований» (федеральная целевая программа).

На этапе строительства в настоящее время находятся: отделение радионуклидной терапии и центр позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ-центр) федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства в г. Н. Новгороде; Федеральный высокотехнологичный центр медицинской радиологии в Димитровграде, в состав которого включён первый в России сертифицированный центр протонной терапии.

Введены в эксплуатацию: в федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Северный медицинский клинический центр имени Н.А. Семашко» Федерального медико-биологического агентства (г. Архангельск) – отделение радионуклидной терапии и диагностики, в федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения

«Сибирский клинический центр Федерального медико-биологического агентства» (г. Красноярск) – отделение радионуклидной терапии и диагностики, ПЭТ-центр.

В 2014 году и за январь-февраль 2015 года в федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Сибирский клинический центр Федерального медико-биологического агентства» (г. Красноярск) в отделении радионуклидной терапии и диагностики пролечено 820 пациентов со злокачественными новообразованиями щитовидной железы, тиреотоксикозом и множественными метастазами в кости, проведено 2203 процедуры радионуклидной диагностики, внедрен метод брахитерапии предстательной железы – пролечено 22 пациента, в ПЭТ-центре – с ноября 2014 года проведено 292 исследования.

В 2014 году и за январь-февраль 2015 года в федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Северный медицинский клинический центр имени Н.А. Семашко» Федерального медико-биологического агентства (г. Архангельск) в отделении радионуклидной терапии и диагностики пролечено 220 пациентов и проведено 1400 исследований.

Инновационная деятельность в здравоохранении имеет ряд принципиальных особенностей, связанных, прежде всего, с проведением клинического этапа исследований с вовлечением человека:

наличие острых этических проблем, требующих постоянно-действующих мер по недопустимости «размывания» морально-этических основ общества и совершенствованию нормативно-правового сопровождения. Хельсинкская Конвенция по медицинской науке и все международные акты провозглашают приоритет защиты прав и здоровья каждого человека, участвующего в инновационной деятельности в качестве пациента. Интересы каждого человека – выше интересов науки и общества;

необходимость «трансляционного этапа»: от экспериментов в лабораторных условиях (на культуре клеток и тканей, животных) к человеку;

особый порядок апробации инновационных медицинских разработок в клинических исследованиях – в рамках оказания особой медицинской помощи и особый порядок внедрения инновационных разработок – через обновление клинических протоколов и порядков оказания медицинской помощи;

особый порядок регистрации лекарственных препаратов и медицинских изделий и составления их «ограничительных» перечней, гарантируемых государством.

Таким образом, инновационный процесс в медицине – многоэтапный – от идеи и прототипа к внедрению разработки в практическую медицину. Главная задача – исключить разорванность инновационного процесса («от идеи до клиники») без ущерба для качества и безопасности разрабатываемого продукта.

Важно отметить, что в России основная часть инвестиций в биомедицинские исследования представлена государственным сектором, тогда как в большинстве стран значительная часть инвестиций (от 28 до 82%) приходит из частного сектора. Требуется развитие государственно-частное партнерство, направленное, в том числе на совершенствование инфраструктуры инновационной медицины.

Для прорывного прогресса в области биомедицины, достижения уровня ведущих стран будет продолжено развитие таких направлений, как:

- совершенствование единых государственных приоритетов и независимой экспертизы;

- развитие единой инновационной биомедицинской среды и «трансляционной» медицины;

- развитие биомедицинских научных школ и их компетенций с организацией научно-образовательно-производственных медицинских кластеров;

- формирование инновационной инфраструктуры;

- обеспечение организованного спроса со стороны здравоохранения на инновации.

РАЗДЕЛ 9 КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В медицинских организациях Российской Федерации на 1 января 2015 года работает 580 311 врачей и 1 287 659 медицинских работников со средним профессиональным образованием, в том числе в медицинских организациях субъектов Российской Федерации – 526 418 врачей и 1 221 669 медицинских работников со средним профессиональным образованием.

Обеспеченность населения врачами составила 39,7 на 10 тыс. населения, обеспеченность медицинскими работниками со средним профессиональным образованием – 88,09.

Сохраняется неоднородность показателя обеспеченности населения врачами и медицинскими работниками со средним профессиональным образованием среди субъектов Российской Федерации.

Максимально высокие уровни обеспеченности врачами отмечаются в Чукотском автономном округе, в гг. Санкт-Петербурге и Москве, в Республике Северная Осетия-Алания и в Магаданской области.

В то же время, минимальные уровни обеспеченности врачами сохраняются: в Чеченской Республике, во Владимирской, Курганской и Тульской областях, в Еврейской автономной области.

Максимальные значения показателей обеспеченности медицинскими работниками со средним профессиональным образованием отмечаются: в Чукотском, Ханты-Мансийском и Ненецком автономных округах, в Магаданской области, в Республике Тыва; минимальные – в Приморском крае, в Ленинградской, Калининградской и Московской областях, в Чеченской Республике.

В 90% регионов отмечен дефицит врачей по специальностям: «анестезиология-реаниматология», «патологическая анатомия», «клиническая лабораторная диагностика», «рентгенология», «фтизиатрия», «психиатрия».

Проблемы кадрового обеспечения здравоохранения связаны не столько с дефицитом врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием по ряду специальностей, сколько со сформировавшимися диспропорциями в отрасли, а именно дисбалансом: в обеспеченности медицинскими кадрами медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях в целом и, в частности врачей-специалистов и врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых; в укомплектованности штатов медицинских организаций, расположенных в сельской местности и в городах; в соотношении между количеством врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием.

Учитывая положительную тенденцию в увеличении численности сельских врачей, Министерством в 2014 году разработан Федеральный закон от 1 декабря 2014 года № 418-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации»,

предусматривающий, начиная с 2015 года, увеличение до 45 лет возраста медицинских работников, имеющих высшее образование, прибывших в 2015 году на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта, заключивших с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, и имеющих право на получение единовременной компенсационной выплаты в размере 1 млн рублей.

Увеличение возраста медицинских работников позволит осуществлять подбор медицинских кадров, исходя из их профессиональной подготовки и уровня квалификации.

Реализация комплекса мероприятий по устранению кадровых диспропорций позволила в 2014 г. добиться положительной динамики численности врачей по таким дефицитным специальностям, как «Анестезиология-реанимация» (+2,4%, или + 686 чел.) и «Рентгенология» (+3,1%, или + 485 чел.).

Одним из ключевых мероприятий кадровой политики в отрасли в 2014 году явились вопросы совершенствования профессиональной деятельности среднего медицинского персонала. В рамках этой работы в 10 пилотных территориях и 6 федеральных медицинских организациях проведено хронометражное исследование работы медицинских сестер с учетом типа и уровня медицинской организации, а также вида медицинской помощи, осуществлен пересмотр профессиональных ролей и совокупности умений, направленный на расширение функций сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе, в проведении профилактических мероприятий, медицинской реабилитации и оказании паллиативной медицинской помощи.

Неотъемлемые составляющие кадровой политики в отрасли - повышение престижа и привлекательности медицинской профессии, создание положительного образа медицинского работника в средствах массовой информации с целью привлечения в отрасль талантливой молодежи, стимулирование выпускников профильных образовательных учреждений работать по специальности.

В 2014 году Минздравом России впервые проведен Всероссийский конкурс «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием».

Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2014 г. № 1476 впервые установлено единовременное денежное поощрение лучших специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

О ходе выполнения подпункта «г» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»

Во исполнение пункта 2 «г» Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2013 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 г. № 614-р утвержден комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года, а органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации – региональные кадровые программы.

В 2014 году органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья продолжили реализацию мероприятий региональных кадровых программ, утвержденных во исполнение подпункта «г» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» (далее – региональные кадровые программы), осуществляя ежеквартально мониторинг их реализации через автоматизированную систему мониторинга по адресу: <http://asmms.mednet.ru/>.

На реализацию мероприятий региональных кадровых программ в 2014 году субъектами Российской Федерации было направлено 17,6 млрд руб.

Прирост численности врачей отмечается в 53 субъектах Российской Федерации, медицинских работников со средним профессиональным образованием – в 19 субъектах Российской Федерации, отрицательная динамика численности врачей – в 25 субъектах Российской Федерации, численности медицинских работников со средним профессиональным образованием – в 62 субъектах Российской Федерации.

Оценка данных мониторинга свидетельствует, что в 2014 году достигнуты показатели обеспеченности врачами, предусмотренные региональными кадровыми программами, в 41 субъекте Российской Федерации.

Отмечается дефицит врачей по отдельным специальностям. Большинство субъектов Российской Федерации отметили дефицит врачей – терапевтов участковых, врачей – педиатров участковых, врачей – хирургов, врачей – травматологов-ортопедов, врачей – оториноларингологов, врачей – офтальмологов, врачей – фтизиатров, врачей – анестезиологов-реаниматологов, врачей – психиатров, врачей – неврологов, врачей – психиатров-наркологов, врачей – патологоанатомов, врачей скорой медицинской помощи, врачей – инфекционистов.

В 2014 году органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в рамках реализации региональных кадровых программ осуществлялись мероприятия по повышению качества подготовки и уровня квалификации медицинских кадров. Циклы повышения квалификации окончили 158 730 врачей и 268 674 медицинских работника со средним профессиональным образованием.

В целях снижения рисков невыполнения региональных кадровых программ органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации направлено письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 апреля 2015 г. № 16-5/10/2-972 с предложением привлечь представителей региональных отделений Некоммерческого партнерства «Национальная Медицинская Палата» к анализу реализации в 2014 году субъектами Российской Федерации региональных кадровых программ с предоставлением аналитической информации о достижении или недостижении поставленных в 2014 году задач по поэтапному сокращению дефицита медицинских кадров и устранению кадровых дисбалансов.

Подготовка медицинских кадров

Кадровая политика в части подготовки молодых специалистов базируется на развитии их целевой подготовки, планируемой с учетом реальной потребности в медицинских кадрах. В целях оказания субъектам Российской Федерации методической помощи в планировании врачебных кадров и оценки эффективности их деятельности в медицинских организациях приказом Минздрава России от 26 июня 2014 г. № 322 утверждена методика расчета потребности во врачебных кадрах. Разработана и направлена в субъекты Российской Федерации для апробации

методика расчета потребности в специалистах со средним медицинским образованием.

Учитывая потребность в специалистах со средним медицинским образованием, органы государственной власти в сфере охраны здоровья ряда субъектов Российской Федерации увеличили государственное задание образовательным учреждениям среднего профессионального образования на подготовку специалистов.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 июня 2014 г. № 321 утвержден План мероприятий («дорожная карта») Министерства здравоохранения Российской Федерации по формированию системы повышения квалификации административно-управленческого персонала медицинских и фармацевтических организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, в том числе непрерывного профессионального образования, по вопросам организации и управления здравоохранением.

В 2014 году на 1 курс подведомственных Минздраву России образовательных организаций поступили 35 678 студентов, в том числе за счет средств федерального бюджета 21 544 студентов, по программам интернатуры и ординатуры выделено более 21 500 мест. Квота целевого приема составила в среднем 50 %, а в ряде образовательных организаций Минздрава России объем целевого приема доходил до 77 %. Формирование структуры целевого приема по специальностям осуществлялось с учетом кадрового профиля каждого субъекта Российской Федерации.

В 2014 году органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в рамках реализации региональных кадровых программ осуществлялись мероприятия по повышению качества подготовки и уровня квалификации медицинских кадров. Циклы повышения квалификации окончили 158 730 врачей и 268 674 средних медицинских работника.

Кроме этого, 13 088 врачей прошли профессиональную переподготовку и получили вторую и последующие специальности.

Субъектами Российской Федерации достигнуты запланированные на 2014 год объемы дополнительного профессионального образования (повышение квалификации и профессиональная переподготовка).

В ряде субъектов Российской Федерации (Астраханская, Пензенская, Томская области, г. Москва, Республика Татарстан) врачи прошли стажировку в зарубежных клиниках (Израиль, США, Германия, Швейцария, Англия, Греция).

Приоритетным направлением в решении вопросов кадрового обеспечения медицинских организаций остается ориентация на целевую подготовку специалистов с высшим и средним профессиональным образованием.

В 2014 году в соответствии со статьей 56 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и постановлением Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 1076 «О порядке заключения и расторжения договора о целевом приеме и договора о целевом обучении» Министерством здравоохранения Российской Федерации были установлены квоты целевого приема, в объеме 11 264 мест, для обучения по программам интернатуры и ординатуры за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета в подведомственных образовательных и научных организациях по заявкам органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

В 2014 году по сравнению с 2012 годом объем целевого приема граждан на подготовку по программам интернатуры и ординатуры подведомственным федеральным государственным учреждениям за счет средств федерального бюджета увеличен с учетом потребности субъектов Российской Федерации.

Доля трудоустроенных врачей после завершения обучения в целевой интернатуре и ординатуре составила 85,5 %, что свидетельствует о достижении запланированного значения.

Свыше 9 тыс. студентов образовательных организаций высшего профессионального образования и 5,7 тыс. студентов образовательных организаций среднего профессионального образования получают ежемесячные доплаты к стипендии.

Осуществление единовременных денежных выплат («подъемные») для врачей и среднего медицинского персонала, в том числе приступивших к работе в сельской местности

В целях повышения доступности медицинской помощи сельскому населению и повышения укомплектованности медицинских организаций,

расположенных в сельской местности, с 2012 года осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования, или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта, и заключившим договор с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации – программа «Земский доктор».

В 2014 году в соответствии с Федеральным законом от 2 декабря 2013 года № 321-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» осуществлялось финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, предусмотренных частью 12¹ статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ).

В соответствии с частью 12¹ статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ в 2014 году единовременные компенсационные выплаты осуществлялись медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2013–2014 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта.

Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2014 году осуществлялось в равных долях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Согласно распоряжению Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2013 г. № 2542-р о распределении в 2014 году иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целях осуществления в

соответствии с частью 12¹ статьи 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» единовременных компенсационных выплат медицинским работникам утвержденный размер иных межбюджетных трансфертов с учетом резерва Федерального фонда обязательного медицинского страхования составил 2 932 500,0 тыс. рублей.

В 2014 году по заявкам субъектов Российской Федерации из бюджета Федерального фонда на осуществление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам направлено 1 664 495,8 тыс. рублей (57 % от утвержденного объема средств), что позволило привлечь на работу в сельские населенные пункты и рабочие поселки 3 313 медицинских работников.

По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 1 января 2015 г., в 2012–2014 годы общее количество медицинских работников, привлеченных в рамках программы «Земский доктор» для работы в сельских населенных пунктах и рабочих поселках составило 15 279 молодых специалистов.

Указанные выплаты в 2014 году получили 6 555 врачей и 3 938 медицинских работников со средним профессиональным образованием; 24 550 врачей и 106 673 медицинских работника со средним профессиональным образованием пользуются компенсацией оплаты жилищно-коммунальных услуг.

По итогам года полностью (на 100%) выполнены плановые показатели в 13 субъектах Российской Федерации: в Ивановской, Смоленской, Калининградской, Волгоградской, Иркутской, Томской, Амурской областях, в республиках Адыгея, Северная Осетия – Алания, Башкортостан, в Пермском и Ставропольском краях, в г. Санкт-Петербург.

В 17 субъектах Российской Федерации плановые показатели по привлечению молодых медицинских работников были перевыполнены, для чего выделены дополнительные средства, как из резерва, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2013 г. № 2542-р, так и из бюджетов соответствующих субъектов Российской Федерации. Всего сверх установленного плана единовременные компенсационные выплаты получили 145 человек, в том числе в: Костромской области – 4 человека, в Курской – 5 человек, в Московской – 32 человека, в Рязанской – 5 человек, в Тульской – 18 человек, в Ярославской

– 3 человека, в Вологодской – 2 человека, в Нижегородской – 12 человек, в Пензенской – 4 человека, в Тюменской – 25 человек, в Кемеровской – 4 человека, в Магаданской области – 1 человек, в республике Карелия – 4 человека, в Кабардино-Балкарской Республике – 11 человек, в Республике Хакасия – 11 человек, в Алтайском крае – 2 человека, в Ханты-Мансийском автономном округе – 2 человека.

В рамках реализуемых региональными кадровыми программами мероприятий по обеспечению жильем в целом по Российской Федерации в 2014 году улучшили свои жилищные условия более 6,5 тыс. врачей и около 4 тыс. медицинских работников со средним профессиональным образованием, более 1 тыс. врачей и 1,8 тыс. медицинских работников со средним профессиональным образованием воспользовались правом на внеочередное предоставление места в детских дошкольных образовательных организациях.

С целью привлечения врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием для работы в медицинских организациях в 2014 году в ряде субъектов Российской Федерации приняты нормативные правовые акты, устанавливающие дополнительные гарантии и меры социальной поддержки медицинским работникам:

в Кировской области – постановление Правительства Кировской области от 3 сентября 2014 г. № 278/603 «О единовременных компенсационных выплатах медицинским работникам в 2014 году»;

в Ставропольском крае – постановление Правительства Ставропольского края от 25 февраля 2014 г. № 56-п «О некоторых мерах по осуществлению в 2013–2014 годах единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников»;

в Красноярском крае – закон Красноярского края от 1 декабря 2014 г. № 7-2869 «О социальных выплатах обучающимся по образовательным программам высшего медицинского образования, заключившим договор о целевом обучении»;

в Алтайском крае – Указ Губернатора Алтайского края от 12 августа 2014 г. № 122 «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат фельдшерам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2014 году на работу в фельдшерско-акушерский пункты, расположенные в сельских населенных пунктах Алтайского края»;

в Саратовской области – постановление Правительства Саратовской области от 7 мая 2014 г. № 269-П «О предоставлении дополнительной социальной поддержки студентам и интернам государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, молодым специалистам-врачам и средним медицинским работникам областных государственных либо муниципальных медицинских организаций, врачам областных государственных либо муниципальных медицинских организаций для профессиональной переподготовки»;

в Магаданской области – приказы Министерства здравоохранения Магаданской области от 8 декабря 2014 г. № 773 «Об утверждении Положения о стипендиальном обеспечении студентов, интернов и ординаторов, обучающихся по целевым направлениям, на бюджетной и платной основе в высших учебных медицинских заведениях Российской Федерации» и № 774 «Об утверждении Положения о стипендиальном обеспечении студентов, интернов и ординаторов, обучающихся по целевым направлениям, на бюджетной и платной основе в государственном бюджетном последипломном образовательном учреждении «Медицинский колледж министерства здравоохранения и демографической политики Магаданской области».

Реализованные в 2014 году программные мероприятия позволили привлечь в медицинские организации субъектов Российской Федерации 6 467 врачей и 10 262 работника среднего медицинского персонала.

Субъектами Российской Федерации в целом достигнуты запланированные индикаторы обеспеченности врачами и объемы повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Отмечается относительная стабильность имеющегося кадрового дефицита врачей и работников среднего медицинского персонала: возрастная структура средних медицинских кадров практически не изменилась. Доля врачей в возрасте до 36 лет увеличилась с 25,5 % в 2012 году до 26,7 % в 2014 году.

Проект Концепции непрерывного медицинского и фармацевтического образования

В 2014 году разработан проект Концепции непрерывного медицинского и фармацевтического образования. С декабря 2013 года в рамках «пилотного» проекта в соответствии с приказом Минздрава России от 11 ноября 2013 г. № 837 реализуется модель непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с использованием системы зачетных кредитов. В проекте принимают участие 16 образовательных и научных организаций Минздрава России, 11 медицинских профессиональных некоммерческих организаций, более 500 медицинских специалистов.

Так, в 2014 г. Департаментом здравоохранения города Москвы реализован пилотный проект по непрерывному медицинскому образованию совместно с государственным бюджетным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (врачи – терапевты – участковые); государственным бюджетным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» (врачи – педиатры участковые), государственным бюджетным образовательным учреждением дополнительного последиplomного образования «Российская медицинская академия последиplomного образования» (врачи – терапевты и педиатры участковые). Всего обучено 100 специалистов.

Программа социальной поддержки граждан Российской Федерации, самостоятельно поступивших в ведущие иностранные образовательные организации

Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 июня 2014 г. № 568 утверждена программа социальной поддержки граждан Российской Федерации, самостоятельно поступивших в ведущие иностранные образовательные организации, и обучающихся в них по специальностям и направлениям подготовки, качество обучения по которым соответствует лучшим мировым стандартам, и по обеспечению их трудоустройства в организации, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с полученной квалификацией.

В рамках реализации указанной программы Минздравом России определен перечень организаций и учреждений, в которые планируется трудоустроить граждан Российской Федерации после прохождения обучения, а также согласованы перечни соответствия специальностей и направлений подготовки в зарубежных образовательных организациях. В Минобрнауки России направлена информация по 79 кандидатурам потенциальных участников программы.

Развитие добровольческой деятельности – приоритетное направление государственной молодежной политики в Российской Федерации

В 2014 году Минздравом России подготовлен проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части создания попечительских советов в медицинских организациях, осуществления гражданами добровольческой деятельности в медицинских организациях и предоставления им преимущественного права зачисления в образовательные организации на обучение по программам бакалавриата и программам специалитета». Законопроект впервые дает возможность осуществления добровольческой деятельности в медицинских организациях, и, при необходимости, позволит координировать добровольческую деятельность с учетом потребности в тех медицинских организациях, где она наиболее необходима.

Осуществление добровольческой деятельности в медицинских организациях планируется социально ориентированными некоммерческими организациями на основании договора о сотрудничестве с медицинской организацией.

О ходе выполнения подпункта «а» пункта 1 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в части повышения оплаты труда медицинских работников в 2014 году

Планом мероприятий («дорожной картой») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р (далее – отраслевая «дорожная карта»), на 2014 г. установлены соотношения средней заработной платы

врачей, среднего и младшего персонала к средней заработной плате по Российской Федерации 130,7 %, 76,2 % и 51 % соответственно.

В целом по Российской Федерации, по данным Росстата среднемесячная заработная плата медицинских работников за 2014 год увеличилась по сравнению 2013 годом:

врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), на 9,4 % и составила 46 231 руб. (141,8 % к средней заработной плате по Российской Федерации).

среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) на 9,2 % и составила 26 310 руб. (80,7 % к средней заработной плате по Российской Федерации);

младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) на 12,7 % и составила 16 130 руб. (49,5 % к средней заработной плате по Российской Федерации).

По сравнению с 2012 годом увеличение заработной платы указанных категорий работников составило соответственно 35,2 %, 36,3% и 53,3 %.

Запланированные индикаторы соотношений средней заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала государственных и муниципальных учреждений Российской Федерации к средней заработной плате в субъектах Российской Федерации, установленные отраслевой «дорожной картой» на 2014 год, достигнуты (в пределах 5% отклонения) в 82, 82 и 78 субъектах Российской Федерации соответственно.

Одновременно с повышением заработной платы, уменьшилась межрегиональная дифференциация уровней заработных плат медицинских работников. По итогам 2014 года дифференциация в уровнях соотношений средней заработной платы врачей к средней заработной плате в субъектах Российской Федерации уменьшилась с 3,2 раза в 2012 году до 1,6 раз в 2014 году, среднего медицинского персонала – с 2,5 раза до 1,6 раза соответственно.

К проблемным вопросам в ходе реализации поэтапного совершенствования оплаты труда медицинских работников можно отнести наличие внутрирегиональной дифференциации в уровнях заработной платы

медицинских работников одних и тех же специальностей в однотипных медицинских организациях.

В целях устранения такой дифференциации Министерством здравоохранения Российской Федерации организована работа по изменению структуры заработной платы медицинских работников в пользу увеличения в ней доли выплат по окладам.

Минздравом России рекомендовано руководителям высших органов государственной власти субъектов Российской Федерации осуществлять совершенствование порядка установления размеров должностных окладов работников таким образом, чтобы порядка 55–60 % заработной платы направлялось на выплаты по окладам, порядка 30 % – на стимулирующие выплаты за достижение конкретных результатов деятельности по показателям и критериям эффективности, 10–15 % – компенсационные выплаты, в зависимости от условий труда медицинских работников.

Указанная рекомендация структура заработной платы содержится в Единых рекомендациях по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2015 г. (раздел X).

Органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья разработаны региональные планы мероприятий по совершенствованию систем оплаты труда работников подведомственных учреждений здравоохранения, содержащие конкретные мероприятия, сроки их исполнения и ответственных исполнителей, а также прогноз по структуре заработной платы медицинских работников в соответствии с новым проектом положения об оплате труда работников медицинских организаций по прилагаемой форме.

Одним из направлений совершенствования оплаты труда является создание эффективных систем стимулирования руководителей и работников учреждений в целях обеспечения соответствия оплаты их труда качеству оказания государственных (муниципальных) услуг на основе установления показателей и критериев эффективности деятельности.

В настоящее время со всеми руководителями учреждений здравоохранения в субъектах Российской Федерации заключены трудовые договоры по установленной форме. Показатели эффективности установлены и применяются при выплате стимулирующих выплат для работников

учреждений. По данным субъектов Российской Федерации по итогам 2014 года трудовые отношения, основанные на принципах «эффективного контракта», оформлены с 48,0% работников учреждений здравоохранения.

Мониторинг заработной платы работников медицинских организаций в сфере ОМС осуществлялся в соответствии с приказом Федерального фонда от 26 марта 2013 г. № 65 «Об установлении формы и порядка предоставления отчетности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования».

По субъектам Российской Федерации темп прироста в 2014 году по сравнению с 2013 годом изменялся от 1,8% до 19,8%. опережение среднего темпа прироста заработной платы отмечено в 57 субъектах Российской Федерации, наибольшие значения (более +15%) в Ростовской области (+15,3%), в Белгородской области (+15,3%), в Республике Алтай (+15,5%), в Чеченской Республике (+15,7%), в Республике Дагестан (+16,4%), в г. Санкт-Петербурге (+16,5%), в Вологодской области (+17,0%), в Челябинской области (+17,7%), в Приморском крае (+19,8%).

По сравнению с 2013 годом доля средств ОМС в среднемесячной заработной плате в 2014 году увеличилась на 0,8 процентных пункта до 85,1%.

Среднемесячная заработная плата за счет средств ОМС составила 23,5 тыс. рублей и увеличилась в 2014 году по сравнению с 2013 годом на 10,8%.

опережение среднего темпа прироста заработной платы в 2014 году по сравнению с 2013 годом, наблюдается в 43 субъектах Российской Федерации, наибольшие значения (более +14%) в Самарской области (+14,7%), в Челябинской области (+15,3%), в Карачаево-Черкесской Республике (+15,3%), в Белгородской области (+15,7%), в Республике Татарстан (+15,7%), в г. Санкт-Петербурге (+16,0%), в Ростовской области (+16,4%), в Республике Саха (Якутия) (+20,8%), в Приморском крае (+21,8%).

Большинство субъектов Российской Федерации достигли плановых значений показателей «дорожных карт» по заработной плате врачей. Отклонение планового значения «дорожной карты» наблюдалось в г. Москве (13,7 процентных пункта).

По отдельным врачебным специальностям темп прироста среднемесячной заработной платы опередил средний по категории «врачи»:

по врачам – терапевтам-участковым – 43,57 тыс. рублей (прирост к уровню 2013 года +10,8%), снижение по сравнению с 2013 годом наблюдается в Ненецком автономном округе (-14,1%), в Кабардино-Балкарской Республике (-4,7%), в Рязанской области (-2,6%);

по врачам – педиатрам-участковым – 43,19 тыс. рублей (прирост к уровню 2013 года +10,1%), снижение по сравнению с 2013 годом в Ненецком автономном округе (-4,7%):

по врачам общей практики – 40,81 тыс. рублей (прирост к уровню 2013 года +12,1%), снижение по сравнению с 2013 годом наблюдается в Ямало-Ненецком автономном округе (-19,8%), в г. Москве (-5,2%) и в Республике Тыва (-0,9%);

по врачам-специалистам – 46,01 тыс. рублей (прирост к уровню 2013 года +8,4%), снижение по сравнению с 2013 годом наблюдается в г. Москве (-0,8%).

Опережение среднего темпа прироста заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала наблюдалось в 48 субъектах Российской Федерации, наибольшие значения (более +14%) в Карачаево-Черкесской Республике (+14,8%), в Оренбургской области (+15,0%), в Московской области (+15,0%), в Еврейской автономной области (+15,1%), в Вологодской области (+16,2%), в Белгородской области (+16,4%), в Республике Саха (Якутии) (+16,8%), в г. Санкт-Петербурге (+16,9%), в Приморском крае (+17,3%), в Челябинской области (+19,2%).

Большинство субъектов Российской Федерации достигли плановых значений показателей «дорожных карт» по заработной плате среднего медицинского персонала. В четырех регионах имелись незначительные отклонения от плана (менее 5 процентных пунктов).

Темп прироста среднемесячной заработной платы медицинских сестер составил 9,2%. Среднемесячная заработная плата указанных работников в отчетном периоде составила 25,85 тыс. рублей. Снижение по сравнению с 2013 годом отсутствует.

Опережение среднего темпа прироста заработной платы младшего медицинского персонала отмечено в 47 субъектах Российской Федерации, наибольшие значения (более +25%) в Республике Дагестан (+26,5%), в Магаданской области (+26,6%), в Астраханской области (+27,9%), в Челябинской области (+27,5%), в Томской области (+48,6%), в Чувашской

Республике (+49,9%), в Челябинской области (+50,1%), в Ярославской области (+28,4%), в Алтайском крае (+29,7%), в Тамбовской области (+30,5%), в Чукотском автономном округе (+36,7%), в Орловской области (+37,9 %), в Вологодской области (+42,4 %).

Не достигнуты плановые значения показателей «дорожных карт» по заработной плате младшего медицинского персонала в 29 субъектах Российской Федерации. В 25 субъектах Российской Федерации отклонения от плана незначительные (менее 5 процентных пунктов). Существенно не достигнуты показатели в Ямало-ненецком автономном округе (-11,7%), в Республике Карелия (-9,7%), в Свердловской области (-9,6%), в Тверской области (-6,0%), в Ярославской области (-5,2%).

РАЗДЕЛ 10 ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Совокупный объём средств, направленных на финансовое обеспечение государственной политики в сфере охраны здоровья, в 2014 году составил 2 546,7 млрд рублей или 3,6% от валового внутреннего продукта, из них средства:

федерального бюджета – 480,8 млрд рублей;

консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации – 825,8 млрд рублей;

фондов обязательного медицинского страхования – 1 240,1 млрд рублей.

Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Формирование и выполнение территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальные программы государственных гарантий) во всех субъектах Российской Федерации в 2014 году осуществлялось в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской

Федерации от 18 октября 2013 г. № 932 (далее – соответственно Программа, постановление Правительства Российской Федерации № 932).

Программа устанавливает перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

В рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования осуществлялось финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медицинской реабилитации, проводимой в медицинских организациях.

В 2014 году структура тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования включает все статьи расходов, за исключением расходов государственных и муниципальных медицинских организаций, связанных с капитальным ремонтом, разработкой проектно-сметной документации для его проведения и приобретением оборудования стоимостью свыше 100 тыс. рублей за единицу.

В структуре расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на медицинскую помощь в 2014 году преобладали расходы на оплату труда с начислениями (52,2%) (от 85,2% в Республике Калмыкия до 25,8% – в Республике Якутия). Расходы на увеличение стоимости основных средств составили в целом по Российской Федерации 6,0% от расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на медицинскую помощь.

Утвержденная стоимость территориальных программ государственных гарантий на 2014 год составила 1 372,8 млрд. рублей. Фактическая стоимость территориальных программ обязательного медицинского страхования сложилась в размере 1 326,8 млрд. рублей, что составляет 96,6% от утвержденной стоимости.

Расходы на территориальные программы государственных гарантий в 2014 году составили 1 826,4 млрд. рублей, что выше соответствующих расходов 2013 года (1 646,0 млрд. рублей) на 11 %.

Расходы консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации (без учета межбюджетных трансфертов, передаваемых в систему обязательного медицинского страхования) в 2014 году составили 499,6 млрд. рублей (в 2013 году – 478,2 млрд. рублей), средства обязательного медицинского страхования – 1 326,8 млрд. рублей (в 2013 году – 1 167,9 млрд. рублей).

Кроме того, платежи бюджетов субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2014 году составили 73,4 млрд. рублей, на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи 58,8 млрд. рублей, дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, неустановленных базовой программой ОМС, – 14,6 млрд. рублей.

Доля средств от консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации в структуре территориальных программ государственных гарантий в целом по Российской Федерации составила 27,8% (от 7,1% в Калининградской области до 62,1% в Ненецком автономном округе).

В 2014 году субвенции, предоставляемые из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, распределялись в соответствии с методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Субвенция из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в 2014 году составила 1 173,9 млрд. рублей (на 19 % выше уровня 2013 года – 985,4 млрд. рублей).

Размер субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования исчислялся исходя из численности застрахованного по обязательному медицинскому страхованию населения соответствующего субъекта Российской Федерации, подушевого норматива финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования, установленного в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, и коэффициента дифференциации, учитывающего региональные особенности субъекта Российской Федерации.

В 2014 году в 61 субъекте Российской Федерации сохранялся дефицит финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации, который составил 119,0 млрд рублей (32,9 % потребности в бюджетных ассигнованиях бюджетов субъектов Российской Федерации, рассчитанной в соответствии с установленными на 2014 год нормативами).

Территориальные программы государственных гарантий 2014 году являлись бездефицитными в 22 субъектах Российской Федерации: в республиках Коми, Татарстан, Саха (Якутия), в Камчатском и Хабаровском краях, в Астраханской, Калужской, Ленинградской, Московской, Магаданской, Нижегородской, Сахалинской, Свердловской, Тульской, Тюменской и Ярославской областях, в городах Москве и Санкт-Петербурге, в Ненецком, Ханты-Мансийском, Ямало-Ненецком и Чукотском автономных округах.

Максимальный размер дефицита финансового обеспечения территориальной программы отмечен в Республике Дагестан (78,4 % потребности в бюджетных ассигнованиях бюджета субъекта Российской Федерации, рассчитанной в соответствии с установленными на 2014 год нормативами). Существенный дефицит финансового обеспечения территориальных программ сохраняется в Республике Марий-Эл (69,4 %), в

Забайкальском крае (65,0 %), в Республике Калмыкия (64,6 %), в Брянской области (63,4 %), в Республике Карелия (61,4 %), в Чеченской Республике (60,3 %).

В 2014 году в среднем по Российской Федерации фактический объем скорой медицинской помощи сложился в размере 0,288 вызовов на 1 застрахованное лицо, что составляет 90,6% от установленного Программой, при этом фактическая стоимость 1 вызова скорой медицинской помощи составила 1 987,4 рублей или на 31,8% выше установленного Программой норматива финансовых затрат.

Фактический объем медицинской помощи с профилактической и иными целями составил 3,143 посещения на 1 застрахованное лицо, что на 38,5% выше норматива, установленного Программой. Стоимость 1 посещения с профилактической и иными целями сложилась в размере 354,7 рублей, что на 11,4% выше установленного Программой норматива.

Фактический объем медицинской помощи в неотложной форме сложился в размере 0,224 посещения на 1 застрахованное лицо, что составляет всего лишь 48,7% от установленного Программой норматива. Стоимость 1 посещения в неотложной форме составила 423,0 рубля, что на 3,8% выше установленного Программой норматива.

Фактический объем медицинской помощи в связи с заболеванием сложился в размере 1,859 обращений на 1 застрахованное лицо, что составляет 96,8% от установленного Программой норматива. Стоимость 1 обращения в связи с заболеванием составила 1 070,1 рублей, что на 14,7 % выше установленного Программой норматива.

Фактический объем медицинской помощи стационарных условиях составил 0,188 случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо, что на 6,8 % выше установленного Программой норматива. Стоимость 1 случая госпитализации составила 20 526,88 рублей, что на 7,0% выше установленного Программой норматива.

Средняя длительность лечения в стационарных условиях составила 9,6 дней.

Объем медицинской реабилитации в стационарных условиях составил 0,029 койко-дней на 1 застрахованное лицо или 96,7% от установленного Программой норматива. Стоимость 1 койко-дня медицинской реабилитации

сложилась в размере 1 489,9 рублей, что на 15,2 % выше установленного Программой норматива.

Объем медицинской помощи в условиях дневного стационара составил 0,529 пациенто-дней на 1 застрахованное лицо или 96,2% от установленного Программой норматива. Стоимость 1 пациенто-дня сложилась в размере 704,2 рубля, что на 42,6% ниже установленного Программой норматива.

Согласно Программе средний подушевой норматив финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2014 году установлен в размере 6 962,5 рубля на одно застрахованное лицо. При этом для субъектов Российской Федерации установлены единые нормативы подушевого финансирования на одного застрахованного, которые корректируются с учетом коэффициента дифференциации. В среднем по Российской Федерации фактический подушевой норматив составил 7 866,6 рублей, что на 13,0% превышает установленный Программой, в сопоставимых показателях – на 5,7% выше установленного Программой с учетом скорой медицинской помощи.

В структуре расходов медицинских организаций на оплату медицинской помощи расходы на заработную плату составили 86,3%, при этом расходы на медикаменты и перевязочные средства составляют лишь 1% от общих расходов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Характеризуя состояние здоровья населения страны, нельзя не отметить наличие существенной дифференциации его показателей в региональном отношении. Территориальные особенности здоровья населения и здравоохранения в то же время говорят о схожести происходящих процессов в сфере охраны здоровья населения, что подтверждает необходимость значительно большего влияния здравоохранения на состояние здоровья населения с целью исправления сложившейся ситуации.

Доклад предоставляет лицам, принимающим управленческие решения в области политики здравоохранения на всех уровнях государственного управления и специалистам по организации здравоохранения, информационно–аналитическую базу данных, на основании которой будут

определяться стратегические цели, целевые ориентиры и приоритеты развития здравоохранения России.

Доклад содержит анализ основных детерминант общественного здоровья как в целом по стране, так и на региональном уровне. В докладе обобщен опыт субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья населения, отмечены как достижения, так и существующие проблемы, прежде всего на региональном уровне.

Анализ региональных особенностей здоровья населения и организации медицинской помощи направлен на обеспечение органов государственной власти аналитической информацией об уровне, структуре и основных тенденциях в здоровье населения, условиях и факторах, влияющих на здоровье различных групп населения. Использование данной информации позволит эффективно определять потребности и разрабатывать необходимые организационные мероприятия в области оказания лечебно-диагностической, профилактической, санитарной помощи и санаторно-курортного лечения для обеспечения соответствующего уровня общественного здоровья и совершенствования здравоохранения.

За последние годы мероприятия, проводимые на государственном уровне, привели к положительной динамике социально-экономического развития страны в целом и положительно изменили основные процессы в сфере охраны здоровья граждан.

Результаты 2014 года свидетельствуют о том, что позитивные тенденции сохраняются, отмечено значительное снижение смертности населения, рост рождаемости, естественный прирост населения. Активно возвращается в сферу интересов здравоохранения профилактическая направленность.

Сохранение и укрепление здоровья населения Российской Федерации обеспечит активизация первичной медицинской помощи, развитие высоких технологий, а также разработка и внедрение инновационных методов диагностики и лечения, стимулирование рождаемости, обеспечение санитарно-эпидемиологического и экологического благополучия, развитие профилактики и реабилитации, оптимизация лекарственного обеспечения, внедрение системы управления качеством медицинской помощи, преодоление отставания сельского здравоохранения и защита прав пациента и медицинских работников.

Совместная работа с субъектами Российской Федерации и согласованное взаимодействие всех уровней власти позволит существенно повысить доступность и качество медицинской помощи.