

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА

РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ответственный исполнитель

Министерство здравоохранения Российской Федерации

«_____» _____ 201 г.

Содержание

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» 3

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СФЕРЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ, В ТОМ ЧИСЛЕ ФОРМУЛИРОВКИ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ В УКАЗАННОЙ СФЕРЕ И ПРОГНОЗ ЕЕ РАЗВИТИЯ	8
ПРИОРИТЕТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ	15
Цель Программы	16
Задачи Программы	17
Основные результаты реализации Программы	29
Сроки и этапы реализации Программы	29
Основные подпрограммы Программы	29
Характеристика основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации.	46
Информация об участии госкорпораций, акционерных обществ, иных организаций, внебюджетных фондов.	46
Перечень мер государственного регулирования	48
Перечень мер правового регулирования	48
Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Программы.....	50
Анализ рисков реализации Программы	50
Методика оценки эффективности Программы.....	51
Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико–санитарной помощи»	54
Подпрограмма 2. «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации».....	97
Подпрограмма 3. «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения»	129
Подпрограмма 4 «Охрана здоровья матери и ребенка»	153
Подпрограмма 5. «Развитие медицинской реабилитации и санаторно–курортного лечения, в том числе для детей».....	168
Подпрограмма 6. «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям».....	182
Подпрограмма 7 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения».....	191
Подпрограмма 8. «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»	209
Подпрограмма 9. «Экспертиза и контрольно–надзорные функции в сфере охраны здоровья».....	215
Подпрограмма 10. «Медико–санитарное обеспечение отдельных категорий граждан»	232
Подпрограмма 11. «Управление реализацией Программы»	249

Государственная программа «Развитие здравоохранения»

Государственная программа «Развитие здравоохранения» (далее – Программа) разработана в соответствии с Перечнем государственных программ Российской Федерации, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 11 ноября 2010 г. № 1950–р.

Программа определяет цели, задачи, основные направления и основные мероприятия развития здравоохранения в Российской Федерации, финансовое обеспечение и механизмы реализации предусматриваемых мероприятий, показатели их результативности.

Паспорт Программы

Ответственный исполнитель Программы	Минздрав России
Соисполнители Программы	ФМБА России
Участники Программы	Минпромторг России; Минэнерго России; Росздравнадзор; Минобороны России; Минсельхоз России; Минфин России; Росавиация; Росавтодор; Росморречфлот; Минэкономразвития России; Роспотребнадзор; Росимущество; ФНС России; МИД России; Российская академия наук; ФССП России; Сибирское отделение Российской академии наук; Российская академия медицинских наук; Уральское отделение Российской академии наук; Дальневосточное отделение Российской академии наук; Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.
Программно–целевые инструменты Программы	Приоритетный национальный проект «Здоровье». Ведомственные целевые программы Роспотребнадзора: «Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний»; «Профилактика массовых неинфекционных заболеваний, обусловленных влиянием факторов среды обитания человека»; «Организация и ведение социально–гигиенического мониторинга».
Цель Программы	Совершенствование системы охраны здоровья граждан в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

<p>Задачи Программы</p>	<p>Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико–санитарной помощи; повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации; развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения; повышение эффективности службы родовспоможения и детства; развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно–курортного лечения, в том числе детей; обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей; обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами; повышение роли России в глобальном здравоохранении; повышение эффективности и прозрачности контрольно–надзорных функций в сфере охраны здоровья; медико–биологическое обеспечение охраны здоровья населения; обеспечение системности организации охраны здоровья.</p>
<p>Перечень Подпрограмм</p>	<p>Подпрограмма 1. «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико–санитарной помощи». Подпрограмма 2. «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации». Подпрограмма 3. «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения». Подпрограмма 4. «Охрана здоровья матери и ребенка». Подпрограмма 5. «Развитие медицинской реабилитации и санаторно–курортного лечения, в том числе детям». Подпрограмма 6. «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям». Подпрограмма 7. «Кадровое обеспечение системы здравоохранения». Подпрограмма 8. «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья». Подпрограмма 9. «Экспертиза и контрольно–надзорные функции в сфере охраны здоровья». Подпрограмма 10. «Медико–санитарное обеспечение отдельных категорий граждан». Подпрограмма 11. «Управление реализацией Программы».</p>
<p>Целевые индикаторы и показатели Программы</p>	<p>смертность от всех причин; материнская смертность; младенческая смертность; смертность от болезней системы кровообращения; смертность от дорожно–транспортных происшествий; смертность от новообразований (в том числе от злокачественных);</p>

	<p>смертность от туберкулеза;</p> <p>потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь);</p> <p>распространенность потребления табака среди взрослого населения</p> <p>распространенность потребления табака среди детей и подростков;</p> <p>заболеваемость туберкулезом;</p> <p>обеспеченность врачами;</p> <p>соотношение врачей и среднего медицинского персонала;</p> <p>соотношение заработной платы врачей и работников федеральных медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, к средней заработной плате по экономике соответствующего субъекта Российской Федерации;</p> <p>соотношение заработной платы врачей и работников медицинских организаций субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, к средней заработной плате по экономике соответствующего субъекта Российской Федерации;</p> <p>соотношение заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала федеральных медицинских организаций к средней заработной плате по экономике соответствующего субъекта Российской Федерации;</p> <p>соотношение заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала медицинских организаций субъектов Российской Федерации и муниципальных образований к средней заработной плате по экономике соответствующего субъекта Российской Федерации;</p> <p>соотношение заработной платы младшего медицинского персонала (персонала обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) федеральных медицинских организаций к средней заработной плате по экономике соответствующего субъекта Российской Федерации;</p> <p>соотношение заработной платы младшего медицинского персонала (персонала обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) медицинских организаций субъектов Российской Федерации и муниципальных образований к средней заработной плате по экономике соответствующего субъекта Российской Федерации;</p> <p>ожидаемая продолжительность жизни при рождении.</p>
<p>Этапы и сроки реализации Программы</p>	<p>Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» реализуется в два этапа:</p> <p>первый этап: 2013 – 2015 год</p> <p>второй этап: 2016 – 2020 год</p>
<p>Объемы бюджетных ассигнований Программы, тыс. руб.</p>	<p>Всего: 30 696 275 848,2 тыс. руб., из них:</p> <p>средства федерального бюджета – 979 147 920,5 (2013-2015 гг.)</p> <p>2013 г. – 356 047 952,40 тыс. руб.;</p> <p>2014 г. – 348 870 527,10 тыс. руб.;</p> <p>2015 г. – 274 229 441,00 тыс. руб.;</p>

	<p>2016 –2020 гг. – 26 024 800 000,0 тыс. руб.;</p> <p>Подпрограмма 1. «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико–санитарной помощи»</p> <p>2013 г. – 75 804 620,70 тыс. руб.;</p> <p>2014 г. – 75 896 576,30 тыс. руб.;</p> <p>2015 г. – 75 308 238,40 тыс. руб.;</p> <p>2016 –2020 гг. *</p> <p>Подпрограмма 2. «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации»</p> <p>2013 г. – 156 913 267,80 тыс. руб.;</p> <p>2014 г. – 153 414 310,50 тыс. руб.;</p> <p>2015 г. – 80 720 668,50 тыс. руб.;</p> <p>2016 –2020 гг. *</p> <p>Подпрограмма 3. «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения»</p> <p>2013 г. – 25 520 877,20 тыс. руб.;</p> <p>2014 г. – 18 497 279,60 тыс. руб.;</p> <p>2015 г. – 19 049 276,40 тыс. руб.;</p> <p>2016 –2020 гг. *</p> <p>Подпрограмма 4. «Охрана здоровья матери и ребенка»</p> <p>2013 г. – 11 050 415,40 тыс. руб.;</p> <p>2014 г. – 10 831 739,90 тыс. руб.;</p> <p>2015 г. – 8 845 833,20 тыс. руб.;</p> <p>2016 –2020 гг. *</p> <p>Подпрограмма 5. «Развитие медицинской реабилитации и санаторно–курортного лечения, в том числе детям»</p> <p>2013 г. – 10 119 320,80 тыс. руб.;</p> <p>2014 г. – 10 339 301,50 тыс. руб.;</p> <p>2015 г. – 11 965 230,60 тыс. руб.;</p> <p>2016 –2020 гг. *</p> <p>Подпрограмма 6. «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»</p> <p>2013 г. – 0,00 тыс. руб.;</p> <p>2014 г. – 0,00 тыс. руб.;</p> <p>2015 г. – 0,00 тыс. руб.;</p> <p>2016 –2020 гг. *</p> <p>Подпрограмма 7. «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»</p> <p>2013 г. – 5 172 609,90 тыс. руб.;</p> <p>2014 г. – 3 750 741,40 тыс. руб.;</p> <p>2015 г. – 1 598 430,20 тыс. руб.;</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>2016 –2020 гг. *</p> <p>Подпрограмма 8. «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья» 2013 г. – 406 762,20 тыс. руб.; 2014 г. – 306 787,20 тыс. руб.; 2015 г. – 316 845,80 тыс. руб.; 2016 –2020 гг. *</p> <p>Подпрограмма 9. «Экспертиза и контрольно–надзорные функции в сфере охраны здоровья» 2013 г. – 30 145 334,50 тыс. руб.; 2014 г. – 30 578 838,60 тыс. руб.; 2015 г. – 30 475 022,10 тыс. руб.; 2016 –2020 гг. *</p> <p>Подпрограмма 10. «Медико–санитарное обеспечение отдельных категорий граждан» 2013 г. – 36 680 857,70 тыс. руб.; 2014 г. – 41 140 431,10 тыс. руб.; 2015 г. – 41 876 407,30 тыс. руб.; 2016 –2020 гг. *</p> <p>Подпрограмма 11. «Управление реализацией Программы» 2013 г. – 3 746 203,20 тыс. руб.; 2014 г. – 3 638 167,60 тыс. руб.; 2015 г. – 3 602 356,10 тыс. руб.; 2016 –2020 гг. *</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации Программы</p>	<p>снижение показателя общей смертности до 10,3 случаев на 1000 населения;</p> <p>снижение показателя материнской смертности до 15,5 случаев на 100 тыс. родившихся живыми;</p> <p>снижение показателя младенческой смертности до 6,4 случаев на 1000 родившихся живыми;</p> <p>снижение показателя смертности от болезней системы кровообращения до 551,4 случаев на 100 тыс. населения;</p> <p>снижение смертности от дорожно–транспортных происшествий 10,0 случаев на 100 тыс. населения;</p> <p>снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 189,5 случаев на 100 тыс. населения;</p> <p>снижение смертности от туберкулеза до 8,2 случаев на 100 тыс. населения;</p> <p>снижение потребления алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) до 10,0 литров на душу населения в год;</p> <p>снижение распространённости потребления табака среди взрослого населения до 25,0%;</p> <p>снижение распространённости потребления табака среди детей и подростков до 15,0%;</p> <p>снижение уровня заболеваемости туберкулезом до 35,0 случаев на 100 тыс. населения;</p>

	<p>увеличение обеспеченности врачами до 44,8 на 10 тыс. населения;</p> <p>соотношения врачей и среднего медицинского персонала 1:4;</p> <p>достижение соотношения з/п врачей и работников федеральных медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, к средней заработной плате по экономике соответствующего субъекта Российской Федерации до 200%;</p> <p>достижение соотношения з/п врачей и работников медицинских организаций субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, к средней заработной плате по экономике соответствующего субъекта Российской Федерации до 200%;</p> <p>достижение соотношения з/п среднего медицинского (фармацевтического) персонала федеральных медицинских организаций к средней заработной плате по экономике соответствующего субъекта Российской Федерации до 100%;</p> <p>достижение соотношения з/п среднего медицинского (фармацевтического) персонала медицинских организаций субъектов Российской Федерации и муниципальных образований к средней заработной плате по экономике соответствующего субъекта Российской Федерации до 100%;</p> <p>достижение соотношения з/п младшего медицинского персонала (персонала обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) федеральных медицинских организаций к средней заработной плате по экономике соответствующего субъекта Российской Федерации до 100%;</p> <p>достижение соотношения з/п младшего медицинского персонала (персонала обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) медицинских организаций субъектов Российской Федерации и муниципальных образований к средней заработной плате по экономике соответствующего субъекта Российской Федерации до 100%;</p> <p>увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 75,7 лет.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Общая характеристика сферы реализации Программы, в том числе формулировки основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

Характеристика итогов реализации государственной политики в сфере здравоохранения, выявление потенциала развития сферы здравоохранения и существующих ограничений в сфере реализации Программы

С 1990 по 2011 годы существенно возросло число случаев заболеваний, приводящих к смерти. Число случаев заболеваний системы кровообращения возросло в 2 раза, онкологических — на 60,0%. Число болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, приводящих к инвалидности, возросло в 2 раза. В структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания (25,1%) и болезни системы кровообращения (14,0%).

Здоровье граждан, как социально–экономическая категория, является неотъемлемым фактором трудового потенциала общества и представляет собой важнейший элемент национального богатства страны. Ценность здоровья, как важнейшего ресурса, необходимого для производства материальных благ, определяется современными тенденциями снижения воспроизводства населения, процессом его старения и, таким образом, уменьшением численности населения.

Важнейшей целевой установкой Программы является создание необходимых условий для сохранения здоровья населения страны. Достижение указанной цели требует обеспечения доступности профилактики, диагностики и лечения заболеваний с использованием современных медицинских изделий, а также качественной и эффективной лекарственной терапии.

Таким образом, создание условий для повышения качества и доступности медицинской помощи гражданам Российской Федерации с учетом демографической ситуации является приоритетным направлением государственной политики в сфере здравоохранения.

В посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации в 2005 – 2006 годах были обозначены пути улучшения ситуации в сфере здравоохранения:

- возрождение системы профилактики заболеваний;
- формирование культуры здорового образа жизни;
- создание условий, благоприятствующих рождению и воспитанию детей;
- укрепление системы первичной медико–санитарной помощи;
- обеспечение доступности и высокого качества медицинской помощи, в том числе медицинской реабилитации и санаторно–курортного лечения;
- повышение доступности высокотехнологичных медицинских услуг.

В последние годы государством осуществлены значительные инвестиции, направленные на решение указанных проблем. Инициированы и реализуются крупномасштабные проекты:

- приоритетный национальный проект «Здоровье»;
- федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально–значимыми заболеваниями»;
- региональные программы модернизации здравоохранения.

Итоги реализации указанных государственных инициатив к 2013 году (к началу реализации Программы) характеризуются следующими показателями:

перелом в тенденции снижения численности населения – в 2011 году был обеспечен рост численности населения на 165 тыс. человек (в период 2000 – 2005 годов численность населения уменьшалась на 700 тыс. человек ежегодно);

увеличение рождаемости – в 2011 году родилось 1793,8 тыс. детей, что на 0,2% больше, чем в 2010 году;

снижение показателей смертности – общий показатель смертности, т.е. число умерших от всех причин на 1000 человек, в 2011 году составил 13,5 (в 2010 г. – 14,2), что отражает положительную динамику;

снижение показателей младенческой смертности – младенческая смертность на 1000 родившихся живыми в 2011 году снизилась на 2,3% по сравнению с 2010 годом и составила 7,4 на 1000 родившихся живыми;

повышение эффективности скорой медицинской помощи – по сравнению с 2006 годом количество смертей в машинах скорой помощи снизилось практически в 10 раз;

увеличение ожидаемой продолжительности жизни – в период 2006 – 2011 годов ожидаемая продолжительность жизни увеличилась с 65,3 лет до 70,3 лет.

В области правового регулирования сферы охраны здоровья проведен целый ряд структурных реформ. За период 2006 – 2011 годы приняты принципиальные решения и нормативные документы, основными из которых с точки зрения влияния на состояние и развитие здравоохранения являются:

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Федеральный закон «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака»;

Федеральный закон «О ратификации рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака»;

Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года;

Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года;

Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 – 2015 годы;

Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года;

Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года;

Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств»;

Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений»;

Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года.

План мероприятий по реализации Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года.

Таким образом, к настоящему моменту удалось добиться ряда значительных сдвигов как в структуре организации медицинской помощи, так и в результативности функционирования системы здравоохранения. Во многом преодолены негативные тенденции в состоянии системы диагностики и лечения основных социально значимых заболеваний. Преодолен демографический «провал», обусловленный последствиями 90-х годов. Заложены основы дальнейшего улучшения показателей здоровья населения, их постепенного приближения к европейскому уровню.

Сопоставление существующего состояния здравоохранения с состоянием аналогичной сферы у ведущих стран

К 2011 году ожидаемая продолжительность жизни увеличилась до 70,3 лет. Тем не менее, продолжительность жизни в России остается низкой — на 6,5 лет меньше, чем в «новых» странах ЕС (европейские страны, вошедшие в ЕС после мая 2004 года), и на 12,5 лет меньше, чем в «старых» странах ЕС (европейские страны, вошедшие в ЕС до мая 2004 года). Разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин остается высокой и составляет около 12 лет (показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2011 году составил 64,3 лет для мужчин и 76,1 – для женщин). Ключевую роль в низкой ожидаемой продолжительности жизни играет высокая смертность людей трудоспособного возраста, главным

образом, мужчин. По показателю смертности в этой возрастной группе Российская Федерация опережает другие экономически развитые страны более чем в 2 раза.

В структуре смертности населения наибольшую долю составляют болезни системы кровообращения, на которые приходится более 57% всех случаев смерти, новообразования (14% и более) и внешние причины смерти – около 10%. Показатели материнской и младенческой смертности превышают аналогичные показатели в развитых странах в 1,5 – 2,0 раза.

Характеристика текущего состояния сферы реализации Программы

Причинами, формирующими недостаточную динамику в состоянии здоровья населения, являются:

- низкая мотивация населения на соблюдение здорового образа жизни;
- высокая распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний (курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, недостаточная двигательная активность, нерациональное несбалансированное питание и ожирение);
- высокая распространенность биологических факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, гипергликемия, избыточная масса тела и ожирение);
- недостаточность условий для ведения здорового образа жизни (недостаточность нормативной правовой базы для ограничения курения, злоупотребления алкоголем и наркотиками, производства несоответствующих принципам здорового питания продуктов, а также (для обеспечения необходимого уровня физической активности);
- несвоевременное обращение за медицинской помощью;
- низкая профилактическая активность в работе первичного звена здравоохранения, направленная на своевременное выявление заболеваний, патологических состояний и факторов риска, их обуславливающих;
- несбалансированность коечного фонда по ряду профилей оказания медицинской помощи и недостаточно эффективное его использование;
- низкое развитие замещающих стационар технологий;
- дефекты в организации оказания медицинской помощи сельским жителям;
- недостаточная обеспеченность системы здравоохранения высококвалифицированными кадрами;
- низкая интенсивность создания и внедрения в практическое здравоохранение новых научных разработок;
- слабый уровень оснащения медицинских организаций современными информационно – телекоммуникационными технологиями.

Негативным фактором является повышение нагрузки на систему здравоохранения в силу слабой заботы населения о собственном здоровье. Дальнейшее развитие системы здравоохранения невозможно без принятия мер по профилактике заболеваний и патологических состояний. Необходимо снижать нагрузку на клиническое звено здравоохранения, ориентировать усилия в направлениях профилактики и активной работы первичного звена здравоохранения.

Ключевой проблемой, до сих пор не получившей кардинального решения, является недостаточная обеспеченность отрасли квалифицированным персоналом. Динамика обновления технологий зачастую превышает динамику обновления программ подготовки и переподготовки

персонала. Низкая социальная привлекательность работы в первичном медико–санитарном звене также является сдерживающим фактором кадрового развития отрасли.

В области медицинской науки имеет место снижение уровня исследований, слабая интеграция в мировую науку и мировой рынок инноваций. Необходимо преодолеть фрагментарность функционирующей инновационной инфраструктуры. Требуется обеспечить непрерывность процесса генерации и внедрения инноваций.

В сфере науки особенно остро ощущается нехватка менеджмента – профессиональных управляющих. Ученый должен быть сам озабочен актуальностью проводимых исследований и их продвижением на рынке. Однако большая часть функций, относящихся к обеспечению нормальных условий труда интеллектуала, может и должна обеспечиваться профессионалами в соответствующей сфере деятельности.

При этом уровень государственного финансирования системы здравоохранения остается недостаточным и составляет 3,2–3,5% от ВВП, что в 2–3 раза ниже, чем в странах ЕС. В соответствии с инновационным сценарием долгосрочного прогноза социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года расходы бюджетной системы на здравоохранение должны составить 4,7% от ВВП, что сопоставимо с показателями экономически развитых стран.

Существенным сдерживающим фактором является недостаточное применение современных информационных технологий. На настоящий момент уже реализованы процессы обобщения и предоставления в электронном виде на вышестоящий уровень управления агрегированной информации. При этом не в полной мере внедрены методы систематизации медицинской информации. Соответственно необходимо создание и применение алгоритмов аналитической обработки информации для целей управления в здравоохранении. Развитие отрасли сдерживают не в полной мере решенные проблемы информационной безопасности, связанные с соблюдением требований конфиденциальности личных данных пациентов и персональных данных о состоянии здоровья пациента.

Кроме этого, в медицинских организациях недостаточно широко используются современные информационно – телекоммуникационные технологии телемедицины. Существующие отдельные аппаратно – программные решения для телемедицины не носят системного характера, отсутствует единое информационное пространство телемедицины. Широкое внедрение телемедицины на основе единой технологической и технической политики позволит существенно повысить эффективность оказания первичной медико–санитарной помощи путем проведения удаленного скрининга высокорисковых групп пациентов на уровне первичного звена, повышения качества диагностики социально–значимых заболеваний на уровне первичного звена, повышения эффективности оказания скорой и неотложной медицинской помощи за счет использования технологии ГЛОНАСС, повышения доступности консультационных услуг медицинских экспертов для населения за счет использования телемедицинских консультаций.

Созданы основы для создания электронной базы знаний в сфере здравоохранения. Имеются инновационные решения в области электронных образовательных курсов, систем поддержки принятия врачебных решений на основе базы знаний. Главной задачей в этой сфере в краткосрочной перспективе является масштабирование базы знаний и внедрение электронных образовательных курсов и систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медицинских работников.

Одновременно планируется решать задачу по созданию и масштабированию аппаратно – программных решений для оказания медицинских услуг медицинским работником на основе современных информационно – телекоммуникационных технологий. В настоящее время по результатам реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и региональных

программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в медицинских организациях проведено существенное обновление парка медицинского оборудования. Современное медицинское оборудование имеет возможность представления информации в цифровом виде, что позволяет создавать автоматизированные рабочие места для медицинских специалистов различных профилей. Создание автоматизированных рабочих мест позволяет повысить точность и объективность диагностических исследований, снизить количество рутинных операций в повседневной деятельности медицинского работника, повысить оперативность и достоверность передачи медицинской информации о состоянии здоровья пациента между медицинскими работниками, в том числе между медицинскими работниками разных медицинских организаций.

Прогноз развития сферы реализации Программы

Дальнейшее развитие сферы охраны здоровья в период до 2020 года, помимо необходимости решения существующих проблем, связано с рядом общемировых тенденций, уже сейчас приводящих к структурным перестройкам системы здравоохранения. Таким образом, структура Программы должна охватывать как направления, связанные с обеспечением «догоняющего» развития (решение первоочередных проблем смертности и заболеваемости), так и направления, обеспечивающие эволюцию отечественной системы охраны здоровья в соответствии с тенденциями, определяющими будущее в развитых странах.

От «системы диагностики и лечения» к «охране здоровья»

В современных условиях понятие «система здравоохранения» всё дальше уходит от рамок, задаваемых понятием «система диагностики и лечения». В настоящее время актуализируются такие задачи здравоохранения, как формирование здорового образа жизни, комфортной среды обитания, создание условий для эффективного труда и отдыха, что позволит предотвратить развитие заболеваний, в первую очередь тех, которые обуславливают преждевременную смертность и инвалидизацию населения. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения и Московской декларации Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям выполнение этих задач в рамках только системы здравоохранения невозможно и требует широкого межсекторального многоуровневого взаимодействия.

От активного вмешательства к профилактике

История медицины последнего столетия началась с ряда прорывных изменений в лечебном деле, в первую очередь – в хирургии. Этот этап можно охарактеризовать как этап «активного вмешательства». Дальнейшие изменения происходили по мере развития и внедрения новых методов и способов диагностики, изобретения различного рода лекарств, создания вакцин, внедрения методов малоинвазивной хирургии и т.п. Это в целом позволило снизить уровень прямого вмешательства медицины в человека, сделать процесс лечения более щадящим, а во многих случаях – предотвратить развитие опасного заболевания.

Текущее десятилетие (2010 – 2020 годы) будет характеризоваться дальнейшим активным распространением и усилением роли механизмов, обеспечивающих недопущение или возможно более раннюю коррекцию факторов риска развития заболеваний и самих заболеваний. Современный человек формирует спрос не только на комплекс услуг, направленных на эффективное лечение, но и на комплекс услуг и условий жизни, направленных на поддержание

здорового состояния, более позднее развитие и меньшую выраженность заболеваний, ассоциированных с возрастными изменениями организма.

Дальнейшее развитие в этом направлении будет обусловлено осознанием важности проведения профилактических мероприятий, значительную роль в реализации которых играют культура здорового образа жизни и эффективная работа первичного звена здравоохранения. На этапе оказания первичной медико–санитарной помощи, являющейся основой системы оказания медицинской помощи, будут выявляться факторы риска неинфекционных заболеваний и их коррекция, осуществляться ранняя диагностика этих заболеваний и эффективное их лечение, а также происходить обучение людей навыкам по сохранению и укреплению здоровья.

Указанная смена парадигмы в сфере охраны здоровья требует серьёзных структурных изменений системы организации и управления здравоохранением, пересмотра соответствующих нормативов, набора показателей здоровья нации. На практике такая переориентация спроса выражается, в том числе, в переходе как к популяционным и групповым мерам профилактики заболеваний, так и к персонализированной медицине.

Чтобы улучшить ситуацию с состоянием здоровья граждан, необходимо обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения. Отрасли нужны инновационные разработки в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний (включая реабилитацию), эффективная система подготовки и переподготовки медицинских кадров, современные высокотехнологичные информационные системы.

Переход к новому технико–экономическому укладу

На процессы развития большинства рынков в современной экономике ключевое влияние оказывают информационные технологии, нанотехнологии и биотехнологии. Ускоряются темпы вывода на рынок новых продуктов, их обновления и совершенствования. Соответственно, мировое пространство постепенно делится на страны, генерирующие решения, основанные на новых технологиях, и страны, потребляющие эти решения. Роль генератора знаний в области здравоохранения возможно реализовать только при условии концентрации усилий на развитии медицинской науки, разработке собственных решений для медицины, основанных на указанных технологиях. Таким образом, в развитии здравоохранения стал очевиден акцент на разработку и продвижение собственных продуктовых решений.

Развитие медицинских организаций всех форм собственности

В России к настоящему моменту сформированы условия для активного развития медицинских организаций всех форм собственности. В современных условиях частный сектор будет гибко реагировать и использовать предоставляемые возможности. Со стороны государства наиболее эффективным механизмом стимулирования и регулирования развития медицинских организаций всех форм собственности будет реализация прагматичной тарифной политики.

Существенные позитивные сдвиги в улучшении здоровья населения могут быть достигнуты при умеренном росте затрат за счет реализации комплексной стратегии, ориентированной на оптимальное сочетание медицинских и немедицинских факторов борьбы с заболеваниями. Наиболее значимые и недостаточно используемые резервы связаны с сокращением заболеваемости и смертности активной части населения, лиц в трудоспособном возрасте.

В медицинской отрасли предстоит осуществить структурные сдвиги, нацеленные на оптимизацию соотношения стационарной и амбулаторно–поликлинической помощи на основе усиления координации и преемственности между ними, более целенаправленной и качественной

подготовки медицинского персонала для амбулаторного звена и улучшения технической оснащённости медицинских организаций.

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Программы

Базовые приоритеты социально–экономического развития

Концепцией долгосрочного социально–экономического развития декларированы высокие стандарты благосостояния человека, означающие, в частности, доступность услуг образования и здравоохранения требуемого качества, экологическую безопасность.

В среднесрочном периоде актуальными являются: реализация мер государственной политики, направленных на снижение смертности населения, прежде всего от основных причин смерти; профилактика, своевременное выявление и коррекция факторов риска неинфекционных заболеваний, а также диагностика и лечение на ранних стадиях заболеваний, которые обуславливают наибольший вклад в структуру смертности и инвалидизации населения; профилактика и своевременное выявление профессиональных заболеваний; снижение материнской и младенческой смертности, повышение уровня рождаемости.

Согласно Концепции долгосрочного социально–экономического развития основные приоритеты социальной и экономической политики в период 2013 – 2020 годов включают распространение здорового образа жизни; внедрение инновационных технологий в здравоохранении и образовании, решение проблемы их кадрового обеспечения. В период 2013 – 2020 годов должно быть широко внедрено использование биотехнологий в различных областях медицины.

Развитие человеческого потенциала.

Уровень конкурентоспособности современной инновационной экономики в значительной степени определяется качеством профессиональных кадров. Концепцией долгосрочного социально–экономического развития поставлена задача по обеспечению прорыва в повышении эффективности человеческого капитала и создании комфортных социальных условий. Ключевым фактором привлечения и удержания высококвалифицированных кадров является уровень качества и доступности системы охраны здоровья.

Важными характеристиками успешного решения задач развития человеческого капитала являются стабилизация демографической ситуации в стране, снижение смертности в трудоспособном возрасте; структурная и технологическая модернизация здравоохранения; увеличение роли профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни.

Развитие инновационных отраслей

Одним из основных приоритетов развития Российской Федерации является формирование комплекса высокотехнологичных отраслей и расширения позиций на мировых рынках наукоемкой продукции. Реализация этого приоритета в области здравоохранения выразится в концентрации усилий на интенсификации биомедицинских научных исследований, создании новых информационных и интеллектуальных компьютерных систем, обеспечивающих анализ и прогнозирование на уровне отдельных популяционных групп, в том числе анализ эффективности методов лечения, применяемых лекарственных средств и т.п.

Реализация данного приоритета будет сопровождаться формированием условий для появления новых инновационных компаний, работающих в сферах, связанных с развитием

критических технологий Российской Федерации, таких как: биомедицинские технологии, геномные, прогеномные и постгеномные технологии, клеточные технологии, биоинформационные технологии, технологии биоинженерии, технологии мониторинга и прогнозирования состояния окружающей среды, предотвращения и ликвидации ее загрязнения, технологии снижения потерь от социально значимых заболеваний.

Создание и развитие конкурентных рынков, последовательная демонополизация экономики

В области здравоохранения реализация данной политики выражается в создании условий для развития государственно–частного партнерства, постепенной демонополизации государственной системы оказания медицинских услуг населению в условиях реформирования системы контрольно–надзорных функций и стандартизации медицинских услуг.

Цель Программы

Стратегической целью Программы является: совершенствование системы охраны здоровья граждан в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Стратегическая цель Программы достигается к 2020 году посредством

снижение значений следующих показателей:

- смертность от всех причин – до 10,3 случая на 1000 населения;
- младенческая смертность – до 6,4 случая на 1000 родившихся живыми;
- материнская смертность – до 15,5 случая на 100 тыс. населения;
- смертность от болезней системы кровообращения – до 551,4 случая на 100 тыс. населения;
- смертность от дорожно–транспортных травм – до 10 случаев на 100 тыс. населения;
- смертность от новообразований – до 189,5 случая на 100 тыс. населения;
- смертность от туберкулеза – до 8,2 случаев на 100 тыс. населения;
- потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) – до 10 литров на душу населения в год;
- распространенность потребления табака среди взрослого населения – до 25%;
- распространенность потребления табака среди детей и подростков – до 15%;
- заболеваемость туберкулезом – до 35,0 случаев на 100 тыс. населения;

повышение к 2020 году значений следующих показателей:

- ожидаемая продолжительность жизни при рождении до 75,7 лет;

достижения к 2018 году значений следующих показателей:

- соотношения заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, к средней заработной плате в соответствующем регионе – 200%;
- соотношение заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала к средней заработной плате в соответствующем регионе – 100%;
- соотношение заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате в соответствующем регионе – 100%.

Задачи Программы

Задачи превращения России в глобального лидера мировой экономики, выхода на уровень развитых стран по показателям социального благосостояния диктуют новые требования к системе здравоохранения.

Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико–санитарной помощи

В направлении решения данной задачи необходимо повышать эффективность первичной медико–санитарной помощи, оптимизировать совокупный коечный фонд, повышать эффективность стационарной помощи. Практическая реализация перехода к здоровому образу жизни невозможна без приближения профилактической медицины к человеку. В этой связи приоритетным является обеспечение населения, прежде всего здоровых людей и лиц с хроническими заболеваниями вне обострения, профилактической помощью шаговой доступности. Необходима разработка и внедрение механизмов стимулирования поликлинического звена на возможно более раннее выявление заболеваний и недопущение развития заболеваний до стадии, приводящей к госпитализации. Реализация данных мер направлена на улучшение показателей временной потери трудоспособности работающего населения.

Формирование у населения ответственного отношения к своему здоровью, отказ от табакокурения, злоупотребления алкоголем и наркотиками, обеспечение условий для ведения здорового образа жизни, коррекция и регулярный контроль поведенческих и биологических факторов риска неинфекционных заболеваний на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях должны стать важнейшим направлением политики в области охраны здоровья.

Неинфекционные заболевания (болезни системы кровообращения, онкологические заболевания, болезни органов дыхания и сахарный диабет) являются причиной более 80% всех смертей населения Российской Федерации, при этом 56% всех смертей обусловлены сердечно–сосудистыми заболеваниями. В основе развития неинфекционных заболеваний находится единая группа факторов риска, связанных с нездоровым образом жизни (курение, низкая физическая активность, нерациональное питание, злоупотребление алкоголем).

Всемирной организацией здравоохранения определены 7 ведущих факторов риска, вносящих основной вклад в преждевременную смертность населения России, среди которых: повышенное артериальное давление (35,5%), гиперхолестеринемия (23%), курение (17,1%), нездоровое питание, недостаточное употребление фруктов и овощей (12,9%), ожирение (12,5%), злоупотребление алкоголем (11,9%), низкая физическая активность (9%).

Факторы риска могут накапливаться у индивидуумов и взаимодействовать друг с другом, создавая множественный эффект: наличие нескольких факторов риска у одного человека повышает риск его смерти от болезней системы кровообращения в 5–7 раз.

На опыте многих стран (Финляндия, США, Великобритания, Новая Зеландия и др.) доказано, что модификация образа жизни и снижение уровня факторов риска могут замедлить развитие болезней системы кровообращения как до, так и после появления клинических симптомов.

Систематический анализ показывает, что за счет изменения образа жизни и характера питания можно снизить риск смерти от ишемической болезни сердца как в популяции, так и среди больных с этим заболеванием. Так, прекращение курения снижает риск, соответственно, на 35% и 50%, повышение физической активности – на 25% и 20–30%, умеренное потребление алкоголя – на 25% и 15%, изменение хотя бы 2 факторов в питании – на 45% и 15–40%.

Другой систематический анализ показывает, что лечение больных ишемической болезнью сердца и другими болезнями системы кровообращения лекарственными препаратами из группы антиагрегантов снижает риск развития осложнений у таких больных на 20–30%, бета–блокаторами – на 20–35%, ингибиторами АПФ – на 22–25%, статинами – на 25–42%.

Анализ причин существенного уменьшения смертности от болезней системы кровообращения во многих странах показал, что вклад оздоровления (изменения образа жизни) и снижения уровней факторов риска в уменьшение такой смертности составляет от 44% до 60% .

Факторный анализ причин, приводящих к высоким показателям заболеваемости онкологическими заболеваниями и смертности показал, что влияние факторов группы А (табакокурение, чрезмерное употребление алкоголя, избыточный вес тела, несбалансированность питания, другие факторы (производство, природная среда, жилище, влияние инфекционных канцерогенных факторов и др.) составляет 65%, а факторы группы Б (несвоевременное выявление и лечение предраковых заболеваний, поздняя диагностика рака, отсутствие скрининга, отсутствие формирования и наблюдения за группами риска, нерегулярные профилактические осмотры населения, отсутствие диспансеризации групп риска, отсутствие онкологической настороженности врачей первичной сети, отсутствие просветительской работы среди населения, недостаточная работа по мотивации населения для активного и сознательного участия в скрининговых мероприятиях, отсутствие единых программ скрининга на федеральном уровне, отсутствие регистра лиц, включенных в скрининговые программы) составляет 35%.

Основой пропаганды здорового образа жизни наряду с информированием населения о вреде потребления табака, нерационального и несбалансированного питания, низкой физической активности, злоупотребления алкоголем, наркотиками и токсическими веществами должно стать обучение навыкам по соблюдению правил гигиены, режима труда и учебы. При этом повышение мотивации населения к ведению здорового образа жизни должно сопровождаться созданием соответствующих для этого условий. Кроме того, приоритет должен быть отдан мерам не только своевременного выявления факторов риска и неинфекционных заболеваний, но и своевременной их коррекции.

При реформировании системы первичной медико–санитарной помощи населению на первый план выходят задачи по изменению системы оказания помощи сельскому населению; модернизации существующих учреждений и их подразделений; выстраиванию потоков пациентов с формированием единых принципов маршрутизации; развитию новых форм оказания медицинской помощи – стационар замещающих и выездных методов работы; развитию неотложной помощи на базе поликлинических подразделений; совершенствованию принципов взаимодействия со стационарными учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи.

Выстраивание современной системы оказания первичной медико–санитарной помощи населению должно включать как самые малочисленные населенные пункты, так и крупные города.

Повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации

Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых, сложных и (или) уникальных, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, включая клеточные технологии, роботизированную технику, информационные технологии и методы генной

инженерии, разработанные на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Для повышения доступности и качества медицинской помощи будет осуществляться реализация мероприятий, направленных на совершенствование организационной системы оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, совершенствование оказания медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, в том числе больным с болезнями системы кровообращения, туберкулезом, онкологическими, эндокринными и некоторыми другими заболеваниями, внедрение в практику инновационных методов лечения, развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально–техническое и технологическое оснащение лечебно–профилактических учреждений на основе инновационных подходов и принципа стандартизации.

Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании» предусматривается включение с 2015 года высокотехнологичной медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования.

Одним из условий такого включения является развитие возможности оказания высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации.

Основными задачами оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации на современном этапе должны являться оказание больным и пострадавшим доврачебной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма, и доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной специализированной медицинской помощи. Эта работа должна осуществляться, в основном, фельдшерскими бригадами.

Необходимо повысить роль и эффективность использования врачебных бригад скорой медицинской помощи в качестве бригад интенсивной терапии и, при необходимости, узкоспециализированных бригад.

Успешное решение проблем организации и оказания населению скорой медицинской помощи возможно только в тесной увязке с совершенствованием работы амбулаторно–поликлинической службы, в том числе с переходом на организацию первичной медицинской помощи по принципу врача общей врачебной практики (семейного врача), стационаров дневного пребывания, стационаров на дому.

Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения

В ближайшее десятилетие развитие страны перейдут к формированию новой технологической базы экономических систем, основанной на использовании новейших достижений в области биотехнологий, информатики и нанотехнологий, в том числе в здравоохранении. Развитие информационных технологий и появление прогрессивных технологий вычисления и обработки информации позволит применять в области охраны здоровья прогностические подходы, основанные на моделировании. В первую очередь интерес вызывает возможность создания эпидемиологических моделей, которые позволят анализировать и прогнозировать распространенность различных заболеваний в популяции, тем самым увеличивая эффективность мероприятий профилактического характера.

Очевидна необходимость формирования целевых научных программ по приоритетным направлениям в целях поддержания здоровья населения и формирования здорового образа жизни, разработки и внедрения новых эффективных технологий ранней диагностики в практику системы здравоохранения.

С учетом прогнозов интенсивного внедрения биомедицинских технологий в передовую практику здравоохранения развитых стран, важной задачей является создание необходимых условий для разработки и внедрения подобных продуктов и технологий в отечественную систему здравоохранения.

Повышение эффективности службы родовспоможения и детства

Вопросы охраны здоровья матери и ребенка названы в качестве приоритетных во всех основополагающих документах о развитии здравоохранения, цели снижения материнской, младенческой и детской смертности провозглашены в числе целей развития тысячелетия ООН.

Снижение материнской, младенческой и детской смертности представляет большую сложность в силу наличия многочисленных факторов, в основном трудно управляемых, которые влияют на эти показатели. Показатель материнской смертности зависит от социально-экономического состояния страны, географических особенностей, развития медицинской помощи, культурного и образовательного уровня населения.

В России в 2011 г. показатель материнской смертности составил 16,2 на 100 тыс. родившихся живыми. При таком уровне показателя ежегодно умирает 320–350 женщин трудоспособного возраста, что ложится тяжким бременем на семьи, снижает число детей, которые могли бы родиться в будущем, увеличивает недопроизведенный вклад в ВВП. По данным ВОЗ, средневропейский показатель материнской смертности в 2010 г. составил 20 на 100 тыс. родившихся живыми и за период 2005–2010 годы снизился всего на 9,1%. Наиболее низкая материнская смертность в странах с развитой экономикой, высокой плотностью населения, развитой транспортной инфраструктурой. Например, в Германии в 2010 году показатель материнской смертности составил 7,0 на 100 тыс. родившихся живыми, во Франции – 8,0, в Великобритании – 12,0. В то же время в странах Восточной Европы показатель материнской смертности значительно выше. В частности, в Республике Молдова показатель материнской смертности в 2010 г. составил 41,0 на 100 тыс. родившихся живыми, в Латвии – 34,0, в Украине – 32,0, в Румынии – 27,0, в Венгрии – 21,0.

В странах с большей площадью территории, при прочих равных условиях, он обычно выше, чем в небольших по протяженности странах – в США показатель материнской смертности 21,0 в 2010 г., в Канаде – 12.

Младенческая смертность имеет аналогичные закономерности – низкие показатели младенческой смертности характерны для стран с высоким уровнем жизни населения, небольшой площадью территории и высокой плотностью населения. Например, в Германии в 2010 г. показатель младенческой смертности составил 3,5 на 1 000 родившихся живыми, во Франции – 4,1, в Великобритании – 5,0, в Бельгии – 3,5, в Австрии – 3,9.

В странах с высоким уровнем жизни населения, но большой протяженностью территории, наличием регионов с низкой плотностью населения показатель младенческой смертности несколько выше. Например, в США показатель младенческой смертности в 2010 г. составил 6,0 на 1000 родившихся живыми, в Канаде – 5,0, в Австралии – 5,0.

В то же время в некоторых странах Европы показатель младенческой смертности выше, чем в Российской Федерации. В частности, в Республике Молдова показатель младенческой смертности в 2010 г. составил 11,8 на 1 000 родившихся живыми, в Украине – 9,1, в Румынии – 9,8, в Черногории – 10,0, в Македонии – 7,7.

Низкие показатели материнской и младенческой смертности в определенной мере коррелируют с затратами на здравоохранение (в % от ВВП), которые составляют – в США – 15,2%, в Германии – 11,1%, во Франции – 10,1%. В России рост объема расходов на здравоохранение с 3,1

до 3,7% от ВВП сопровождался снижением показателей материнской и младенческой смертности.

На уровень младенческой смертности влияет целый ряд факторов, требующих междисциплинарного подхода.

Прежде всего, это состояние материально–технической базы учреждений родовспоможения и детства. До настоящего времени большинство регионов не полностью обеспечены койками реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, располагающих современным высокотехнологичным оборудованием. Не сформирована сеть перинатальных центров, в которых оказывается медицинская помощь наиболее тяжелому контингенту беременных, рожениц, родильниц и новорожденных детей. В развитых государствах перинатальные центры организуются из расчета 1 центр на 1 млн. населения в странах с высокой плотностью населения, и на 500 тыс. населения в странах с низкой плотностью. При таком расчете количество перинатальных центров в России требует существенного увеличения.

Наличие высококвалифицированных специалистов в учреждениях родовспоможения и детства играет огромную роль в снижении показателя младенческой смертности. В России имеется огромный кадровый дефицит как неонатологов, так и медицинских сестер, что связано, в первую очередь, с низкой заработной платой. Как правило, в Российской Федерации на 1 медицинскую сестру отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных приходится от 4 до 10 критически больных новорожденных. В США и странах Европы на 1 медицинскую сестру приходится 1 крайне тяжелый больной новорожденный, или 2 тяжело больных новорожденных, или 3 стабильных ребенка.

Большое влияние на качество оказания медицинской помощи новорожденным, родившимся с патологией, и результат их лечения оказывает уровень финансирования медицинских организаций. В Российской Федерации стоимость лечения одного ребенка в отделении реанимации составляет в сутки около 200–300 долларов США. В Великобритании стоимость лечения в сутки составляет 1600–2000 фунтов стерлингов. В США в зависимости от тяжести состояния новорожденного она колеблется в пределах от 2000 до 5000 долларов США, в странах Европы – от 1500 до 4000 евро в сутки. При этом значительная доля средств приходится на оплату труда медицинских работников.

Другие факторы также оказывают существенное влияние на уровень материнской и младенческой смертности – качество дорожного сообщения, достаточная доступность автомобильного и авиационного санитарного транспорта, здоровый образ жизни населения, контроль миграционных процессов.

Снижение младенческой и детской смертности от травм, насильственных действий, пренебрежения родителями из социально неблагополучных семей здоровьем и благополучием своих детей является зоной ответственности не только и не столько медицинских работников, сколько органов социальной защиты населения, МВД России, МЧС России и др.

Таким образом, улучшая доступность, качество и организацию медицинской помощи матерям и детям, снижая число аборт, возможно снизить материнскую и младенческую смертность к 2020 г. до уровня 6,5–6,0%, материнскую – до уровня 15,5 – 15,0 на 100 тыс. родившихся живыми. Снижение младенческой смертности до уровня 3–4%, а материнской – до 5–8 возможно только при развитии экономики, транспортной инфраструктуры, ответственного отношения населения к своему здоровью, сопоставимых с уровнем наиболее развитых стран западной Европы.

Снижение показателя младенческой смертности с 8,5% (с учетом новых критериев регистрации) до 6,4% скажется на сохранении не менее 4 тысяч детских жизней ежегодно. Поскольку каждый случай смерти ребенка обуславливает недопроизведенный вклад в ВВП в 6 млн рублей, суммарный показатель потерь ВВП при сохранении показателя на текущем уровне составит 24 млрд. рублей. Даже если учесть возможную выплату пенсий по инвалидности максимум 5% спасенных детей, то эта сумма составит 100 млн. рублей, а общий прирост ВВП за счет спасенных жизней составит 23,9 млрд. руб. Но эти расчеты, конечно, не могут учесть всю пользу от реализации программы – улучшение качества помощи приведет к снижению смертности детей до 5 лет и до 17 лет, что в еще большей степени повысит ожидаемый прирост вклада в ВВП, повышению удовлетворенность населения системой здравоохранения в стране, что, опосредованно, может способствовать повышению рождаемости.

Поскольку смертность новорожденных составляет 55–70% от младенческой и 40% от смертности детей до 5 лет, важным направлением снижения смертности детского населения является улучшение помощи новорожденным, чрезвычайно значимым аспектом которой является развитие сети перинатальных центров. Перинатальный центр – это не только яркое и наглядное свидетельство заботы государства о матерях и детях, это по своей сути высокотехнологичные центры, которые позволяют обеспечивать эффективную помощь при самой тяжелой патологии, развивать инновационные методы лечения (также, как фетальная и неонатальная хирургия, реанимационно–интенсивная помощь матерям и детям при критических состояниях). Создание сети перинатальных центров позволит перейти в рамках всей страны к полноценной и эффективно функционирующей трехуровневой системе оказания медицинской помощи женщинам во время беременности и родов и новорожденным, что повысит квалификацию медицинских кадров и качество оказания медицинской помощи во всех без исключения родовспомогательных учреждениях. Фактически в рамках Программы планируется создание стройной системы не только оказания дифференцированной по уровням помощи, но и системы взаимодействия, мониторинга, обучения кадров с использованием симуляционных центров. Предусматривается создание абсолютно новой системы взаимоотношений учреждений акушерского и педиатрического профилей в территории, ужесточение требований и создание возможностей полноценной и адекватной маршрутизации пациентов, изменение форм отчетности, создание новых подходов к мотивации персонала.

После массового ввода в эксплуатацию перинатальных центров в 2010–2011 годах материнская смертность в стране снизилась с 22,0 на 100 тыс. родившихся живыми в 2009 г. до 16,2 в 2011 г., т.е. на 26,4%, младенческая смертность – соответственно с 8,1 на 1000 родившихся живыми до 7,4, т.е. на 8,6%. Причем в субъектах Российской Федерации, где функционируют перинатальные центры, снижение показателей было более значительным.

Фактически благодаря перинатальным центрам были созданы условия для перехода Российской Федерации в 2012 г. на международные критерии регистрации рождений, рекомендованные ВОЗ, начиная с массы тела 500,0 г, что, хотя формально и приведет к определенному росту младенческой смертности, но, в то же время, позволит ежегодно сохранять более тысячи детских жизней. На решение задачи по улучшению выхаживания детей с экстремально низкой массой тела и снижению уровня инвалидности у этого контингента направлен и раздел программы, касающийся улучшения оснащения отделений реанимации и патологии новорожденных детей, поскольку процесс жизнеобеспечения этих детей требует современного высокотехнологичного оборудования. Этот раздел неразрывно связан с развитием сети перинатальных центров.

Для снижения смертности детей чрезвычайно важна отлаженная система раннего выявления и коррекции нарушений развития.

Наиболее эффективным инструментом профилактики врожденных и наследственных болезней является комплексная пренатальная (дородовая) диагностика, включающая ультразвуковой и биохимический скрининг на сывороточные маркеры матери, программу индивидуального риска, инвазивные методы диагностики (молекулярно–генетические, цитогенетические исследования, секвенирование). Эффективность пренатальной диагностики может быть обеспечена только массовым обследованием беременных женщин в установленные сроки, на обеспечение чего и направлен данный раздел Программы. На обеспечение эффективной коррекции выявленных при пренатальной диагностике нарушений направлено развитие неонатальной хирургии, а ранняя коррекция выявленных при неонатальном скрининге изменений метаболизма позволит в будущем создать больному ребенку возможности и условия для нормального развития, получения образования, профессиональной подготовки, последующего трудоустройства и полноценной жизни. Дальнейшее развитие пренатальной диагностики позволит на 50% снизить число детей, рождающихся с врожденными аномалиями развития, и на 50–70% снизить смертность детей от тяжелых пороков развития.

До настоящего времени сохраняется высокая потребность в развитии специализированной медицинской помощи для детей. В 14 регионах Российской Федерации отсутствуют краевые, республиканские, областные детские многопрофильные больницы. В ряде регионов имеющиеся медицинские организации педиатрического профиля не соответствуют современным требованиям, позволяющим выхаживать детей с тяжелой патологией, в том числе детей первого года жизни и, в первую очередь, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела. Такая ситуация требует разрешения, так как не позволяет обеспечить в полной мере доступность и качество медицинской помощи детям. Не в полной мере обеспечены качественной медицинской помощью дети с онкологическими заболеваниями, не создана система оказания медицинской помощи детям с аутоиммунными заболеваниями и заболеваниями иммунного генеза, малодоступной остается нейрохирургическая и травматолого–ортопедическая помощь детям, требует серьезной модернизации психиатрическая, наркологическая и фтизиатрическая помощь. Залогом повышения качества медицинской помощи детям станет развитие в субъектах Российской Федерации многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров с учетом региональных потребностей в конкретных видах медицинской помощи.

Решение вопроса государственной поддержки строительства и реконструкции областных (краевых, республиканских) детских многопрофильных стационаров, структура которых должна полностью соответствовать современным требованиям, позволит обеспечить реальное достижение целей и задач Программы. Более того, этот раздел неразрывно связан с развитием сети перинатальных центров. Поскольку на базе перинатальных центров медицинская помощь детям оказывается только в первые дни и месяцы жизни, детские больницы должны являться важнейшей частью функциональной сети, обеспечивающей весь цикл помощи ребенку.

Актуальной остается проблема профилактики вертикальной передачи ВИЧ от матери к ребенку. Несмотря на высокие цифры проведения химиопрофилактики ВИЧ–инфицированным беременным, передача инфекции при перинатальных контактах остается высокой, в целом по стране на уровне около 6%, что, вероятно, свидетельствует о недостаточно высокой эффективности химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку, и диктует необходимость совершенствования системы оказания данного вида помощи и его мониторинга.

Развитие оказания медицинской реабилитации населению и совершенствование системы санаторно–курортного лечения, в том числе детей

Важной составляющей решения задачи повышения качества и доступности медицинской помощи является развитие системы медицинской реабилитации, санаторно–курортного лечения. Анализ оказания медицинской реабилитации в Российской Федерации показал, что она требует серьезной реорганизации и приведения ее в стройную систему комплексной реабилитации.

В настоящее время трудности в доступности медицинской реабилитации связаны с дефицитом реабилитационных коек, медленным внедрением современных, сертифицированных в России комплексных технологий реабилитации, недостаточной численностью профессионально подготовленных медицинских кадров, слабой материально–технической базой реабилитационных учреждений.

Дефицит коечного фонда для оказания помощи по медицинской реабилитации детей, как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Российской Федерации, а также дефицит подготовленных медицинских кадров (врачей и средних медицинских работников) не позволяет в полной мере удовлетворить потребность в данных медицинских услугах. В настоящее время медицинскую реабилитацию получают лишь 50% из детей, нуждающихся в ней.

Проблема повышения доступности и качества медицинской реабилитации и санаторно–курортного лечения актуальна и в педиатрии и обусловлена увеличением численности детей, страдающих тяжелыми хроническими (инвалидизирующими) заболеваниями, и детей–инвалидов. В Российской Федерации на 01.01.2012 зарегистрировано более 500 тыс. детей–инвалидов, из них более 340 тысяч нуждаются в медицинской реабилитации. Потребность в реабилитационной помощи другим контингентам детей значительно выше. В настоящее время медицинскую реабилитацию получают лишь 50% из детей, нуждающихся в ней.

Решение проблем охраны здоровья и социальной защиты детей, страдающих тяжелыми хроническими (инвалидизирующими) заболеваниями, детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей возможно при обеспечении доступности и качества медицинской реабилитации путем дальнейшего развития сети детских профильных реабилитационных учреждений (региональных, межрайонных), а также комплексов для осуществления высокотехнологичных методов лечения с койками (филиалами стационаров) для долечивания и реабилитации. Решение этой задачи позволит снизить нагрузку на «дорогие» койки в стационарах, повысить их пропускную способность.

Современный уровень развития мировой медицины требует объективной оценки (по критериям доказательной медицины) эффективности санаторно–курортного лечения, а также совершенствования имеющихся и разработки новых оздоровительных и лечебных методик.

В настоящий момент существует острая необходимость в комплексе мероприятий, направленных на сохранение потенциала курортной сферы и формирование современного курортного комплекса, способного решать как медико–социальные задачи обеспечения доступного населению, эффективного санаторно–курортного лечения, так и экономические проблемы формирования сферы курортного дела. При этом следует учитывать, что упадок курортного дела в России, безусловно, стал одним из важных факторов ухудшения показателей здоровья нации. В этих условиях восстановление системы санаторно–курортного лечения и оздоровления, доступности его для основной массы населения, возрождение российских курортов представляется важной общенациональной задачей, способной внести большой вклад в повышение уровня общественного здоровья народа.

Обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей

На фоне демографического старения населения в Российской Федерации с каждым годом увеличивается количество больных, нуждающихся в оказании паллиативной помощи.

Чрезвычайно важными являются не только медицинские, но и социальные, духовные и психологические аспекты оказания паллиативной помощи инкурабельным больным.

Основными направлениями при оказании паллиативной помощи инкурабельным больным должны быть не только уменьшение страданий пациентов, но и адекватная психологическая помощь, социальная поддержка, общение с родственниками, позволяющие подготовить членов семьи к неизбежному финалу.

С целью создания оптимальных условий для детей, страдающих неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, а также помощи членам семьи в условиях неизлечимой болезни ребенка планируется развитие сети медико–социальных учреждений, специализирующихся на оказании паллиативной помощи детям в Российской Федерации (открытие отделений паллиативной помощи детям в многопрофильных больницах и самостоятельных учреждений–хосписов), исходя из примерного расчета 2–3 койки на 100 тыс. детского населения.

Концепция паллиативной помощи состоит в том, что борьба с болью, решение психологических, социальных или духовных проблем пациентов приобретает первостепенное значение. Таким образом, основной задачей оказания медицинской помощи умирающему больному становится обеспечение, насколько это возможно, человеку достойного качества жизни на ее завершающем этапе.

Создание отделений паллиативной помощи позволит снизить нагрузку на дорогостоящие койки, на которых оказывается реанимационно–интенсивная помощь, не менее чем на 15 %.

Необходимо отметить, что в настоящее время в образовательных медицинских учреждениях на додипломном уровне на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения не представлены организационные и социально–медицинские аспекты паллиативной помощи.

Это свидетельствует о необходимости введения преподавания основ паллиативной помощи не только студентам вузов, но и на последипломном этапе как для врачей всех специальностей, так и для организаторов здравоохранения.

Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами

В этом направлении наиболее актуальной остается задача по созданию системы непрерывного профессионального образования в целях подготовки высококвалифицированных специалистов, ориентированных на постоянное совершенствование собственных знаний, умений и навыков, необходимых для достижения и сохранения высокого качества профессиональной деятельности.

Планируется проведение мероприятий по совершенствованию системы практической подготовки медицинских и фармацевтических работников в целях обеспечения повышения качества профессиональной подготовки, расширения перечня навыков и умений, приобретаемых специалистом в период обучения.

Будут сформированы и внедрены программы подготовки медицинских и фармацевтических специалистов на этапах послевузовского и дополнительного профессионального образования, а также программы повышения квалификации научно–педагогических работников образовательных и научных организаций, реализующих программы медицинского и фармацевтического образования, разработанные с учетом изменений в подготовке медицинских и фармацевтических специалистов в связи с внедрением федеральных

государственных образовательных стандартов среднего и высшего профессионального образования третьего поколения.

До 2020 г. запланирована разработка профессиональных стандартов медицинских и фармацевтических работников, которые позволят сформировать единые подходы к определению уровня квалификации и набора компетенций медицинских и фармацевтических работников, необходимых для занятия профессиональной деятельностью.

Будет создана и внедрена система аккредитации медицинских и фармацевтических специалистов, которая позволит осуществлять персональный допуск специалистов к конкретному виду профессиональной деятельности с учетом приобретенных в ходе обучения компетенций.

Совместно с субъектами Российской Федерации планируется проведение мероприятий по улучшению качества жизни медицинских и фармацевтических работников и их семей, снижению оттока кадров из отрасли, в том числе за счет предоставления специалистам жилых помещений, земельных участков, жилищных субсидий, субсидирования процентной ставки по кредиту на приобретение жилого помещения медицинскими и фармацевтическими работниками, предоставления детям отдельных категорий медицинских и фармацевтических работников права на внеочередное зачисление в дошкольные образовательные учреждения.

Также будут организованы просветительские мероприятия по повышению престижа профессии.

В совокупности решение указанных задач позволит повысить качество подготовки медицинских и фармацевтических специалистов, снизить уровень дефицита медицинских кадров и, как следствие, повысить качество предоставляемых гражданам Российской Федерации медицинской помощи и фармацевтических услуг.

Во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» в субъектах Российской Федерации предусмотрено принятие программ, направленных на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также разработка дифференцированных мер социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей.

Повышение роли России в глобальном здравоохранении

Основными направлениями международных отношений в сфере охраны здоровья должны стать обеспечение прочных и авторитетных позиций России в мировом сообществе, в наибольшей мере отвечающих интересам Российской Федерации как одного из влиятельных центров современного мира; создание благоприятных внешних условий для модернизации России; формирование отношений добрососедства с сопредельными государствами; поиск согласия и совпадающих интересов с другими государствами и межгосударственными объединениями в процессе решения задач, определяемых национальными приоритетами России в области охраны здоровья, создание на этой основе системы двусторонних и многосторонних партнерских отношений; всесторонняя защита прав и законных интересов российских граждан и соотечественников, проживающих за рубежом; содействие объективному восприятию Российской Федерации в мире; поддержка и популяризация в иностранных государствах отечественного здравоохранения.

Приоритетной сферой внешней политики России в здравоохранении остается сотрудничество с государствами – членами Содружества Независимых Государств, Евразийского экономического сообщества. Важным следует считать также развитие здравоохранительной тематики в рамках Азиатско–Тихоокеанского экономического сотрудничества.

Совершенствование контрольно–надзорных функций

Основной задачей функционирования системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности будет являться контроль процесса оказания медицинской помощи, его соответствия утверждённым стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, взаимодействия медицинского персонала с пациентами.

Взаимодействие субъектов системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности, их деятельность, полномочия и ответственность регулируются нормативными правовыми актами, утвержденными в установленном порядке.

Основной задачей государственного контроля (надзора) в сфере обращения лекарственных средств будет являться контроль за обращением лекарственных средств и соответствием его действующему законодательству Российской Федерации.

Основной задачей функционирования системы государственного контроля за обращении медицинских изделий является выявление и изъятие из обращения некачественных медицинских изделий, а также фальсифицированных и контрафактных медицинских изделий с последующими утилизацией и уничтожением, выявление и предотвращение возможных негативных последствий применения и использования медицинских изделий, находящихся в обращении на территории Российской Федерации, предупреждения о фактах подобного рода потенциальных пользователей, а также медицинского персонала.

Важной задачей развития здравоохранения является модернизация государственной судебно–экспертной деятельности в Российской Федерации. Судебно–медицинская и судебно–психиатрическая экспертизы в Российской Федерации представляют собой особый медико–правовой вид деятельности, направленный на обеспечение органов дознания, следствия и суда результатами специальных исследований, полученными с соблюдением правовых норм, осуществляемый экспертами или врачами, привлеченными для производства экспертизы, лицензируемый как отдельный вид медицинской деятельности.

Кроме того, государственные судебно–медицинские экспертные учреждения выполняют важную функцию по определению причин и сущности дефектов в оказании медицинской помощи.

В связи с этим, стоит задача определения унифицированных подходов к экспертной деятельности в Российской Федерации, создания единой методологической основы производства судебно–психиатрических и судебно–медицинских экспертиз, обеспечения современной материально–технической базы всех государственных учреждений, осуществляющих судебно–психиатрическую и судебно–медицинскую экспертизы.

Эффективность осуществления федерального государственного санитарно–эпидемиологического надзора и организации обеспечения санитарно–эпидемиологического благополучия населения достигается совокупной деятельностью территориальных органов Роспотребнадзора, непосредственно осуществляющих контрольно–надзорную деятельность, а также учреждений Роспотребнадзора, обеспечивающих контроль и надзор, посредством проведения широкого спектра лабораторных исследований, осуществления научно–исследовательских и научно–методических разработок, выполнения противочумных мероприятий.

Снижение вредного воздействия факторов среды обитания на население будет обеспечиваться мероприятиями по обеспечению безопасной среды обитания населения – атмосферного воздуха, водных объектов, почвы; повышению качества и безопасности пищевых продуктов; обеспечению радиационной безопасности населения.

Медико–биологическое обеспечение охраны здоровья населения

Важным фактором в обеспечении радиационной, химической и биологической безопасности населения и территорий, обслуживаемых Федеральным медико–биологическим агентством, является система медико–санитарного обеспечения ФМБА России, одной из основных задач которой является проведение мероприятий по выявлению и устранению влияния особо опасных факторов физической, химической и биологической природы на здоровье работников обслуживаемых организаций и населения обслуживаемых территорий.

Система медицинского обеспечения таких предприятий и объектов включает проведение предварительных медицинских осмотров, пред– и послесменных медицинских осмотров, периодических медицинских осмотров, проведение лечебно–профилактических и реабилитационно–восстановительных мероприятий, осуществление мониторинга здоровья персонала предприятий и населения.

Целью здравоохранения в сфере медико–санитарного и медико–биологического обеспечения спорта высших достижений является профилактика заболеваемости и инвалидизации спортсменов и последовательное повышение уровня их обеспеченности медико–биологическими технологиями для эффективной адаптации к интенсивным спортивным нагрузкам.

Основные задачи в сфере медицинского и медико–биологического обеспечения спортсменов сборных команд Российской Федерации:

формирование инфраструктуры лечебно–профилактического назначения, территориально интегрированной с базами подготовки спортивных сборных команд Российской Федерации, позволяющей обеспечить 100%–й охват кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта всеми видами медицинской помощи в ходе тренировочно–соревновательной деятельности;

обеспечение квалифицированными медицинскими кадрами спортивных сборных команд Российской Федерации;

реализация медико–биологических технологий, обеспечивающих тренировочно–соревновательный уровень подготовки кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта.

Деятельность по предупреждению и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций ФМБА России осуществляет непосредственно или через свои территориальные органы, подведомственные организации во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления.

Задачами сферы защиты отдельных категорий граждан от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы являются обеспечение прорывных результатов в медицинских исследованиях, способных дать начало новым лекарственным препаратам, технологиям и продуктам, развитие инновационной инфраструктуры для оказания медико–санитарной помощи отдельным категориям граждан.

Обеспечение системности организации охраны здоровья

В современных условиях создание и функционирование распределённых информационных систем и аналитического инструментария обработки данных являются «золотым стандартом» организации отраслевого управления. Внедрение новых медицинских технологий невозможно без параллельного внедрения информационных систем,

обеспечивающих оптимизацию процесса оказания услуг. Создание такого рода систем требуется для решения вопросов, связанных с расчетом полной стоимости медицинской услуги, прогнозирования необходимого объема и стоимости медицинской помощи и лекарственного обеспечения, оценки кадровых потребностей в сфере здравоохранения, оценки и прогнозирования эпидемиологической ситуации. Таким образом, задача внедрения и использования современных информационно – телекоммуникационных технологий в здравоохранении – ключевая обеспечивающая задача, от решения которой зависит эффективность большинства мероприятий Государственной программы «Развитие здравоохранения».

Основные результаты реализации Программы

Результаты на макроэкономическом уровне.

Реализация Программы внесет вклад в достижение ряда целевых макроэкономических индикаторов, предусмотренных Концепцией долгосрочного социально–экономического развития, а также Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. В частности:

- создание условий для повышения численности населения до 145 млн. человек;
- создание условий для повышения средней продолжительности жизни до 75 лет.

Непосредственным результатом реализации Программы является достижение требуемых значений индикаторов в соответствующем году

Улучшение показателей здоровья населения и деятельности организаций системы здравоохранения будет обеспечиваться на основе постоянной модернизации технологической базы отрасли, развития медицинской науки и образования, улучшения кадрового состава, внедрения информационных технологий и современных стандартов управления.

Сроки и этапы реализации Программы

Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» реализуется в два этапа:

первый этап: Структурные преобразования, 2013 – 2015 годы;

второй этап: Развитие инновационного потенциала в здравоохранении, 2016 – 2020 годы.

К 1 января 2015 г. вступит в силу большая часть основных положений Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», что будет означать в целом завершение структурных реформ в здравоохранении, начатых в 2008–2009 годах.

Таким образом, к 2015 г. будут созданы необходимые материально–технические и правовые предпосылки для перехода ко второму этапу реализации Программы – этапу инновационного развития здравоохранения.

Основные подпрограммы Программы

Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико–санитарной помощи»

Согласно Концепции долгосрочного социально–экономического развития одним из приоритетов государственной политики является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и обеспечения качества и доступности медицинской помощи населению.

Осуществлённые в период 2006 – 2011 годов инвестиции и реализуемые в настоящее время региональные программы модернизации здравоохранения уже обеспечили значительный качественный сдвиг в области оснащения лечебно–профилактических учреждений современным оборудованием, совершенствования первичной медико–санитарной и скорой медицинской помощи, оказания населению специализированных, в том числе высокотехнологичных видов лечения, а также в области применяемых лекарственных средств.

Вместе с тем значительный потенциал дальнейшего повышения качества медицинской помощи будет обеспечиваться принимаемыми мерами по профилактике развития факторов риска хронических неинфекционных заболеваний за счет приверженности населения к здоровому образу жизни, раннему выявлению факторов риска главным образом неинфекционных заболеваний, а также ранней диагностике и лечению самих заболеваний. Без преобразований в сфере культуры здорового образа жизни и профилактики заболеваний не удастся добиться кардинальных изменений показателей смертности и заболеваемости населения. Именно поэтому Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установлен приоритет профилактики в сфере охраны здоровья. Эффективность мер профилактики неинфекционных заболеваний подтверждается позитивным опытом целого ряда стран, добившихся двукратного и более снижения смертности в течение 10–20 лет, главным образом, за счет эффективных и экономически в десятки раз менее затратных, нежели лечение, профилактических мер. Эффективность мер профилактики не только сопоставима с лечебными мерами, но даже превышает их. Позитивный опыт этих стран обобщен в документах ВОЗ и рекомендован к использованию. Неотложная необходимость реализации профилактических мер в Российской Федерации обусловлена широкой распространенностью факторов риска неинфекционных заболеваний практически во всех половозрастных группах населения, а также чрезвычайно высоким уровнем смертности от неинфекционных заболеваний, в несколько раз, особенно среди лиц трудоспособного возраста, превышающих уровень смертности в странах Западной Европы и Северной Америки.

По указанным причинам связанный с решением этих задач комплекс мер целесообразно выделить в обособленный элемент управления в сфере охраны здоровья, что в полной мере соответствует мировому тренду обеспечения не только своевременной и эффективной диагностики и лечения заболеваний, но и формирования здорового образа жизни населения посредством повышения его мотивации к этому и обеспечения комфортной среды обитания.

В соответствии с положениями Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» реализация приоритета профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается в том числе путем разработки и реализации федеральными органами государственной власти и органами государственной и муниципальной власти субъектов Российской Федерации программ формирования здорового образа жизни, осуществления санитарно–противоэпидемических (профилактических) мероприятий; осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению факторов риска неинфекционных заболеваний, их коррекции, а также своевременного выявления неинфекционных заболеваний, в

том числе посредством проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения.

Одним из ключевых факторов, влияющих на эффективность реализации мероприятий Подпрограммы, является формирование в обществе понимания и принятия обществом культуры взаимных обязательств. Это понимание должно включать наличие не только обязательств со стороны государства по обеспечению охраны здоровья и государственных гарантий, но и обязательств граждан заботиться о собственном здоровье, соблюдать определённые нормы и правила. Такая культура в значительной мере должна повлиять на улучшение здоровья населения, обеспечив недопущение вреда здоровью или его коррекцию на самых ранних стадиях, что одновременно снизит темпы увеличения нагрузки на звено стационарной медицинской помощи и позволит направить дополнительные финансовые ресурсы на увеличение объёма государственных гарантий оказания медицинской помощи в сложных медицинских случаях.

В этой связи формирование здорового образа жизни у граждан, в том числе у детей и подростков, должно быть существенным образом поддержано мероприятиями, направленными на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, снижения уровней факторов риска неинфекционных заболеваний. Здоровый образ жизни предполагает отказ от потребления табака и наркотиков, злоупотребления алкоголем, а также рациональное питание и наличие достаточного уровня физической активности, предотвращающих развитие ожирения. Помимо отказа от активного потребления табака, важно быть защищённым от пассивного курения, оказывающего патологическое действие на организм человека. Ведение здорового образа жизни, то есть отсутствие поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний, является важнейшим условием снижения вероятности развития или уменьшения степени выраженности биологических факторов риска – артериальной гипертонии, повышения уровня холестерина и глюкозы в крови. В свою очередь это будет способствовать снижению вероятности развития или уменьшению степени выраженности заболеваний, связанных с атеросклерозом, являющихся основными причинами сверхвысокой смертности населения, особенно трудоспособного возраста (инсульт, инфаркт миокарда, хронические формы ишемической болезни сердца, осложнённые сердечной недостаточностью).

Информирование населения о факторах риска для здоровья и формирование мотивации к ведению здорового образа жизни должны осуществляться через средства массовой информации (телевидение, интернет, радио, печатные издания), наружную рекламу, произведения искусства (кино, театр, книги), учебники и учебные пособия. Особое место в этом процессе занимает социальная реклама, демонстрирующаяся в прайм-тайм на федеральных каналах телевидения. Информирование населения о факторах риска и мотивирование к ведению здорового образа жизни должны осуществляться с учетом специфики групп населения, различающихся по возрасту, полу, образованию, социальному статусу. Большое значение имеет не только пропаганда позитивного поведения, но и минимизация демонстрации на телевидении, в других средствах массовой информации, а также в произведениях искусства примеров нездорового образа жизни.

Одним из наиболее важных факторов для формирования здорового образа жизни является забота о здоровом питании. Комплекс мероприятий по обеспечению здорового питания и его профилактической роли сформулирован в Основах государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года. В этом направлении предполагается сосредоточить усилия на мероприятиях, формирующих мотивацию к здоровому питанию на индивидуальном и популяционном уровне как через планируемый к созданию

федеральный консультативно–диагностический центр «Здоровое питание», сеть консультативно–диагностических центров здорового питания в федеральных округах, так и через центры здоровья, кабинеты/отделения медицинской профилактики поликлиник, стационаров, санаторно–курортных учреждений. Также будет обращено особое внимание на регламентирование и контроль за соблюдением режима здорового питания в учреждениях дошкольного и общего образования.

Особое внимание в реализации программы по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни должно уделяться трудоспособному населению по причине высокой распространенности факторов риска и высокого уровня смертности населения от сердечно–сосудистых заболеваний.

Формирование здорового образа жизни у детей, подростков, молодежи и студентов в настоящее время имеет также особое значение, что обусловлено очень большой распространенностью среди них такого поведенческого фактора риска, как курение, а также высокой частотой выявления нерационального питания, избыточной массы тела и ожирения, низкой физической активности. Отдельного внимания заслуживает наркомания.

В настоящее время распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний не оказывает большого влияния на смертность непосредственно среди этих категорий населения. Однако в ближайшие 10–20 лет это приведет к выраженному возрастанию смертности от неинфекционных заболеваний среди лиц в возрасте 35 лет и старше. Необходимо также сосредоточить усилия на регламентировании и ужесточении контроля за соблюдением режима здорового питания в учреждениях дошкольного и общего образования, а также повышении мер ответственности за его несоблюдение.

Процесс повышения мотивации населения, в том числе детей и подростков, к ведению здорового образа жизни и созданию соответствующих для этого условий в соответствии с резолюцией Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (апрель 2011 года) и резолюцией Генеральной ассамблеи ООН (сентябрь 2011 года) может быть обеспечен только на основе межведомственного многоуровневого взаимодействия с привлечением общественных структур при наличии определяющей роли у Министерства здравоохранения Российской Федерации. Межведомственное взаимодействие предполагает привлечение к реализации Подпрограммы федеральных министерств, служб и агентств, участвующих в информировании населения о факторах риска неинфекционных заболеваний и зависимостей, создании мотивации к ведению здорового образа жизни и обеспечению для этого соответствующих условий, а также осуществлению контроля за всеми этими процессами через проведение мониторинга. Кроме того, к реализации Подпрограммы могут быть привлечены различные общественные и религиозные организации. Многоуровневое взаимодействие, в первую очередь, предполагает кооперацию с настоящей Подпрограммой целевых программ профилактики заболеваний субъектов Российской Федерации, которые они должны разрабатывать в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Важнейшим условием эффективности мер по формированию здорового образа жизни населения является наличие функционально взаимосвязанной системы по диагностике и коррекции факторов риска неинфекционных заболеваний в рамках не только первичной медико–санитарной помощи, но и специализированной медицинской помощи, включая помощь в санаторно–курортных организациях. В основе этой системы должна быть полноценная инфраструктура, включающая в себя центры медицинской профилактики, центры здоровья, центры медицинской реабилитации, кабинеты/отделения медицинской профилактики,

медицинской реабилитации поликлиник и стационаров, обслуживающих городское и сельское население, а также санаториев.

Необходимым компонентом Подпрограммы является мониторинг за состоянием питания и здоровья населения, который обеспечит возможность оценить масштабы нарушения принципов здорового питания, а также их связь с основными неинфекционными заболеваниями.

Подпрограмма предусматривает совершенствование системы мер по снижению количества лиц, зараженных инфекционными заболеваниями, включая:

- реализацию Национального календаря прививок;
- профилактику ВИЧ, вирусных гепатитов В и С.

Подпрограмма предусматривает совершенствование существующих механизмов обеспечения качественными и безопасными лекарственными препаратами значительной части населения, вместе с тем, безусловно, особое внимание будет уделяться отдельным категориям граждан.

Одним из возможных направлений повышения доступности медицинской помощи является проведение с 2014 года пилотных проектов в отдельных регионах с целью определения возможностей оптимизации медицинской помощи в амбулаторных условиях и повышения доступности для пациентов необходимых лекарственных препаратов. На основе результатов пилотных проектов в нескольких субъектах Российской Федерации возможно принятие объективных и взвешенных решений о дальнейшем совершенствовании системы лекарственного обеспечения. Однако реализация данного направления напрямую зависит от успешного формирования культуры соблюдения взаимных обязательств, включая, в том числе, возможность солидарной ответственности государства и гражданина.

Данные преобразования будут отражены в Стратегии лекарственного обеспечения граждан до 2025 года.

Подпрограмма 2. «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»

Одним из основных приоритетных направлений государственной политики в сфере здравоохранения, совместно с сохранением и укреплением здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни, является повышение доступности и качества медицинской помощи за счет повышения эффективности функционирования системы здравоохранения. База для совершенствования системы оказания медицинской помощи населению была заложена в ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями».

С учетом продления реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» до 2015 г. федеральные инвестиции в развитие системы оказания медицинской помощи при сохранении общей идеологии будут осуществляться в виде соответствующих мероприятий данной Подпрограммы и других Подпрограмм в необходимых объемах.

В первый период реализации Подпрограммы до 2015 г. должно быть осуществлено внедрение порядков и стандартов медицинской помощи, выработаны индикаторы качества оказания медицинской помощи, осуществлена унификация оснащения медицинских организаций, оптимизирована этапность оказания медицинской помощи, обеспечивающая оптимальную маршрутизацию потока пациентов, создана система, способствующая

хозяйственной самостоятельности учреждений здравоохранения и ориентированности на результат и качество оказания стационарной медицинской помощи.

Внедрение единых стандартов медицинской помощи позволит определить затраты на реализацию государственных и территориальных программ медицинской помощи населению, рассчитать необходимое лекарственное обеспечение этих программ (список жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств), обосновать подушевые нормативы финансирования, использовать правильный алгоритм взаимодействия учреждений здравоохранения и социального обеспечения, обеспечить преемственность в ведении больного на всех этапах, что значительно повысит качество медицинской помощи населению. При этом порядки и стандарты оказания отдельных видов медицинской помощи должны стать основой программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, соответствующих современному уровню развития медицины.

Также, с учетом активного внедрения стационар замещающих технологий, в этот период должна быть проведена оптимизация структуры коечного фонда медицинских учреждений государственной системы здравоохранения, обеспечивающая оптимальный баланс между потребностью в оказании медицинской помощи в стационарных условиях и экономической целесообразностью.

Во второй период (2016 – 2020 годы) будет осуществляться поэтапное внедрение экономически обоснованной саморегулируемой системы управления качеством медицинской помощи. Также получают свое развитие инновационно–технологические виды медицинской помощи, которые будут оказываться в отдельных федеральных учреждениях, обладающих необходимыми медицинскими кадрами и медицинской аппаратурой, с дальнейшим их тиражированием и погружением в систему обязательного медицинского страхования.

Подпрограмма 3. «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения»

В современных условиях уровень развития медицинской науки должен обеспечивать эффективность и независимость отечественного здравоохранения. Без развития сферы медицинской науки невозможен переход на инновационный путь развития в здравоохранении и, как следствие, обеспечение устойчивого социального развития общества

Эффективность и качество медицинской помощи больным сегодня напрямую зависит от уровня и результативности высокотехнологичной медицинской науки, внедрения в медицинскую практику современных методов диагностики и лечения. Развивающееся направление «трансляционная медицина» представляет собой единую систему получения новых результатов, объектов, технологий и оперативное внедрение их в медицинскую практику в качестве лекарственных средств, диагностических систем, аппаратурных комплексов. Анализ мировых тенденций развития науки позволяет сделать вывод о превращении ее в производственную область, генерирующую инновационные продукты для клинической практики.

Лидерство в современном мире принадлежит странам, создающим технологии и обладающим технологиями. В основе инновационного развития здравоохранения лежит комплексное развитие биомедицины, биотехнологий, укрепление инфраструктуры медицинской науки, создание инновационных потоков «лаборатория–производство–клиника», повышение качества и актуализация научных исследований. Все это должно привести к появлению принципиально новых продуктов для медицины с высоким содержанием интеллектуальной составляющей, снижению зависимости здравоохранения и медицинской науки от импортных продуктов и технологий, повышению составляющей российской медицинской науки в мировом научном пространстве, повышению качества специалистов здравоохранения и науки.

Необходимой базой развития научно–инновационной деятельности является необходимость ликвидации отставания в развитии соответствующей инфраструктуры. Сегодня развитие современной биомедицины, с учетом требований, предъявляемых международными регламентами к такой деятельности (качественная лабораторная практика GLP, качественная клиническая практика GCP, качественная производственная практика GMP), системно не обеспечено, что сказывается на уровне исследований и разработок. Доклинические, биоинформационные исследования, моделирование новых биологически активных молекул, создание реестров физиологически активных веществ, создание коллекций биоматериалов, развитие фармакогенетики, специальных моделей патологических процессов на животных, поиск биологических маркеров не инфекционных заболеваний (в т.ч. онкологических) с целью диагностики, все это и многое другое требует создания специальных условий для исследователей и врачей.

Результатом деятельности должно стать создание инфраструктурных центров современных научных исследований, функционирующих на базе существующих учреждений науки, высших учебных заведений. К таким инфраструктурным центрам относятся центры доклинических трансляционных исследований, центры биоинформатики, центры коллективного пользования на базе высших учебных заведений. Планируется создание в этих структурах условий, соответствующим мировым требованиям, и насыщение их современным дорогостоящим научным оборудованием. Создание таких структур обеспечит условия для роста качества научных исследований, вовлечения молодежи в инновационные процессы, защиты интересов государства при разработке и испытаниях отечественных лекарственных средств, диагностических систем, биомедицинских клеточных продуктов и др.

Одновременно на базе одного из учреждений предполагается создание национального центра стратегических биомедицинских технологий и биобезопасности. Он призван стать центром лидерства в области современных биомедицинских технологий, обеспечить опережающее развитие некоторых стратегически значимых областей биомедицины.

Важнейшим направлением является развитие регенеративной биомедицины, технологий клеточной и тканевой инженерии, трансплантологии органов, которые позволят уже в ближайшем будущем одержать победу над некоторыми социально значимыми заболеваниями.

Для реализации Подпрограммы требуется совершенствование нормативной базы в области применения продуктов биомедицинских технологий.

Современные исследования в биомедицине носят в большинстве случаев междисциплинарный характер. Координация проектов проводится на основе Комплексной программы развития биотехнологий в Российской Федерации на период до 2020 г. (Программы БИО–2020).

Целью Подпрограммы является повышение эффективности сектора генерации знаний (фундаментальной и прикладной науки) в области медицины.

В ходе реализации Подпрограммы будут решены задачи преодоления фрагментарности инновационной инфраструктуры, актуализирована и приведена в соответствие с мировыми тенденциями деятельность всего инновационного сектора здравоохранения.

Задачи развития медицинской науки структурированы по четырнадцати научным медицинским платформам, определяющим тематические рамки исследований и их связь с потребностями практической медицины. Такое структурирование будет положено в основу организации управления процессом инновационного развития в медицине.

Медицинская научная платформа – комплекс методологических, экспертных, информационных, организационных инструментов, позволяющих обеспечить развитие

приоритетного направления, осуществлять целевое планирование и внедрение результатов научной деятельности.

Для каждой научной платформы формируется программа развития, включающая проработку таких разделов, как продуктовая стратегия, эпидемиологические и эконометрические модели, многоуровневое развитие инфраструктуры. Содержательное и инфраструктурное наполнение каждой платформы (в соответствии с которыми структурированы мероприятия Подпрограммы) может быть детализовано до программы развития отдельного научного учреждения – участника платформы. Программа развития предполагает системное планирование видов научной деятельности и соотносена с формированием государственного задания. Программы развития и показатели государственного задания напрямую связаны с системой мотивации руководства и персонала института.

На первом этапе реализации Подпрограммы будет проведён ряд институциональных преобразований. В частности, создается Научный совет Министерства здравоохранения Российской Федерации как ключевой экспертный орган по оценке проектов в области медицинской науки, обеспечивающий поддержку принятия решений и реализацию роли Министерства как заказчика инновационной продукции. В составе Научного совета будет действовать 14 секций в соответствии с числом медицинских научных платформ. Целью данных преобразований является повышение актуализации планирования и анализа результатов, повышение уровня требовательности к качеству выполнения государственных заданий, повышение значимости профессиональной экспертизы.

Изменения коснутся подходов к оценке результативности деятельности учреждений, осуществляющих научно-исследовательскую деятельность в сфере охраны здоровья. В новой системе в полной мере будут применимы такие количественные показатели, как цитируемость научных публикаций, количество объектов интеллектуальной собственности, а в дальнейшем также и рыночная (инвестиционная) оценка результатов исследований.

Эффективное государственное управление результатами интеллектуальной деятельности является нерешенной проблемой инновационного сектора всей страны. Отсутствие эффективных механизмов управления результатами интеллектуальной деятельности сдерживает развитие инновационных процессов и не приводит к возврату средств от внедрения государству. Следует отметить, что уровень патентной активности в научных и образовательных учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации довольно высок. В 2011 г. учреждениями было получено 179 патентов Российской Федерации. Построение системы анализа и управления результатами интеллектуальной деятельности превращается на настоящем этапе в актуальнейшую проблему инновационного развития здравоохранения.

Целью данных преобразований является сокращение административных барьеров для старта и развития инновационных процессов, создание условий по передаче малому и среднему инновационному бизнесу полномочий по внедрению и продвижению результатов научно-инновационной деятельности. Возможности создания малых предприятий в научно-технической сфере в соответствии с Федеральным законом «О науке и государственной научно-технической деятельности» позволяют обеспечить внедрение результатов интеллектуальной деятельности и сформировать вокруг научных учреждений «инновационное облако» с привлечением на рабочие места научной и учащейся молодежи.

К важнейшим инновационным направлениям, эффективно функционирующим в Европе и США, следует отнести и ядерную медицину, высокотехнологичную область, позволяющую оказывать диагностическую и лечебную помощь больным онкологическими, сердечно-сосудистыми и другими социально значимыми заболеваниями. В настоящее время доля

использования радионуклидной диагностики и лучевой терапии имеет тенденцию интенсивного роста. Использование этих методов позволяет обеспечить повышение продолжительности жизни населения, повысить эффективность стационарного и амбулаторного лечения.

В настоящее время эти методы диагностики и терапии ещё недостаточно широко используются в отечественной системе здравоохранения. Отделения лучевой терапии зачастую оснащены морально и физически устаревшим оборудованием. Медленно осуществляется внедрение в клиническую практику ПЭТ–диагностики, не хватает должным образом подготовленных кадров. В настоящее время Россия в области ядерной медицины значительно отстает по уровню оснащенности оборудованием от стран с развитой инфраструктурой.

Важной задачей, решаемой с помощью инновационных технологий, является реализация комплекса организационных, технологических и финансовых мероприятий, обеспечивающих оказание медицинской помощи дистанционно (вне медицинских организаций).

Оказание медицинской помощи дистанционно (телемедицина) позволит сократить время пребывания пациентов в стационаре путем перевода пациентов на дневной стационар или амбулаторно–поликлиническое обследование. Внедрение методов телемедицины обеспечит высококвалифицированную дифференциальную диагностику пациентов, в т.ч. в первичном звене, снизит вероятность появления ошибочных диагнозов и позволит оптимизировать схемы лечения.

Одновременно оказание медицинским работником консультации (диагностики) удаленно, с использованием информационно – телекоммуникационных технологий, включая телемедицинские технологии, позволит в режиме реального времени оценить состояние здоровья пациента и оказать экстренную помощь в критической ситуации, которую пациент может недооценить.

Подпрограмма 4. «Охрана здоровья матери и ребенка»

Вопросы охраны здоровья матери и ребенка названы в качестве приоритетных во всех основополагающих документах о развитии здравоохранения. Развитие человеческого потенциала в значительной степени связано с актуализацией и повышением внимания государства к вопросам заботы о здоровье детей.

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления в соответствии со своими полномочиями разрабатывают и реализуют программы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, снижение материнской и младенческой смертности, формирование у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни, принимают соответствующие меры по организации обеспечения детей лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями; создают и развивают медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, с учетом обеспечения благоприятных условий для пребывания в них детей, в том числе детей–инвалидов, и возможности пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи, а также социальную инфраструктуру, ориентированную на организованный отдых, оздоровление детей и восстановление их здоровья.

В рамках реализации Подпрограммы будет продолжено создание и развитие службы родовспоможения и детства, совершенствование специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе развитие практики применения фетальной и неонатальной хирургии, системы коррекции врождённых пороков у детей, вспомогательных репродуктивных

технологий, развитие специализированной помощи детям, разработка и внедрение в педиатрическую практику инновационных достижений.

Особенностью мероприятий Подпрограммы будет применение комплексного подхода к решению актуальных проблем материнства и детства, который будет заключаться не только в строительстве (реконструкции) учреждений или закупках оборудования, но и во включении новых учреждений и технологических процессов в трехуровневую, эффективную и логичную сеть, которая обеспечит высокую как клиническую, так и экономическую эффективность. Во всех мероприятиях Подпрограммы предусмотрен мониторинг клинических результатов не только в конечных точках, но и на всем протяжении периода выполнения Подпрограммы. Так, развитие сети перинатальных центров позволит завершить формирование трехуровневой системы перинатальной помощи, обеспечить условия для полноценной маршрутизации беременных и новорожденных. При этом индикаторами эффективности всей системы, помимо снижения показателей материнской и младенческой смертности, будет концентрация преждевременных родов и беременных высокого риска в перинатальных центрах.

Подпрограмма 5. «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей»

Анализ организации медицинской реабилитации в европейских странах показал, что система реабилитации предполагает наличие в ней в равной степени полноправных составных частей: медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

Проведение реабилитации возможно амбулаторно и стационарно. Основной упор должен делаться на стационарную форму лечения. При этом медицинская реабилитация должна начинаться уже при попадании пациента в реанимацию или палату и продолжаться весь период лечения пациента в стационаре. После острого периода заболевания и интенсивного курса лечения в стационаре пациенты могут быть переведены в реабилитационные центры, где реабилитационные мероприятия будут продолжены после выписки из стационара, по возможности без перерыва.

По окончании курса реабилитационного лечения в стационаре или реабилитационном центре при необходимости должно быть организовано продолжение реабилитационных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях по месту жительства пациента.

В связи с этим реализация мероприятий по медицинской реабилитации будет включать:

- разработку и внедрение эффективных реабилитационных и экспертных технологий в соответствии с требованиями Международной Классификации Функционирования (МКФ);
- подготовку квалифицированных медицинских кадров по медицинской реабилитации в соответствии с профилем реабилитационной помощи;
- стандартизованное переоснащение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по медицинской реабилитации, современным информационным и медицинским оборудованием и аппаратурой для диагностики, терапии и управления реабилитационным процессом в соответствии с утвержденными технологиями;
- создание отделений реабилитации в медицинских организациях, оказывающих специализированную, в т.ч. неотложную стационарную, медицинскую помощь в каждом субъекте Российской Федерации из расчета 1 реабилитационная койка на 15 коек по профилю оказываемой помощи (неврологических, травматологических, ортопедических, кардиологических, онкологических) для взрослых и детей соответственно;

– создание крупных межрегиональных специализированных центров медицинской реабилитации по профилю оказываемой помощи на базе существующих медицинских организаций из расчета 30 коек на 600 тыс. населения;

– создание отделений (кабинетов) реабилитации в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно–поликлиническую помощь в каждом субъекте Российской Федерации на базе каждой из существующих медицинских организаций.

В общегосударственной системе здравоохранения страны важное место отводится санаторно–курортному лечению, позволяющему целенаправленно и высокоэффективно осуществлять оздоровление населения и проводить медицинскую реабилитацию пациентов. В основу санаторно–курортного лечения положены наиболее гуманные, социально и научно обоснованные прогрессивные принципы: профилактическая и реабилитационная направленность, преемственность между амбулаторно–диагностическими, стационарными и санаторно–курортными учреждениями, высокая квалификация и специализация оказываемой помощи. Значимость санаторно–курортного лечения обусловлена сохранением неблагоприятных тенденций в состоянии здоровья населения и той ролью в их преодолении, которая отводится курортному делу в современной концепции развития российской системы здравоохранения.

Санаторно–курортное дело в России традиционно является составной частью государственной политики и важным разделом национальной системы здравоохранения.

Внимание к проблемам организации санаторно–курортного лечения населения во многом обусловлено многообразием и богатством природных лечебных ресурсов России. Курорты России располагают практически всеми известными в мире типами лечебных минеральных вод, лечебных грязей и других природных лечебных факторов, ресурсы которых обеспечивают существующую потребность и перспективу развития курортного комплекса страны.

Санаторно–курортное лечение является важным звеном оказания третьего этапа помощи по медицинской реабилитации, особенно в лечении ряда хронических заболеваний, таких как туберкулез, врожденные и приобретенные дефекты опорно–двигательного аппарата, заболевания желудочно–кишечного тракта и другие. Наиболее эффективно пребывание в санаторно–курортных условиях сказывается на результатах лечения и реабилитации детей.

После санаторно–курортного этапа медицинской реабилитации пациентов с инфарктом миокарда, нарушениями мозгового кровообращения, после операций на сердце, крупных сосудах и других значительно сокращаются сроки временной нетрудоспособности, существенно снижается уровень инвалидизации, резко увеличивается доля пациентов, вернувшихся после тяжелого недуга к труду и активной жизни.

Научными исследованиями доказано, что в условиях санатория достигаются наилучшие показатели в реабилитации лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, в оздоровлении часто болеющих детей и лиц, проживающих в экологически неблагоприятных регионах.

Пребывание населения в санаториях с целью оздоровления и профилактики способствует значительному снижению уровня заболеваемости, особенно детского контингента, увеличению продолжительности жизни и повышению производительности труда работающих граждан.

Расширение сети санаторно–курортных учреждений, совершенствование научно–методического обеспечения, маркетингового и информационного оснащения санаторно–курортного лечения позволят увеличить качество медицинской профилактики, лечебного и реабилитационного процесса, доступность и эффективность использования природных лечебных факторов Российской Федерации.

В рамках мероприятий по совершенствованию организации и оказания санаторно-курортного лечения предполагается провести актуализацию профилей санаториев в соответствии с профилем города-курорта, на территории которого расположен тот или иной санаторий, реконструкцию и модернизацию санаториев с учетом особенностей ландшафтно-климатических условий, профиля курорта, профилизации учреждений, потребности населения в санаторно-курортном лечении, преемственности в оказании медицинской реабилитации с медицинскими организациями, оказывающими стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь, улучшить материально-техническую базу санаториев для обеспечения организации оказания в полном объеме санаторно-курортного лечения согласно порядкам и стандартам оказания санаторно-курортного лечения, обеспечить оказание услуг по санаторно-курортному лечению в соответствии с современными представлениями о методологии лечения, менеджменте и маркетинге, обеспечивающих повышение качества услуг по профилактике, оздоровлению и лечению, разработать программы подготовки и переподготовки кадров на основе новых образовательных программ в соответствии с современными требованиями, с определением профильных образовательных учреждений, разработать систему аудита эффективности работы санаторно-курортной сферы.

В результате реализации мероприятий Подпрограммы снизится заболеваемость населения, особенно у часто и длительно болеющих детей и подростков, пациентов с хроническим течением заболеваний сердечно-сосудистой системы, болезней органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы, увеличится продолжительность трудоспособного возраста.

Подпрограмма 6. «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»

Развитие данного направления характеризует в целом уровень гуманитарного развития общества, обеспечивает соответствие Российской Федерации высоким стандартам гарантии прав человека.

Развитие системы паллиативной помощи населению организационно затруднено в рамках других направлений и требует специализированного подхода.

Создание отделений и учреждений паллиативной помощи является оптимальным вариантом организации паллиативной медицинской помощи больным с онкологическими и другими социально значимыми заболеваниями, в том числе тяжелыми хроническими психическими заболеваниями.

Основными направлениями деятельности учреждений паллиативной медицинской помощи является организация паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, создание и развитие выездной службы паллиативной помощи больным, отработка моделей оптимальной организации поддерживающей помощи на всех этапах ее оказания.

С целью создания оптимальных условий для детей, страдающих неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, а также помощи членом их семей, планируется развитие сети медико-социальных учреждений, специализирующихся на оказании паллиативной помощи детям в Российской Федерации (открытие отделений и коек паллиативной помощи детям в многопрофильных больницах и самостоятельных учреждений-хосписов). Создание отделений паллиативной помощи позволит снизить нагрузку на дорогостоящие койки, на которых оказывается реанимационно-интенсивная помощь.

Подпрограмма 7. « Кадровое обеспечение системы здравоохранения»

Данная Подпрограмма является критически важной для достижения итоговых результатов Государственной программы «Развитие здравоохранения» в целом к 2020 году.

Вызовом десятилетия является необходимость существенного пересмотра идеологии и подходов к организации кадрового обеспечения отрасли здравоохранения квалифицированным персоналом. В этом направлении планируется выйти за рамки совершенствования образовательного процесса.

Внешние факторы, связанные с ускорением процесса вывода на рынок новых продуктов и технологий, сокращением жизненного цикла товаров, сказываются на необходимости смены парадигм подготовки медицинских и фармацевтических работников, кардинальной перестройки режима обучения, перехода на модель непрерывного профессионального образования.

Такая модель требует существенного изменения доступности новой информации, выстраивания модели повышения квалификации с минимальным отрывом от основной деятельности.

Важным элементом такого подхода должно стать:

создание специализированных информационных систем, содержащих агрегированную информацию, необходимую для совершенствования знаний специалистов;

создание системы мотивации медицинских работников к самообразованию, установление зависимости размера выплат от уровня квалификации;

разработка профессиональных стандартов, позволяющих установить согласованные требования к качеству труда посредством влияния на производительность;

повышение качества профессиональной подготовки медицинских и фармацевтических работников в системе профессионального образования.

Для реализации обоснованной кадровой политики необходимо создание образовательно – кадрово – производственного континуума, в котором объемы государственных заданий на оказание государственных услуг по реализации программ среднего, высшего, послевузовского и дополнительного профессионального образования будут определяться потребностью в соответствующих кадрах в каждом регионе страны.

Основой для мониторинга кадровой ситуации в каждом регионе и стране в целом, а также для прогнозирования ее развития и планирования подготовки кадров будет являться Федеральный регистр медицинских работников, созданный в 2010 году как электронная информационно–аналитическая система, в которую вносятся данные обо всех медицинских и фармацевтических работниках в каждом субъекте Российской Федерации, а также о студентах медицинских высших учебных заведений и учащихся медицинских средних учебных заведений как о кадровом резерве отрасли. Регистр должен содержать информацию об уровне компетенции и квалификации каждого медицинского работника и позволять формировать по каждому региону возрастной, половой и квалификационный состав работников отрасли, основные показатели, характеризующие кадровый баланс системы здравоохранения, а также потребности в специалистах разного профиля – отдельно для учреждений первичной медико–санитарной, скорой и специализированной медицинской помощи, в зависимости от условий ее оказания.

Начиная с 2011/2012 учебного года, образовательными учреждениями осуществляется прием на обучение по программам среднего и высшего профессионального образования по федеральным государственным образовательным стандартам третьего поколения, разработка которых была осуществлена в 2009–2010 годах.

Отличием данных стандартов от государственных образовательных стандартов второго поколения является увеличение доли практической подготовки в процессе обучения, начиная с

младших курсов, и особенно на старших курсах, что позволит выпускникам приступить к профессиональной деятельности непосредственно после окончания образовательного учреждения.

Данные изменения системы подготовки медицинских и фармацевтических работников определяют новую форму допуска специалистов к медицинской и фармацевтической деятельности – аккредитацию.

Аккредитация специалиста, предусмотренная Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», является процедурой определения готовности лица, получившего медицинское или фармацевтическое образование, к практической работе в соответствии с утвержденными стандартами и порядками оказания медицинской помощи и предоставления фармацевтических услуг. В отличие от действующей в настоящее время системы сертификации, аккредитация будет являться системой допуска к конкретным видам медицинской или фармацевтической деятельности.

Предусматриваемое новыми стандартами установление компетентного подхода и усиление практической подготовки обучающихся требуют развития существующих клинических структурных подразделений, центров практических навыков и симуляционных центров в образовательных учреждениях, а также создания новой инфраструктуры для практической подготовки медицинских и фармацевтических специалистов.

В период до 2020 года необходимо полностью решить проблему уровня оплаты труда медицинских работников (врачей, медицинских сестер, младшего медицинского персонала), доведя заработную плату до эффективного уровня.

В сфере здравоохранения особенно остро ощущается нехватка менеджмента – профессиональных управляющих. В этой связи мероприятия Подпрограммы направлены не только на обеспечение персоналом, непосредственно занятым в оказании медицинской помощи, но и на формирование профессиональных компетенций руководителей медицинских организаций.

Подпрограмма 8. «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»

Современный мир переживает фундаментальные и динамичные изменения, глубоко затрагивающие интересы Российской Федерации и ее граждан. На передний план в качестве главных факторов влияния государств на международную политику, наряду с военной мощью, выдвигаются экономические, научно–технические, экологические, демографические и информационные. В связи с этим особую роль в международных отношениях играют вопросы здравоохранения, как одного из элементов «мягкой» силы.

Международные отношения в сфере охраны здоровья реализуются Министерством совместно с МИД России и иными заинтересованными федеральными органами исполнительной власти. Международные отношения в сфере охраны здоровья, реализуемые Минздравом России, носят многосторонний и двухсторонний характер.

В части многосторонних отношений Минздрав России в установленном порядке взаимодействует и будет взаимодействовать с организациями, входящими в систему Организации Объединенных Наций (ООН), среди которых приоритетными являются – Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЕЙДС), Программа развития ООН (ПРООН), Международной федерацией обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, а также с партнерами в рамках СНГ, ЕврАзЭС, БРИКС, АТЭС, ШОС и другими партнерами и международными организациями.

В рамках двусторонних отношений одними из приоритетных партнеров по международному диалогу в сфере охраны здоровья являются страны Группы восьми и Группы двадцати – США, ФРГ, Франция, Великобритания, Бразилия, Индия, Китай, Япония, Южно-Африканская Республика. Необходимо также активизировать отношения со странами Восточной Европы, Латинской Америки, Ближнего, Среднего и Дальнего Востока, Африки, Азии.

При диверсификации по целям сотрудничества следует развивать сотрудничество с государствами – технологическими лидерами – для получения необходимых компетенций и государствами, которые могут являться потенциальными потребителями, – в целях обеспечения выведения высокотехнологичной и иной российской продукции на внешние рынки. Принципиально важным является равноправное сотрудничество в области медицинской науки и практического здравоохранения, которое необходимо развивать в интересах Российской Федерации. Такие отношения должны реализовываться Министерством здравоохранения Российской Федерации в рамках утвержденной им стратегии.

Необходимо популяризовать за рубежом отечественное здравоохранение, повышая конкурентоспособность Российской Федерации на этом рынке, а также формируя имидж России как полноправного участника правоотношений в данной сфере.

Подпрограмма 9. «Экспертиза и контрольно–надзорные функции в сфере охраны здоровья»

Набор функций и задач, определяемых данной Подпрограммой, является важной составляющей соблюдения целостности системы охраны здоровья граждан. Осуществление контроля и надзора относится к компетенции федеральных органов исполнительной власти.

Цели и задачи государственной Программы «Развитие здравоохранения» диктуют необходимость значительного пересмотра контрольно–надзорных функций, реализуемых соответствующими службами и агентством в настоящее время. Развитие системы порядков оказания медицинской помощи, их повсеместное обязательное внедрение и применение обуславливает необходимость контроля их соблюдения всеми без исключения медицинскими организациями.

Кроме того, активное развитие частной медицины, где в ближайшие годы медицинские организации будут характеризоваться небольшими масштабами при одновременном росте общего числа организаций, требует существенного пересмотра механизма осуществления контрольно–надзорных функций в сфере охраны здоровья и пересмотра подходов к оценке качества и удовлетворённости населения медицинской помощью.

В настоящее время состояние системы государственных судебно–медицинских учреждений, осуществляющих судебно–медицинские и судебно–психиатрические экспертизы характеризуется недостаточным уровнем аппаратно–технического оснащения, на фоне возрастающих требований правоохранительных органов к соблюдению сроков проведения судебно–медицинских и судебно–психиатрических экспертиз, повышению их качества.

Подпрограмма 10. «Медико–санитарное обеспечение отдельных категорий граждан»

Федеральные государственные учреждения здравоохранения ФМБА России обеспечивают медицинской помощью работников предприятий, труд которых протекает в неблагоприятных условиях, характеризующихся комплексным воздействием вредных производственных факторов различной природы и интенсивности, а также населения, проживающего вблизи промышленных объектов с вредными и опасными производственными факторами. Важнейшей задачей в указанной сфере деятельности является осуществление профессионального отбора работников,

высокое качество которого гарантирует медицинскую составляющую безопасности производства, и профилактика развития заболеваний специфической этиологии как у работников предприятий, так и населения. При этом здоровье работников определяет возможность допуска их к работе во вредных и опасных условиях труда.

В настоящее время медицинская помощь указанной категории граждан осуществляется в объемах, превышающих объемы, утвержденные Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Однако, с учетом развития производственных мощностей и появления новых технологий производства, оказываемые виды медицинской помощи не соответствуют современному уровню диагностики и не позволяют в период проведения углубленных осмотров отдельных категорий граждан своевременно выявлять заболевания, препятствующие работе в неблагоприятных условиях труда, а при выявлении заболеваний, в том числе специфической этиологии, осуществлять адекватные виды лечения и реабилитации. Кроме того, необходимо наблюдение за состоянием здоровья населения на предмет профилактики развития заболеваний, и выявления возможного воздействия вредных факторов различной этиологии на население.

Назрела настоятельная необходимость внедрения скрининговых и углубленных методов обследования, направленных на раннюю диагностику, своевременное и адекватное лечение, реабилитацию и рациональное трудоустройство работников, что обеспечит высокое качество профотбора и сохранение кадрового потенциала стратегических отраслей производства.

Разработка и реализация мероприятий в рамках Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан продиктована современной медико-демографической ситуацией на территориях, где осуществляют свою деятельность предприятия с особо опасными условиями труда.

Несмотря на наличие агрессивных факторов производства, основные демографические показатели на обслуживаемых отдельных территориях аналогичны показателям по Российской Федерации в целом. Высокий по сравнению с показателями по РФ уровень заболеваемости обусловлен высокой доступностью медицинской помощи и, соответственно, высокой выявляемостью, что также говорит о качественной работе профилактических служб. Однако сегодня сохранение и улучшение достигнутых результатов деятельности медицинских учреждений ФМБА России, расположенных на отдельных территориях, особенно в ЗАТО, находится под угрозой, которая обусловлена объективными причинами, такими как:

- ежегодное увеличение среднего возраста работников (на многих предприятиях он составляет 42–44 года при том, что по списку № 1 предусмотрен выход на пенсию у женщин в возрасте 45 лет, у мужчин – в возрасте 50 лет);
- увеличение среднего возраста населения отдельных территорий из-за закрытости территорий, географической удалённости промышленных объектов из-за специфических технологий производства, ограничения выезда за пределы Российской Федерации.

Принимая во внимание ведущую роль человеческого фактора в возникновении аварийных ситуаций на предприятиях опасных производств необходимо совершенствование медицинской помощи в направлении изучения психического здоровья и реабилитации работников. Необходимость анализа психического здоровья и качественного решения вопроса допуска персонала к объектам использования атомной энергии и к работам в условиях воздействия вредных и опасных производственных факторов диктуют необходимость разработки поэтапной организации и ведения мониторинга психического здоровья работников ядерно-энергетических и оборонных объектов.

Мероприятия подпрограммы «Медико–санитарное обеспечение отдельных категорий граждан» носят социальный характер, результаты её реализации будут оказывать влияние на обороноспособность и энергообеспечение государства и общества на протяжении длительного времени. Выполнение программных мероприятий позволит сохранить здоровье, продлить активный трудовой потенциал и жизнь работникам предприятий. Снижение инвалидности приведет к снижению нагрузки бюджета, направляемого на социальные программы для этой категории граждан. Наряду с этим одним из результатов реализации подпрограммы станет прогнозируемое снижение уровня общей смертности на обслуживаемых территориях.

Совершенствование медико–санитарного обеспечения спортсменов сборных команд Российской Федерации является одной из приоритетных задач и может быть обеспечено лишь при использовании программно–целевого метода.

Основные задачи в сфере медицинского и медико–биологического обеспечения спортсменов сборных команд Российской Федерации:

формирование инфраструктуры лечебно–профилактического назначения, территориально интегрированной с базами подготовки спортивных сборных команд Российской Федерации, позволяющей обеспечить 100%–й охват кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта всеми видами медицинской помощи в ходе тренировочно–соревновательной деятельности;

обеспечение квалифицированными медицинскими кадрами спортивных сборных команд Российской Федерации;

реализация медико–биологических технологий, обеспечивающих тренировочно–соревновательный уровень подготовки кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта;

поддержание физического состояния и здоровья спортсменов во время проведения спортивных мероприятий, повышение функциональных возможностей организма спортсменов.

Подпрограмма 11. «Управление реализацией Программы»

Необходимым элементом оптимизации государственной политики в сфере охраны здоровья граждан является создание эффективной модели управления деятельностью в сфере охраны здоровья. В качестве компонентов данная модель должна предусматривать стратегический, тактический и исполнительный уровни, а также сформированную обратную связь.

На стратегическом уровне такая модель должна включать в себя формирование нишевых перспективных стратегий по отдельным профилям медицинской деятельности как составных частей стратегии развития здравоохранения в целом. Инструментом реализации стратегии развития здравоохранения должна выступать Программа.

На тактическом уровне должны быть четко определены и формализованы государственные гарантии в сфере охраны здоровья граждан, которые будут обеспечены за счет финансовых (тарифы) и правовых (нормативное регулирование) инструментов.

Обратная связь будет обеспечиваться, с одной стороны, за счет независимых информационных потоков (статистическая информация), с другой стороны – за счет результатов государственного контроля и надзора, мониторинга, информации, представляемой общественностью. При этом информационные контуры должны быть независимыми, то есть стратегический уровень управления системой здравоохранения должен быть независим от тактического в части обеспечения необходимыми для функционирования сведениями.

На основании данных обратной связи по мере своей реализации стратегические и тактические подходы должны претерпевать динамические изменения соответственно изменениям в системе здравоохранения страны.

При реализации Программы целесообразно применение проектного подхода к управлению, формирование специализированных органов управления Программой, выделение в отдельные мероприятия действий, направленных на создание и поддержку функционирования специализированных инструментов управления в здравоохранении.

Основополагающее значение имеют системность соответствующих мероприятий, их нормативно–правовое, материально–техническое, информационно–аналитическое, технологическое, а также научное обеспечение.

Реализация цели создания системы качественного и доступного здравоохранения эффективно достигается только при применении программно–целевого подхода и внедрения системы сбалансированных показателей для оценки эффективности процессо–ориентированного управления организацией в сфере здравоохранения.

Одним из важнейших факторов успешной реализации мероприятий Программы является создание эффективной системы информационно–аналитического обеспечения принятия решений, что позволит оперативно реагировать на изменение ситуации, максимально сократить сроки получения информации о ходе реализации Программы. С этой целью предусмотрено совершенствование механизмов статистического наблюдения в сфере здравоохранения.

Неизбежно будет обновляться кадровый состав государственных органов за счет привлечения квалифицированных специалистов в области проектного управления, эффективно применяющих новые технологические решения.

В перспективе будущего десятилетия система государственного управления должна быть адаптирована к международным формам ведения бизнеса, механизмам глобальной кооперации.

Должны быть пересмотрены механизмы межведомственного взаимодействия, выстроена эффективная система координации федеральных и региональных органов исполнительной власти, органов местного самоуправления.

Управление реализацией Программы, помимо штатных функций сотрудников Минздрава России, требует привлечения специалистов в области проектного управления, экономического и структурного анализа, экспертизы, математического моделирования, администрирования, учёта поступающих данных и т.п.

Характеристика основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации.

Доступность и качество медицинской помощи могут быть реализованы только в том случае, если все субъекты Российской Федерации будут принимать участие в реализации профилактических, лечебных, реабилитационных, санаторно–курортных и иных мероприятий Подпрограмм Государственной программы «Развитие здравоохранения» (см. Таблицу 7).

Информация об участии госкорпораций, акционерных обществ, иных организаций, внебюджетных фондов.

Основной целью Федерального фонда обязательного медицинского страхования в области здравоохранения на период 2013 – 2020 гг. является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение ее эффективности. В качестве важнейшей задачи предусматривается модернизация системы обязательного медицинского страхования и развитие системы добровольного медицинского страхования, в том числе:

- осуществление перехода на одноканальную модель финансирования медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, включая законодательное закрепление доходных источников и расходных обязательств;
- введение страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения по единому тарифу для всех работодателей и индивидуальных предпринимателей;
- введение предельного размера годового заработка, на который начисляются страховые взносы;
- установление единых требований к определению размера взносов субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения;
- создание эффективной системы обеспечения полномочий и выравнивания финансового обеспечения территориальных программ обязательного медицинского страхования в части базовой программы обязательного медицинского страхования на основе норматива финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования путем предоставления субвенций;
- повышение ответственности страховых медицинских организаций при введении одноканальной модели финансирования организаций системы здравоохранения, участвующих в обязательном медицинском страховании;
- поэтапный переход к эффективным способам оплаты медицинской помощи на основе обоснованных тарифов в зависимости от качества ее оказания и объемов;
- создание системы управления качеством медицинской помощи;
- формирование конкурентной модели обязательного медицинского страхования с созданием условий для выбора застрахованным страховой медицинской организации и медицинского учреждения (организации), а также обеспечение населения доступной информацией о деятельности страховщиков и медицинских организаций;
- создание условий для участия медицинских организаций различных организационно-правовых форм и форм собственности в системе обязательного медицинского страхования.

В целях повышения качества оказания медицинской помощи застрахованным гражданам необходимо обеспечить создание конкурентной среды между медицинскими организациями. Выполнение конкурентных условий предполагает деятельность на равных началах в системе обязательного медицинского страхования медицинских организаций всех форм собственности.

В качестве одной из мер повышения доступности медицинской помощи застрахованным гражданам можно рассматривать включение в систему обязательного медицинского страхования частных медицинских организаций. Поэтому реализация на практике принципов свободы выбора и качества медицинских услуг возможна только при возможности выбора страховщика и медицинской организации, вплоть до определения конкретного специалиста (врача). Единственное условие – участие медицинской организации в системе обязательного медицинского страхования.

Сопутствующим инструментом в обеспечении права выбора является информационная поддержка застрахованного населения в выборе рынка страховых и медицинских услуг в регионе. Территориальные фонды обязательного медицинского страхования на сайтах в Интернете должны поместить информацию о медицинских организациях и страховых организациях, работающих в системе обязательного медицинского страхования, и обеспечивать к такой информации свободный доступ.

В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» изменились внешние условия хозяйствования, определяемые не собственником, а гражданско-правовыми отношениями в системе ОМС независимо от формы

собственности медицинской организации (жесткие штрафные санкции со стороны страховых организаций за ненадлежащее оказание медицинской помощи и т.д.). Все это сопровождается расширением прав застрахованных, что оказывает дополнительное влияние на медицинские организации. В целях обеспечения реализации прав застрахованных лиц предусматривается осуществление контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам медицинскими организациями. Медицинская помощь должна соответствовать объемам и условиям, соответствующим территориальной программе обязательного медицинского страхования и договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, что контролируется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

В рамках данной программы осуществляется финансирование расходов на оплату государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет.

Функции по оплате этих услуг осуществляются Фондом социального страхования Российской Федерации. Средства для финансирования указанных расходов перечисляются ФОМС в ФСС ежемесячно на основании представляемых заявок и впоследствии распределяются между региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации. В свою очередь, поступившие средства направляются медицинским организациям в рамках заключенных договоров (в соответствии с типовой формой). Оплата услуг осуществляется на основании выставленных медицинскими организациями счетов с приложением талонов родовых сертификатов и реестров этих талонов.

Перечень мер государственного регулирования

Перечень мер государственного регулирования разрабатывается ответственным исполнителем в первый год реализации Программы.

В частности, в рамках обеспечения условий реализации Программы необходимо рассмотреть возможность применения ряда мер налогового и тарифного регулирования.

Необходимо пересмотреть систему определения величины возмещения в системе обязательного медицинского страхования. В рамках реформы системы ОМС осуществить переход к «полному» тарифу.

Перечень мер правового регулирования

Перечень мер правового регулирования разрабатывается ответственным исполнителем в первый год реализации Программы.

В частности, необходимо изучить целесообразность дифференциации объема государственных гарантий, реализуемых на основании полисов обязательного медицинского страхования, в зависимости от соблюдения норм профилактики.

Должна быть пересмотрена нормативная база в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия, оптимизированы контрольно-надзорные функции в данной сфере, усовершенствованы подходы к деятельности учреждений, оказывающих услуги детям и подросткам.

Обязательным условием является наличие нормативно–правовых актов, обеспечивающих формирование у населения здорового образа жизни, что требует активного участия в этом процессе органов законодательной власти Российской Федерации. Нормативно–правовые акты должны обеспечивать эффективную защиту населения от последствий потребления табака, а также избыточного содержания в продуктах питания поваренной соли. Нормативно–правовая база должна позволять осуществлять эффективную налогово–акцизную политику по стимулированию производства здоровых продуктов питания и регулированию рынка алкогольной продукции. Также нормативно–правовые документы должны обеспечивать наличие на упаковках продуктов питания информации об их калорийности, содержании жиров, насыщенных жирных кислот и трансизомеров жирных кислот, соли, углеводов и добавленных сахаров.

Необходимо разработать нормативное обеспечение и организационно–методические принципы мониторинга наркоситуации в Российской Федерации.

Необходимо разработать нормативное обеспечение и организационно–методические принципы формирования национального (межведомственного) банка данных лиц, злоупотребляющих алкоголем, наркотиками и психотропными средствами.

Следует обеспечить нормативное правовое регулирование системы обследования детей и подростков на немедицинское употребление наркотиков.

Необходимо разработать нормативное правовое регулирование оказания психолого–педагогической, медико–психологической и медико–реабилитационной помощи несовершеннолетним, у которых во время профилактического осмотра было выявлено наркопотребление.

Следует разработать систему правовых мер, направленных на создание дополнительных стимулов для лиц, злоупотребляющих или страдающих зависимостью от алкоголя, наркотиков или психотропных средств, принимать решение о лечении и прохождении медико–социальной реабилитации от алкоголизма, наркомании или токсикомании.

Необходимо разработать законодательное и нормативное правовое регулирование лечения и медико–социальной реабилитации по поводу наркомании, алкоголизма и токсикомании правонарушителей, которым на время лечения и медико–социальной реабилитации предоставлена отсрочка отбывания наказания или освобождение от отбывания наказания.

Необходимо разработать законодательное и нормативное регулирование обязательного профилактического антиалкогольного и антинаркотического учебно–просветительского курса для участников дорожного движения, которые управляли автотранспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

Следует разработать принципы ответственной рекламы медицинской (в том числе медико–социальной) деятельности и законодательно–нормативный механизм ее регулирования и контроля.

В области развития кадрового потенциала отрасли планируется разработка процедуры аккредитации специалистов. Аккредитация специалистов будет осуществляться на основе приобретаемых в ходе обучения компетенций. Перечень допусков к видам медицинской и фармацевтической деятельности будет расширяться поэтапно. При этом уже после первой процедуры аккредитации по специальности обучающийся сможет самостоятельно приступить к практической деятельности, выполняя определенные профессиональные обязанности, к которым получил допуск.

Нужно сформировать в государственном секторе экономики, а также в сфере естественных монополий дополнительные стимулы к инновационному развитию путем усиления

инновационной направленности системы закупок для государственных нужд: совершенствование законодательства в области закупки новых технологий в биомедицине.

Важным является повышение конкурентоспособности исследований и разработок, эффективности и результативности государственных расходов на их поддержку и развитие, в том числе путём внедрения правовых основ в области определения приоритетных направлений исследований на основе долгосрочных прогнозов научного и технологического развития.

Необходимо добиваться постепенного увеличения доли конкурсного финансирования научных исследований и расширения роли государственных научно-технических фондов в финансировании фундаментальных исследований.

Следует совершенствовать и развивать систему стандартизации медицинских услуг, в первую очередь – за счёт массового внедрения порядков оказания медицинской помощи; вводить в практику порядки, связанные с организацией медицинской и медико-социальной реабилитации и санаторно-курортного лечения, определять и совершенствовать перечень медицинских показаний и противопоказаний для медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Получение новых результатов исследований, новых методик, измерений, введение новых врачебных специальностей могут и должны учитываться при управлении нормативной базой (порядками) и являться основанием для пересмотра порядков.

В области информатизации необходимо создание, модернизация и реформирование информационной структуры отрасли здравоохранения. В этом направлении необходимо добиваться сквозного структурирования информационных и понятийных регистров, упорядочивания информационных потоков. В дальнейшем это позволит соотнести классифицированную структуру здравоохранения с системой принятия решений в рамках эконометрического и эпидемиологического компьютерного моделирования.

Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Программы

При реализации Программы предполагается привлечение финансирования из федерального бюджета, бюджетов государственных внебюджетных фондов, бюджетов субъектов Российской Федерации.

Обоснование объемов финансирования представлено в таблицах 6 и 7.

Анализ рисков реализации Программы

При реализации поставленных в Программе задач осуществляются меры, направленные на снижение последствий возможных рисков и повышение уровня гарантированности достижения предусмотренных Программой конечных результатов.

К рискам в том числе относятся:

1. Макроэкономические риски. Возможность ухудшения внутренней и внешней конъюнктуры, снижение темпов роста экономики, высокая инфляция могут негативно повлиять на функционирование системы здравоохранения, а также затормозить структурные преобразования в ней.

2. Финансовые риски

Отсутствие или недостаточное финансирование мероприятий в рамках программы может привести к снижению обеспеченности и качества оказываемой медицинской помощи населению Российской Федерации и как следствие целевые показатели проекта не будут достигнуты, а при

неблагоприятном прогнозе – демографические показатели могут измениться в отрицательную сторону.

Преодоление рисков может быть осуществлено путем сохранения устойчивого финансирования отрасли, а также путем дополнительных организационных мер, направленных на преодоление данных рисков.

3. Организационные риски.

Уровень решения поставленных задач и достижение целевых показателей зависит не только от федеральных органов исполнительной власти, но и от органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, которые, каждый в рамках своей компетенции и приданных полномочий, осуществляют функции по охране здоровья граждан Российской Федерации.

Также преодоление таких рисков может быть осуществлено путем усиления методической и кадровой работы с соответствующими субъектами Российской Федерации и муниципальных образований, а также жесткой привязки оценки деятельности руководителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и муниципальных образований к демографическим показателям и состоянию здоровья проживающего населения.

Кроме того, преодолению рисков будет способствовать усиление организационно-методической работы Минздрава России с медицинскими учреждениями, участвующими в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Методика оценки эффективности Программы

Эффективность реализации Программы оценивается исходя из достижения запланированных результатов каждого из основных показателей (индикаторов), сопоставлением плановых и фактических значений показателей Программы, как по годам по отношению к предыдущему году, так и нарастающим итогом к базовому году, при условии соблюдения обоснованного объема расходов.

Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральной службой государственной статистики ежеквартально обобщает и анализирует статистическую и ведомственную отчетность по использованию бюджетных средств и показателей реализации Программы для представления информации в Министерство экономического развития Российской Федерации и Министерство финансов Российской Федерации, а также для размещения этой информации на сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Оценка эффективности выполнения Программы проводится для обеспечения ответственного исполнителя оперативной информацией о ходе и промежуточных результатах выполнения мероприятий и решения задач Программы. Результаты оценки эффективности используются для корректировки среднесрочных графиков выполнения мероприятий Программы и плана ее реализации.

Оценка эффективности реализации Программы производится на основе информации, ежеквартально представляемой субъектами Российской Федерации.

Информация о ходе и промежуточных результатах выполнения Программы носит обобщенный характер, но является результатом расчета, а не отражением итогового состояния (не достоверна вследствие наличия временных лагов, накопленного действия предыдущих решений, влияния действий других субъектов), то есть основывается на массиве первичных данных, что позволяет проводить анализ в случае получения неудовлетворительных оценок.

При проведении оценки эффективности выполнения Программы отдельно анализируется информация о достижении значений целевых индикаторов (последующий контроль) и показателей Подпрограмм и мероприятий (текущий контроль).

Расчет значения интегрального показателя проводится в следующей последовательности:

определение коэффициентов значимости каждого мероприятия с точки зрения решения задач Подпрограммы Программы. Значимость каждого мероприятия определяется экспертным путем. Коэффициент значимости мероприятия (Z) выражается числом в интервале (0;1]. Сумма коэффициентов значимости мероприятий равна единице;

расчет степени достижения запланированных на оцениваемый период значений показателей выполнения мероприятий. Степень достижения запланированного на оцениваемый период значения целевого индикатора (D) рассчитывается как соотношение фактического и планового значений отдельно для каждого целевого индикатора. Если фактическое значение индикатора больше планового, степень достижения принимается равной единице.

Оценка эффективности реализации Программы проводится на основе оценки:

степени достижения целей и решения задач Программы путем сопоставления фактически достигнутых значений индикаторов Программы и их плановых значений, предусмотренных приложением № 1 к Государственной программе;

степени соответствия запланированному уровню затрат и эффективности использования средств федерального бюджета и иных источников ресурсного обеспечения Программы путем сопоставления плановых и фактических объемов финансирования подпрограмм и основных мероприятий Программы, представленных в приложениях № 6 и 7 к Программе по каждому источнику ресурсного обеспечения (федеральный бюджет, консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации, внебюджетные источники);

степени реализации мероприятий Программы (достижения ожидаемых непосредственных результатов их реализации) на основе сопоставления ожидаемых и фактически полученных непосредственных результатов реализации основных мероприятий подпрограммы по годам на основе ежегодных планов реализации Программы (план реализации Программы формируется по форме согласно таблице 9 методических указаний по разработке и реализации государственных программ Российской Федерации, утвержденных приказом Министерства экономического развития Российской Федерации от 22 декабря 2010 г. № 670).

Средняя степень выполнения мероприятий (CD) определяется как сумма взвешенных по значимости степеней достижения соответствующих показателей по следующей формуле:

$$CD = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N Z_i * D_i$$

где:

N – количество показателей;

i – номер показателя.

Для целевых индикаторов и показателей Программы, не включенных в федеральное государственное статистическое наблюдение, формирование паспортов показателей Программы обеспечивается ответственным исполнителем. В паспорте показателя Программы отражаются наименование показателя, единица его измерения, алгоритм формирования значения, периодичность мониторинга, наименования и порядок сбора баз.

Министерство здравоохранения Российской Федерации, до начала очередного года реализации Программы, по каждому показателю (индикатору) реализации Программы (подпрограммы) устанавливает интервалы значений показателя, при которых реализация Программы характеризуется высоким уровнем эффективности, удовлетворительным уровнем эффективности или неудовлетворительным уровнем эффективности.

При высоком уровне эффективности – нижняя граница интервала значений показателя может быть ниже 95 процентов планового значения показателя на соответствующий год.

При удовлетворительном уровне эффективности – нижняя граница интервала значений показателя не может быть ниже 75 процентов планового значения показателя на соответствующий год.

Оценка эффективности реализации Государственной программы проводится Министерством ежегодно, до 1 марта года, следующего за отчетным.

Программа считается реализуемой с высоким уровнем эффективности в следующих случаях:

значения 95 процентов и более показателей Программы и ее подпрограмм входят в установленный интервал значений для отнесения Программы к высокому уровню эффективности;

не менее 95 процентов мероприятий, запланированных на отчетный год, выполнены в полном объеме.

Программа считается реализуемой с удовлетворительным уровнем эффективности в следующих случаях:

значения 80 процентов и более показателей Программы и ее подпрограмм входят в установленный интервал значений для отнесения Программы к высокому уровню эффективности;

не менее 80 процентов мероприятий, запланированных на отчетный год, выполнены в полном объеме.

Если реализация Программы не отвечает указанным критериям, уровень эффективности ее реализации признается неудовлетворительным. Показатели реализации Программы, включенные в Федеральный план статистических работ, представлены в приложении № 8.

Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико–санитарной помощи»

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Минздрав России
Соисполнители Подпрограммы	Не предусмотрены.
Участники Подпрограммы	Минпромторг России; Минфин России; Росавиация; Росморречфлот; Минэкономразвития России; ФНС России; Российская академия наук; Уральское отделение Российской академии наук.
Перечень основных мероприятий Подпрограммы	<p>Мероприятие 1.1. Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни, в том числе у детей.</p> <p>Профилактика развития зависимостей, включая сокращение потребления табака, алкоголя, наркотических средств и психоактивных веществ, в том числе у детей.</p> <p>Мероприятие 1.2. Профилактика инфекционных заболеваний, включая иммунопрофилактику.</p> <p>Мероприятие 1.3 Профилактика ВИЧ, вирусных гепатитов В и С.</p> <p>Мероприятие 1.4. Развитие первичной медико–санитарной помощи, в том числе сельским жителям. Развитие системы раннего выявления заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития, включая проведение медицинских осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей.</p> <p>Мероприятие 1.5. Совершенствование механизмов обеспечения населения лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания для детей в амбулаторных условиях.</p>
Программно–целевые инструменты Подпрограммы	<p>Приоритетный национальный проект «Здоровье» (до 2015г).</p> <p>Ведомственные целевые программы Роспотребнадзора:</p> <p>«Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний»;</p> <p>«Профилактика массовых неинфекционных заболеваний, обусловленных влиянием факторов среды обитания человека»;</p> <p>«Организация и ведение социально–гигиенического мониторинга».</p>
Цели Подпрограммы	<p>Увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний.</p> <p>Снижение заболеваемости инфарктом миокарда и инсультами.</p> <p>Повышение выявляемости больных злокачественными новообразованиями на I–II стадии заболевания.</p> <p>Повышение доли больных, у которых туберкулез выявлен на ранней стадии.</p> <p>Снижение уровня смертности от инфекционных заболеваний.</p> <p>Снижение заболеваемости алкоголизмом, наркоманией.</p> <p>Снижение уровня смертности населения за счет профилактики развития депрессивных состояний и суицидального поведения.</p>

<p>Задачи Подпрограммы</p>	<p>Уменьшение распространенности потребления табака. Снижение потребления алкогольной продукции. Уменьшение потребления населением соли и повышение потребления фруктов и овощей. Уменьшение распространенности низкого уровня физической активности. Уменьшение распространенности повышенного уровня артериального давления среди взрослого населения. Уменьшение распространенности повышенного уровня холестерина среди взрослого населения. Реализация дифференцированного подхода к организации профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей. Увеличение доли лиц, у которых злокачественные новообразования выявлены на I–II стадиях заболевания. Организация дифференцированных скрининговых исследований в субъектах Российской Федерации в зависимости от уровня распространенности туберкулеза. Снижение уровня распространенности инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется проведением иммунизации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Сохранение на спорадическом уровне распространенности инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется проведением иммунизации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок (полиомиелит, корь, краснуха). Раннее выявление инфицированных ВИЧ, острыми вирусными гепатитами В и С. Обеспечение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктах лечебного питания. Поддержка развития инфраструктуры первичной медико-санитарной помощи.</p>
<p>Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы</p>	<p>охват профилактическими медицинскими осмотрами детей; охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; охват диспансеризацией подростков; распространенность ожирения среди взрослого населения (индекс массы тела более 30 кг/кв.м.); распространенность повышенного артериального давления среди взрослого населения; распространенность повышенного уровня холестерина в крови среди взрослого населения; распространенность низкой физической активности среди взрослого населения; распространенность избыточного потребления соли среди взрослого населения; распространенность недостаточного потребления фруктов и овощей среди взрослого населения; доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I–II ст.; охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез; заболеваемость дифтерией; заболеваемость корью; заболеваемость краснухой; заболеваемость эпидемическим паротитом; охват иммунизацией населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки;</p>

	<p>охват иммунизацией населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки</p> <p>охват иммунизацией населения против кори в декретированные сроки</p> <p>охват иммунизацией населения против краснухи в декретированные сроки</p> <p>охват иммунизацией населения против эпидемического паротита в декретированные сроки;</p> <p>доля ВИЧ–инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учёте, от числа выявленных;</p> <p>доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года;</p> <p>доля больных наркоманиями, повторно госпитализированных в течение года;</p> <p>удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктов лечебного питания для детей–инвалидов; удовлетворение спроса на лекарственные препараты, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или) тканей.</p>
<p>Этапы и сроки реализации Подпрограммы</p>	<p>Подпрограмма реализуется в два этапа:</p> <p>1 этап – 2013 –2015 гг.</p> <p>2 этап – 2016 – 2020 гг.</p>
<p>Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. руб.</p>	<p>2013 г. – 75 804 620,70 тыс. руб.</p> <p>2014 г. – 75 896 576,30 тыс. руб.</p> <p>2015 г. – 75 308 238,40 тыс. руб.</p> <p>2016 – 2020 годы*</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы</p>	<p>Увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний.</p> <p>Увеличение доли детей, имеющих I – II группу здоровья.</p> <p>Снижение потребления табака населением на 50 процентов, недопущение его потребления детьми, подростками и беременными женщинами</p> <p>Уменьшение доли лиц, имеющих ожирение (индекс массы тела более 30 кг/кв.м.).</p> <p>Увеличение выявляемости больных злокачественными новообразованиями на I–II ст. заболевания до 56,7%.</p> <p>Увеличение охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулёз до 81,1%.</p> <p>Снижение заболеваемости дифтерией, эпидемическим паротитом.</p> <p>Сохранение на спорадическом уровне распространенности кори, краснухи, полиомиелита.</p> <p>Обеспечение охвата иммунизацией населения против вирусного гепатита В, дифтерии, коклюша и столбняка, кори, краснухи, эпидемического паротита в декретированные сроки.</p> <p>Увеличение доли ВИЧ–инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учёте, от числа выявленных до 78,5%.</p>

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

Непрерывным условием для преодоления неблагоприятной демографической ситуации, имеющей место в Российской Федерации на протяжении последних двух десятилетий, наряду с повышением уровня рождаемости является снижение чрезвычайно высокой смертности населения, обусловленной, главным образом, смертностью от неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистая патология, онкологические заболевания, сахарный диабет, хронические бронхо-легочные заболевания) и внешних причин. Неинфекционные заболевания (НИЗ) имеют общую структуру факторов риска их развития и обуславливают около 80% всех причин смерти в нашей стране. В связи с этим решение задачи снижения смертности от НИЗ наряду с повышением уровня рождаемости является непрерывным условием для преодоления неблагоприятных демографических тенденций последних десятилетий.

Несмотря на устойчивую тенденцию снижения смертности от болезней системы кровообращения (в 2006 г. – 927 случаев на 100 тыс. населения, 2009 г. – 801 случаев, в 2011 – 753 случаев), они являются основной причиной смерти не только среди НИЗ, но и в общей структуре смертности (56,7%), что существенно превышает данный показатель не только в США (34%), но и в большинстве европейских стран, в том числе странах бывшего социалистического лагеря за исключением Болгарии и Румынии. В России болезни системы кровообращения (БСК) являются причиной 64,8% смертей у женщин и 49,0% у мужчин.

Среди всех БСК основными причинами смерти населения являются ишемическая болезнь сердца, в том числе осложненная хронической сердечной недостаточностью, а также цереброваскулярные болезни. Среди БСК доля умерших от ишемической болезни сердца составляет 51,5%, а доля умерших от цереброваскулярных болезней 32,8%. В общей структуре смертности доля острой формы ишемической болезни сердца (инфаркта миокарда) составляет около 3%, доля острой формы цереброваскулярных заболеваний (острые нарушения мозгового кровообращения) около 18%. В структуре смертности от ишемической болезни сердца на долю смертей от инфаркта миокарда приходится только 11,6%. В США, где показатель смертности от инфаркта миокарда практически равен российскому (соответственно 48 и 45 на 100 тыс. населения) на долю смертей от инфаркта в структуре смертей от ишемической болезни сердца приходится 33,1%. Эта разница главным образом объясняется большим уровнем смертности в России от хронической формы ишемической болезни сердца при практически равной с США распространенности (на 100 тыс. взрослого населения в США – 7652, а в России – 6249). В России смертность от ишемической болезни сердца в основном обусловлена ее осложнением – хронической сердечной недостаточностью, при которой 5-летняя выживаемость составляет не более 50%. По данным клинико-эпидемиологических исследований численность больных с хронической сердечной недостаточностью в России составляет столько же сколько и в США (около 8 млн. человек), где общая численность населения превышает Российскую более, чем в 2 раза.

При наличии высокого значения показателя обеспеченности населения койками в Российской Федерации имеет место очень высокий уровень внегоспитальной смертности, в основном обусловленной внезапной сердечной смертью и превышающей 80% (в США, Японии этот показатель составляет около 50–60%). В России внегоспитальная смертность от ишемической болезни сердца составляет 85,8%, а от цереброваскулярных заболеваний 72,9%. Одной из ведущих причин внегоспитальной смертности является внезапная сердечная смерть, особенно высокая в нашей стране среди мужчин. Частота внезапной сердечной смерти в Российской Федерации по данным клинико-эпидемиологических исследований составляет 156 случаев среди мужчин и 72 случая среди женщин на 100 000 населения в год. По данным клинико-

эпидемиологического исследования в общей популяции г. Москвы, среди всех причин смерти, наступившей вне медицинских учреждений, доля внезапной сердечной смерти достигает 39,4% и соответствует 92,5 случаям на 100 000 жителей в год. В США и странах Европы ежегодный показатель ВСС составляет около 20 случаев на 1000 населения. Основными причинами внезапной сердечной смерти являются жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма у больных ишемической болезнью сердца, особенно после перенесенного инфаркта миокарда и при наличии хронической сердечной недостаточности.

На протяжении последних лет ежегодно в России за счет БСК впервые инвалидами признается около 500 тысяч человек. признаны инвалидами вследствие болезней системы кровообращения 2,1 млн. человек, из них в трудоспособном возрасте около 25%. В структуре первичной инвалидности по причинам болезней системы кровообращения на долю артериальной гипертонии приходится 9,3%, ишемической болезни сердца – 40,9% и цереброваскулярных болезней – 37,6%.

В общей структуре временной нетрудоспособности работающих на долю БСК приходится около 10%. Средняя продолжительность одного случая составляет около 16 суток. В структуре причин временной утраты трудоспособности от болезней системы кровообращения лидирует артериальная гипертония, число случаев которой составляет 53,7%, на долю ишемической болезни сердца приходится 18%, цереброваскулярных болезней – 12,2%.

Злокачественные новообразования занимают второе место среди всех причин смертности населения России и смертности от НИЗ. Их удельный вес в общей структуре смертности составляет 14,3%. Более 40% среди впервые регистрируемых онкологических больных выявляются в III–IV стадии заболевания. Это приводит к их значительной инвалидизации из-за меньшей эффективности лечения. Ежегодно в России более 200 тыс. больных впервые признаются инвалидами от онкологического заболевания (13,5% от общего числа инвалидов). В общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения России основными локализациями патологического процесса являются: кожа (14,0%), молочная железа (11,1%), легкое (11,0%), желудок (7,7%), ободочная кишка (6,4%), предстательная железа (5,1%), прямая кишка (5,0%), лимфатическая и кроветворная ткань (4,7%), тело матки (3,8%), почка (3,6%), шейка матки (2,8%).

Несмотря на увеличение с 2006 года ожидаемой продолжительности жизни населения в России на 2,43 года, в 2011 году она составила 70,3 года, что существенно меньше, чем в среднем по Европе (78 лет). При этом особенную актуальность имеет проблема сверхвысокой смертности среди лиц трудоспособного возраста. На лиц, не достигших возраста в 60 лет, в Российской Федерации приходится 39,7% всех смертей. Среди мужчин трудоспособного возраста большинство смертей (32,4%) обусловлено БСК, 29,5% – внешними причинами и 21,7% – злокачественными новообразованиями. Среди женщин трудоспособного возраста наибольшее количество смертей обусловлено онкологическими заболеваниями (38,6%), на втором месте по значимости находятся БСК (27,9%), на третьем – смерть от внешних причин (19,6%). За счет смертности только от БСК в нашей стране в трудоспособном возрасте каждый год теряется около 2 млн. лет потенциальной активной жизни (потерянные годы потенциальной жизни – ПГПЖ), что приравнивается к полноценной жизни средней продолжительности 31 000 человек. Основная доля ПГПЖ (около 85%) приходится на мужчин.

По оценкам экспертов ВОЗ важнейшую роль в развитии НИЗ у населения Российской Федерации играют такие факторы риска как артериальная гипертензия (величина вклада 35,5%), гиперхолестеринемия (23,0%), курение (17,1%), недостаточное потребление фруктов и овощей (12,9%), ожирение (12,5%), недостаточная физическая активность (9,0%), а также фактор

злоупотребления алкоголем (11,9%). Первые два фактора риска (артериальная гипертония и гиперхолестеринемия) относятся к категории биологических факторов, но они в очень большой степени зависят от всех остальных факторов риска, которые относятся к категории поведенческих или связанных с нездоровым образом жизни.

Вклад алкоголя в уровень смертности в России в последние десятилетия традиционно был аномально высок. Статистически значимые корреляции с динамикой индикаторов потребления алкоголя (смертность от алкогольных отравлений, заболеваемость алкогольными психозами) демонстрируют показатели смертности от внешних причин (убийства, самоубийства, несчастные случаи), от ишемической болезни сердца, алкогольной кардиомиопатии, геморрагического инсульта, алкогольной болезни печени, цирроза и фиброза печени, пневмонии и др.

Анализ данных судебно-медицинских экспертиз доказывает высокий вклад алкогольной смертности в общую. В Курске в 1991 г. среди всех умерших возрастов 29% мужчин и 9% женщин имели повышенное содержание алкоголя в крови. В Ижевске в 1998–1999 гг. среди умерших мужчин 20–55 лет повышенное содержание алкоголя в крови имели 62%. Масштабное исследование этих документов в Барнауле за 1990–2004 гг. показало, что среди умерших повышенное содержание алкоголя в крови имели 68% мужчин и 61% женщин 15–34 лет, 60% мужчин и 53% женщин 35–69 лет, 36% мужчин и 25% женщин старше 70 лет. Среди причин смерти людей, умирающих в нетрезвом состоянии, чаще всего встречаются ишемическая болезнь сердца, внешние причины, фатальные алкогольные отравления.

Причина столь высокого вклада алкогольной смертности в общую в России заключается в «северной» модели потребления алкоголя, включающей потребление больших доз этанола в течение короткого периода времени преимущественно в виде крепких напитков. В то же время рост потребления алкоголя среди подростков и молодежи в постсоветский период происходил за счет потребления этой группой населения пива и слабоалкогольных коктейлей.

По расчетам Московского НИИ психиатрии Минздрава в 1980–2007 гг. в среднем в год в России погибало от причин, прямо или косвенно связанных с алкоголем, более 400 тыс. человек. За последние годы показатели алкогольной смертности заметно снизились. Количество умерших от алкогольных отравлений снизилось с 37,9 тыс. чел. в 2004 г. до 14,4 тыс. чел. в 2011 г. Однако проблема по-прежнему остается острой. По оценкам Минздрава среднедушевое потребление алкоголя в 2011 г. составило около 13,6 л. этанола среди лиц старше 15 лет, что значительно выше, чем среднемировой уровень. При этом особенно высоки показатели потребления крепких алкогольных напитков – (зарегистрированных и незарегистрированных) – около 8,9 л. на человека.

По данным ФСКН в Российской Федерации насчитывается около 5 млн. человек, употребляющих наркотики с различной частотой и регулярностью. Употребление наркотических веществ является непосредственной причиной смерти порядка 100 тыс. человек ежегодно (в 2006 году – около 140 тыс. человек), при этом в абсолютном большинстве это молодые люди не старше 35 лет. В структуре зарегистрированных больных наркоманией подавляющее большинство составляют больные с опийной зависимостью (86,7%), второе ранговое место занимают больные с зависимостью от каннабиса (6,6%), третье – больные, употребляющие другие наркотики и сочетания различных наркотиков (5,4%). Удельный вес больных с синдромом зависимости от психостимуляторов составляет только 1,2%. Таким образом, наиболее часто за наркологической помощью обращаются больные опийной наркоманией. Наряду с этим в течение последних шести лет наблюдается увеличение показателей общей заболеваемости каннабиноидной наркоманией: в 2005г. этот показатель составлял 15,4 больных на 100 тыс. населения, в 2010г. – 16,3, т.е. за 5 лет он увеличился на 6%. Показатель первичной

заболеваемости наркоманией в 2010 году остался на уровне 2009 года и составил 16,2 на 100 тыс. населения. Несмотря на некоторое снижение в 2008–2010 годах, уровень первичной заболеваемости наркоманией в стране остаётся выше 2003 г., когда отмечался его минимальный уровень за последние 10 лет. Снижение общего показателя первичной заболеваемости наркоманией в 2010 г. было обусловлено уменьшением числа впервые выявленных больных с опийной зависимостью. Показатель общей заболеваемости токсикоманией в РФ в 2010г. по сравнению с уровнем 2009 г. снизился почти на 7% и составил 9,4 больных на 100 тыс. населения (в 2009г. – 10,1). Уровень первичной заболеваемости токсикоманией в стране по-прежнему невысок – в 2010г. показатель составил 0,6 больных на 100 тыс. населения. По сравнению с 2009 годом (0,7 на 100 тыс. населения) этот показатель уменьшился на 7%.

Экономический ущерб от в Российской Федерации очень высок. Только от БСК в течение последних пяти лет он превышает 1 триллион рублей ежегодно. При этом большая часть экономического ущерба от БСК в России обусловлена не затратами в системе здравоохранения и системе социальной защиты (21%), а потерями в экономике вследствие увеличения ПГПЖ населения в трудоспособном возрасте (79%). Так, общая сумма прямых расходов на инсульт (из расчета 500 тыс. случаев в год) составляет 63,4 млрд. рублей в год, а не прямые потери по причине инсульта, оцениваемые по потере ВВП из-за преждевременной смертности, инвалидности и временной нетрудоспособности населения составляют 304 млрд. рублей в год. По оценкам экспертов ВОЗ при сохранении существующего уровня смертности от БСК потери государственной казны России составят в 2015 г. более 5% от ВВП. В то же время снижение смертности взрослого населения страны от основных неинфекционных заболеваний, в первую очередь, от БСК, травм и несчастных случаев до уровня смертности среди населения стран ЕС–15 к 2025 году приведет к росту ВВП на 3,6 – 4,0%.

Затраты на медицинскую помощь человеку в течение жизни прямо ассоциированы не только с наличием у неинфекционных заболеваний, но и с имеющимися у него факторами риска НИЗ. Только наличие основных поведенческих факторов риска НИЗ (курение, нерациональное питание, низкая физическая активность, ожирение) повышают в течение ближайших трех лет затраты на медицинскую помощь для лиц, имеющих комбинацию перечисленных поведенческих факторов риска в сравнении с лицами без факторов риска до 8 раз. Затраты здравоохранения на курильщиков, несмотря на сокращенную продолжительность их жизни, превышают затраты на некурящих лиц примерно на 30%. Наличие биологических факторов риска НИЗ – артериальная гипертензия и повышенный уровень холестерина в крови тоже увеличивают расходы системы здравоохранения в сравнении с лицами без этих факторов риска в 2 раза.

Согласно рекомендациям ВОЗ существуют три основные стратегии снижения смертности НИЗ – популяционная стратегия профилактики, профилактическая стратегия выявления лиц высокого риска и коррекции у них факторов риска, а также вторичная профилактика (включает как лечебные мероприятия в период обострения заболевания, так лечебные меры по их предупреждению). Популяционная стратегия профилактики предполагает формирование здорового образа жизни населения посредством информирования о факторах риска НИЗ, мотивирования к ведению здорового образа жизни, а также обеспечения для этого условий. Реализация популяционной стратегии возможна только на основе межсекторального взаимодействия, предполагающего объединение усилий органов законодательной и исполнительной власти, различных ведомств, общественных структур, религиозных организаций. Стратегия выявления лиц с высоким риском и коррекции факторов риска НИЗ осуществляется главным образом на индивидуальном и групповом уровнях в рамках первичной медико-санитарной помощи, а также в рамках специализированной помощи и санаторно-курортного

лечения. Для реализации этой стратегии требуется наличие инфраструктуры системы медицинской профилактики. Важнейшими инструментами стратегии высокого риска являются диспансеризация и профилактические осмотры населения. Стратегия вторичной профилактики реализуется в лечебно-профилактических учреждениях на индивидуальном уровне и предполагает медикаментозное, интервенционное и хирургическое лечение у лиц, имеющих доказанные НИЗ в целях предупреждения развития у них осложнений.

Опыт целого ряда стран (Финляндия, США, Великобритания, Нидерланды, Австралия, Новая Зеландия) показал, что в двукратном и более снижении смертности от БСК профилактические меры, направленные на борьбу с факторами риска НИЗ, имеют большую эффективность в сравнении с лечебными мероприятиями. Так вклад лечебных мероприятий в снижение смертности составил 37%, а профилактических – 55% (8% – неопределенные факторы). В США двукратное снижение смертности от ишемической болезни сердца произошло в период с 1980 по 2000 год. При этом, эффект профилактических мероприятий, реализуемый в рамках стратегии популяционной стратегии и стратегии выявления лиц высокого риска, и направленных на уменьшение распространенности факторов риска БСК был обусловлен:

- на 24 % за счет рационального питания и снижения уровня холестерина
- на 20 % за счет контроля уровня артериального давления
- на 12 % за счет отказа от табакокурения
- на 5 % за счет увеличения физической активности.

Эффект лечебных мероприятий (стратегия вторичной профилактики) был обусловлен:

- на 11% вторичной медикаментозной профилактикой и применением методов реваскуляризации миокарда после перенесенного ИМ
- на 10% за счет эффективного лечения острого коронарного синдрома
- на 9% за счет эффективного лечения хронической сердечной недостаточности
- на 5% за счет реваскуляризации миокарда у больных стенокардией
- на 12% за счет других методов лечения ИБС.

При этом позитивные эффекты были частично нивелированными ростом среди населения индекса массы тела и распространенности сахарного диабета. Вклад данных факторов в увеличение смертности от ИБС составил 8% и 10 % соответственно.

Реализация профилактических мер требует немалых финансовых затрат. При этом необходимо учитывать, что инвестиции в здоровье населения не обязательно должны приводить к прямой экономии денежных средств – инвестиционные программы должны быть экономически целесообразны с позиции оценки затрат на единицу получаемого эффекта, оцениваемому, как правило, с помощью показателя «сохраненный год жизни» (life years saved, LYS) или «сохраненный год качественной жизни» (quality adjusted life years, QALY). Большинство профилактических мероприятий отвечает этому критерию, и демонстрируют существенно больший экономический эффект по сравнению, с такими затратными методами лечения БСК, как высокотехнологические. При этом являющаяся важным компонентом мер профилактики эффективная система ранней диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом, и артериальной гипертензией, может увеличивать затраты системы здравоохранения. Причиной этого является то, что выявление лиц с высоким сердечно-сосудистым риском требует назначения медикаментозной терапии для лечения артериальной гипертензии и нормализации уровня холестерина в крови в целях профилактики ИБС, инсульта и других серьезных осложнений у существенно большего числа лиц. Для достижения экономической целесообразности первичной профилактики НИЗ необходимо тщательное планирование вмешательств, с выбором целевых групп,

определение затрат и интенсивности вмешательств. Таким образом, экономически целесообразная первичная профилактика – это не массовая недифференцированная стратегия, а тщательно планируемое вмешательство.

Среди существующих трех стратегий профилактики НИЗ (популяционной стратегии, стратегии выявления лиц с высоким риском НИЗ и стратегии вторичной профилактики) в экономическом отношении наиболее эффективна популяционная стратегия. В США, в рамках популяционной стратегии экономические затраты на сохранение одной жизни в течение одного года посредством пропаганды здорового образа жизни через средства массовой информации составляют 60 долларов, посредством применения ограничительных мер для потребления табака – от 230 до 2000 долларов и на снижение уровня холестерина в крови – 3200 долларов. Затраты на сохранение одной жизни в течение одного года в рамках стратегии высокого риска посредством комплексной профилактики НИЗ составляют 5000 долларов, а посредством применения статинов (лекарственные средства, снижающие уровень холестерина в крови) – 32600 долларов. В рамках вторичной профилактики расходы на сохранение одной жизни в течение одного года посредством установки стентов в коронарные артерии составляют 27000 долларов, коронарного шунтирования – 29000 долларов и имплантации кардиовертера–дефибриллятора для профилактики внезапной смерти – 41530 долларов.

Наличие существенной разницы в затратах на реализацию различных профилактических мер в рамках трех стратегий профилактики не являются основанием для отказа какой-либо из них как по этическим, так и по экономическим причинам. Так, в Российской Федерации оценка экономической эффективности долгосрочной, тщательно организованной программы медицинской многофакторной профилактики БСК в первичном звене здравоохранения (реализация стратегий высокого риска и вторичной профилактики) показала, что за 5 лет реализации программы первичной и вторичной профилактики LYS составили 52,5 лет на 1000 чел. QALY – 50,9 лет на 1000 чел. Оценка этих показателей в отдаленный период продемонстрировала существенный кумулятивный эффект – за 10 лет LYS составили 147,4 лет на 1000 чел. QALY – 143,0 лет на 1000 чел., причем как за счет вторичной, так и первичной профилактики. Экономия за счет сохранения трудового потенциала составила на тыс. участников профилактической программы – в течение 5 лет 10,3 млн. руб., в течение 10 лет – 35,4 млн.

В соответствии с Рекомендациями ВОЗ и Московской декларацией Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (апрель 2011 года) профилактика и контроль НИЗ требуют регулирования и реализации широкого ряда многоуровневых и межсекторальных (межведомственных) мер, направленных на весь спектр детерминант НИЗ с целью создания необходимых условий для ведения здорового образа жизни. Это включает в себя не только продвижение здорового образа жизни, но и обеспечение условий для его реализации посредством соответствующего законодательного, политического и экономического обеспечения, а также создания системы медицинских мер профилактики и раннего выявления заболеваний на самой ранней стадии. В Московской декларации подчеркивается, что эффективная профилактика и контроль НИЗ требуют согласованных действий правительства на всех уровнях (национальном, субнациональном и местном) в целом ряде секторов, таких как система здравоохранения, образование, энергетика, сельское хозяйство, спорт, транспорт и градостроительство, экология, труд, промышленность и торговля, финансы и экономическое развитие.

Таким образом, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, опирающимися на значительный международный опыт, если в процессе профилактики НИЗ реализация стратегии высокого риска и вторичной профилактики лежит в зоне ответственности главным образом системы

здравоохранения, то реализация популяционной стратегии профилактики НИЗ возможно за счет интегрированных усилий целого ряда политических, государственных, общественных и бизнес-структур.

В формировании наметившейся с 2004–2006 годов тенденции снижения смертности населения, безусловно, одной из основных причин является стабилизация социально-экономической ситуации, но существенный вклад внесли и мероприятия, проводимые в рамках системы здравоохранения. К настоящему времени в Российской Федерации накоплен определенный опыт профилактики НИЗ и формирования здорового образа жизни населения. С 2003 по 2007 в Российской Федерации осуществлялась реализация мероприятий Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», с 2008 по 2012 – Федеральной целевой программы «Борьба с социально значимыми заболеваниями» (подпрограмма «Артериальная гипертензия»). В результате реализации подпрограммы «Артериальная гипертензия» в настоящее время доля больных, получающих антигипертензивную терапию в нашей стране приблизилась к 70%, а частота достижения целевых уровней артериального давления 27%. Эффективность реализации подпрограммы требует постоянной материальной и организационной поддержки в первую очередь на уровне субъектов РФ, что далеко не всегда имело место. Более того, региональные программы «Артериальная гипертензия» были приняты не во всех субъектах РФ.

В рамках Национального приоритетного проекта «Здоровье», стартовавшего в РФ в 2006 году, начиная с 2009 года Минздравсоцразвития России резко расширил сферу своей деятельности в области профилактики НИЗ. Помимо организации лечебно-диагностического процесса, то есть вторичной профилактики, Минздравсоцразвития России активно приступил к реализации функции формирования здорового образа жизни у населения как важнейшей меры профилактики развития болезни у здоровых людей, уделяя особое внимание детям и молодым людям. Вполне очевидно, что эти меры не могут дать быстрого результата в плане снижения смертности, но как показывает опыт многих стран, это есть неременное условие получения хотя и отсроченных, но значимых и стабильных результатов. Также очевидно, что реализация этой задачи Минздравсоцразвития России выполнима только при активной поддержке политических, других государственных структур, а также бизнеса и общественных организаций. Основная работа по формированию здорового образа жизни населения в течение последних лет осуществлялась посредством реализации мероприятий по ограничению потребления населением табака, информационно-коммуникационной кампании и создания центров здоровья.

В Российской Федерации действует «Федеральный закон об ограничении курения табака» №87-ФЗ от 10 июля 2001г, в последней редакции – от 22 декабря 2008г. №268ФЗ, который определяет правовые основы ограничения курения табака в целях снижения заболеваемости населения. В 2008 году Россия ратифицировала Рамочную конвенцию Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ), приняв Федеральный закон от 24.04.2008 № 51-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака» и стала 157-й страной мира, принявшей на себя обязательства по ее выполнению. Для исполнения обязательств, предусмотренных этим документом, Правительство Российской Федерации приняло Концепцию осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 годы, утвержденную Распоряжением Правительства от 23 сентября 2010 г. N 1563-р и План по ее реализации. Согласно последнему, Минздравсоцразвития России совместно с заинтересованными ведомствами поручено подготовить и внести в Правительство Российской Федерации проект федерального закона, который обеспечит внесение изменений в действующее законодательство в соответствии с требованиями РКБТ ВОЗ.

В настоящее время Минздравсоцразвития России подготовлен проект нового федерального закона «О защите здоровья населения от последствий потребления табака» – в последней редакции от 07.12.2011г. взамен действующего Федерального закона.

Новый законопроект предусматривает реализацию всего комплекса мер, предлагаемого РКБТ ВОЗ, включая:

- предотвращение воздействия окружающего табачного дыма на здоровье человека (статья 8 РКБТ);

- ценовые и налоговые меры (статья 6 РКБТ);

- регулирование и раскрытие состава табачных изделий, установление требований к упаковке и маркировке табачных изделий (статьи 9–11 РКБТ);

- просвещение и информирование населения о вреде потребления табака и вредном воздействии табачного дыма (статья 12 РКБТ);

- запрет рекламы, спонсорства и стимулирования продажи табачных изделий (статья 13 РКБТ);

- организация и обеспечение медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака и лечение табачной зависимости (статья 14 РКБТ);

- предотвращение незаконной торговли табачными изделиями (статья 15);

- ограничение производства, оптовой и розничной торговли табаком и табачными изделиями; недопущение продажи табачных изделий несовершеннолетним и несовершеннолетними (Статья 16 РКБТ).

Во исполнение основных положений конвенции Федеральным закон Российской Федерации от 22 декабря 2008 г. N 268–ФЗ «Технический регламент на табачную продукцию» с 26 июля 2010г введены новые требования на маркировку табачной продукции, включая правила нанесения информации для потребителей табачных изделий, раскрытие информации о составе табачных изделий и предупредительные надписи о вреде потребления табачных изделий. Основные изменения, прежде всего, касаются вида пачки с сигаретами. Надпись на лицевой стороне упаковки "Курение убивает" теперь занимает не менее 30% площади, а на обратной стороне пачки, содержатся конкретные предостережения, как например, "Курение ведет к раку легких", "Курение провоцирует выкидыши" или "Курение вызывает сердечнососудистые заболевания". Под них отведено 50 процентов площади. Всего кампаниям предложено 12 видов предупредительных надписей. Кроме того, ужесточились требования к содержанию смолы и никотина в сигаретах. Согласно новому закону они не должны превышать 10/1 мг (ранее этот порог был на уровне 14/1,2 мг).

Федеральным Законом от 13.03.2006 N 38–ФЗ (ред. от 18.07.2011) «О рекламе», (статья 23 о Рекламе табака, табачных изделий и курительных принадлежностей) не допускается реклама табака:

- в теле– и радиопрограммах, при кино– и видео обслуживании;

- в предназначенных для несовершеннолетних печатных изданиях, аудио– и видеопроодукции;

- на первой и последней полосах и страницах газет, и обложках журналов;

- на рекламных конструкциях, монтируемых на крышах, внешних стенах и иных конструкциях зданий, строений или вне их;

- на всех видах транспортных средств общего пользования;

- в детских, образовательных, медицинских, санаторно–курортных, оздоровительных, военных организациях, театрах, цирках, музеях, домах и дворцах культуры, концертных и

выставочных залах, библиотеках, лекториях, планетариях и на расстоянии ближе чем сто метров от занимаемых ими зданий, строений, сооружений;

в физкультурно–оздоровительных, спортивных сооружениях и на расстоянии ближе чем сто метров от таких сооружений.

Реклама табака и табачных изделий в каждом случае должна сопровождаться предупреждением о вреде курения, причем такому предупреждению должно быть отведено не менее чем десять процентов рекламной площади (рекламного пространства).

С лета 2013 г. по новому законопроекту, планируется ужесточить требования к площадям торговых точек, торгующих табачной продукцией, их продажа будет осуществляться без выкладки, а покупатель сможет выбирать товар по специальному преysкуранту. Начиная с 2014 г., предполагается полностью запретить курение на пассажирском транспорте – в поездах дальнего следования, на пассажирских судах дальнего плавания, а также в зонах аэропортов, связанных с пассажирским обслуживанием, в том числе у входов в вокзалы и аэропорты в радиусе 10 м. С 2015 г. нельзя будет курить в гостиницах, кафе, ночных клубах, в том числе, кальяны. Проект предусматривает возможность оборудования зон для курения в подъездах жилых домов, но для этого курильщикам придется собрать подписи всех собственников жилья.

Вне закона объявляются нюхательный и жевательный табак. В новом законопроекте впервые предусмотрено введение запрета спонсорства и стимулирования продажи табачных изделий.

Для реализации представленных в законопроекте мер согласно Перечню федеральных законов, подлежащих изменению или принятию в связи с проектом федерального закона «О защите здоровья населения от последствий потребления табака» предусмотрено внесение соответствующих изменений в другие законодательные акты.

В течение последних лет в Российской Федерации основные меры по борьбе со злоупотреблением алкоголя проводились по нескольким основным направлениям – ограничения производства, продаж, рекламы, а также регулирование налогов (акцизов) и цен на продукцию. В 2011 г. была принята новая редакция 171–ФЗ "О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции" от 22.11.1995, включающая следующие положения:

- запрет розничной продажи алкогольной продукции в детских, образовательных, медицинских организациях, на объектах спорта, на прилегающих к ним территориях;
- запрет розничной продажи алкогольной продукции с 23 часов до 8 часов по местному времени;
- предоставление органам государственной власти субъектов Российской Федерации вправе устанавливать дополнительные ограничения времени, условий и мест розничной продажи алкогольной продукции, в том числе полный запрет на розничную продажу алкогольной продукции;
- запрет продажи пива в нестационарных объектах (с 1 января 2013 г.);
- запрет розничной продажи питьевого этилового спирта в районах Крайнего Севера и приравненных к ним.

Были внесены изменения в 38–ФЗ «О рекламе» от 13.03.2006, предусматривающие ограничение рекламы алкогольной продукции с содержанием этилового спирта пять и более процентов объема готовой продукции только в стационарными торговыми объектами, в которых осуществляется розничная продажа алкогольной продукции. Было введено уголовное наказание за продажу алкоголя несовершеннолетним (ст. 151.1 УК РФ).

В 2010–2011 годах информационно–коммуникационная кампания по формированию здорового образа жизни была сконцентрирована на двух приоритетных направлениях: борьба с употреблением табака и формирование у населения ответственного отношения к собственному здоровью. Центральным элементом коммуникационной кампании является мультимедийный Интернет–портал о здоровом образе жизни www.takzdorovo.ru. Данный портал предоставляет пользователям широкий пласт регулярно пополняемой информации о различных аспектах здорового образа жизни, включающий интерактивные сервисы, тестовые и оценочные системы, социальную сеть, возможность получения онлайн–консультаций экспертов сферы здравоохранения, а также другие активности.

Основной потенциал в плане пропаганды здорового образа жизни имеет телевидение, как федеральное, так и региональное. В программах федеральных телеканалов (в первую очередь «Россия 1», «Первый канал») передачи, пропагандирующие отказ от табакокурения, употребления наркотиков, рациональное (здоровое) питание, повышение физической активности, приобрели регулярный характер.

Со второй половины 2009 года в стране началось формирование центров здоровья, которые стали принципиально новой структурой в системе профилактики НИЗ. В настоящее время на территории Российской Федерации функционирует около 502 центров здоровья для взрослых и 204 для детей, большинство из которых создано на базе больничных и поликлинических учреждений.

Основными функциями центров здоровья являются:

оценка состояния ряда функциональных систем организма и их адаптивных резервов
прогноз состояния здоровья

консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включающих информирование о вредных и опасных для здоровья человека факторах риска, помощь по отказу от потребления алкоголя и табака, рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха, а также формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких

пропаганда здорового образа жизни на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях (в пределах своей зоны обслуживания населения).

Помимо проведения профилактических осмотров и диспансеризации отдельным категориям граждан Российской Федерации, начиная с 2006 года были начаты мероприятия по дополнительной диспансеризации работающих граждан. Процесс диспансеризации населения нуждается в своевременном совершенствовании в плане повышения его медико–социальной и экономической эффективности с учетом накопленного отечественного и зарубежного опыта.

22 ноября 2011 года был принят закон «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», который также как и предыдущий закон (1993 год), профилактику заболеваний определил в качестве одного из приоритетов, но при этом в новом законе конкретно указано каким образом обеспечивается приоритет профилактики в сфере охраны здоровья.

Помимо организованных мер по профилактике НИЗ в масштабах всего государства в целом ряде субъектов Российской Федерации в течение последних нескольких лет разрабатываются и реализуются региональные программы формирования здорового образа жизни и профилактики НИЗ. В настоящее время в 60 субъектах РФ из 83–х имеются и финансируются программы по профилактике НИЗ и формированию основ ЗОЖ.

В 15 регионах (Вологодская, Кировская, Курская, Новосибирская, Пензенская, Томская, Тюменская, Ульяновская, Челябинская области, Чувашская Республика, Удмуртская Республика, Республика Тыва, Кабардино–Балкарская Республика, Приморский край) приняты программы,

перекрывающие основные направления профилактики НИЗ и здорового образа жизни, то есть мероприятия по ограничению потребления табака и алкоголя, оптимизации питания населения, повышению уровня физической активности населения, снижению распространенности ожирения и избыточной массы тела, а также программ по профилактике факторов риска основных ХНИЗ и профилактике вредных привычек и формированию основ ЗОЖ среди детей и подростков, программ по повышению физической активности и др.). Самостоятельное финансирование программ имеется только в 10 субъектах Российской Федерации. Еще в 8 регионах имеются программы, в основном перекрывающие главные направления профилактики НИЗ (Архангельская, Астраханская, Костромская, Тверская области, Красноярский край, Санкт-Петербург, Республика Алтай, Республика Коми). В 13 субъектах Российской Федерации приняты программы профилактики, направленные на реализацию отдельных направлений профилактики НИЗ с достаточным финансированием (Иркутская, Омская, Мурманская, Ленинградская, Липецкая, Курганская, Владимирская, Самарская области, Ямало-Ненецкий автономный округ, Республика Татарстан, Республика Марий Эл, Республика Башкортостан, Камчатский край). В стадии разработки находятся программы профилактики в Республике Калмыкии, Брянской, Волгоградской, Московской области, Красноярском крае.

Активные меры по борьбе с болезнями системы кровообращения в нашей стране проводились и в рамках крупных международных проектов. В конце прошлого века была сформулирована международная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний CINDI (CINDI – Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention). В программе приняли участие 28 европейских стран (включая Россию), а также Канада, являющиеся членами ВОЗ, сотрудничающими в области профилактики НИЗ. Основной концепцией этой программы была разработка мер профилактики, предполагающих одновременное интегрированное воздействие на несколько основных поведенческих факторов риска НИЗ (курение, нерациональное питание, низкая физическая активность и злоупотребление алкоголем), способствующих снижению распространения четырех биологических факторов риска (артериальной гипертензии, избыточной массы тела, содержания липидов и глюкозы крови) и влияющих таким образом на предотвращение четырех основных НИЗ – сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, сахарного диабета и хронических обструктивных заболеваний легких. Структурно программа CINDI в России состояла из 20 региональных программ. Все эти региональные программы работали с различной степенью интенсивности. Эффективность работы программ зависела от того, насколько их лидеры и участники способны были вовлекать в процесс структуры власти, находить партнеров, мобилизовать население, т.е. творчески действовать в использовании достижений науки по профилактике НИЗ.

Программа CINDI не повлияла на заболеваемость и смертность от НИЗ в России по нескольким причинам. Во-первых, ее задачей были привлечение внимания органов власти и общественности к проблеме, разработка стратегии, организационных форм и методов профилактики, и в меньшей мере внедрение их в практику как систему действий. Во-вторых, она не имела комплексного характера. В третьих, эта программа в большинстве регионов не имела должной государственной поддержки, в том числе со стороны органов управления здравоохранением. Вторым международным проектом в области профилактики НИЗ, осуществляемых на территории Российской Федерации, была программа Европейского союза ТАСИС под названием «Система профилактических мер и здоровье населения России». Проект был весьма непродолжителен – с января 1998 года по август 2000 года и включал несколько пилотных регионов. Проекты CINDI и ТАСИС проводились в сложный период перестройки нашей страны, когда ранее существовавшая система здравоохранения не только не имела средств для

развития, но и была в значительной степени разрушена. Отсутствие их влияния на уровень смертности населения в основном объясняется материальной и моральной неготовностью к полноценной масштабной реализации этих профилактических программ.

С середины 90-х годов наша страна принимает участие в международном проекте «Здоровые города», проходящего под эгидой Европейского регионального бюро ВОЗ. В этот процесс в Европе вовлечено более 1000 городов и различных поселений 30 стран. В России на сегодняшний день проект реализуется в городах Череповце и Великом Устюге (Вологодская область), Чебоксарах и Новочебоксарске (Чувашская республика, Ижевске (Удмуртская республика), Ставрополе, Самаре, в Ступинском муниципальном районе (Московская область). Начинается работа в Якутске и Ульяновске. Требования к участникам проекта предполагают устойчивую поддержку со стороны местных властей (исполнительной и законодательной), формирование межведомственного органа управления, а также создание организационного, кадрового и финансового потенциала. Реализация проекта проходит пятилетними фазами. В последние годы работа велась по следующим направлениям: «здоровое» городское планирование, здоровье в пожилом возрасте, активный образ жизни.

Однако до последнего времени широкомасштабные программы профилактики неинфекционных заболеваний не проводились по целому ряду причин:

профилактика НИЗ не была приоритетным направлением в политике и стратегии охраны здоровья населения России, как на уровне правительства, так и на уровне Министерства здравоохранения

отсутствовало постоянное целевое финансирование разработок и внедрения программ профилактики НИЗ на национальном и региональном уровнях

отсутствовали финансовые стимулы у врачей и медсестер практического здравоохранения совершенствовать знания в области профилактики НИЗ и проводить соответствующие профилактические мероприятия

несовершенство инфраструктуры, осуществляющей организационно-методическую помощь практическому здравоохранению в профилактике НИЗ (кабинетов, отделений медицинской профилактики, центров медицинской профилактики)

акцент в профилактических программах на просвещение население, не использование законодательных и нормативно-правовых мер и оказания медицинской помощи желающим изменить образ жизни.

В конце XX века произошла трансформация в медицинской науке, которая предопределила тенденцию перехода от «диагностики и лечения» к «охране здоровья».

Поскольку развитие человека зависит от среды его обитания, актуально изучение и управление факторами, которые не только влияют на качество жизни, но и определяют устойчивость, восприимчивость, адаптивность человека к все более изменяющимся внешним условиям. Большое внимание уделяется изучению закономерностей существования человека в среде – экологических, климатических, урбанистических и иных факторов, а также от поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, связанных с нездоровым образом жизни. Комбинация поведенческих и экологических факторов риска провоцируют и ускоряют развитие биологических факторов риска неинфекционных заболеваний, которые обуславливают 80% всех смертей населения Российской Федерации. Высокая общая и внегоспитальная смертность населения, особенно касающаяся лиц трудоспособного возраста, является важнейшей причиной неблагоприятной демографической ситуации в стране, а также в совокупности с высоким уровнем инвалидизации населения по причине неинфекционных заболеваний формирует большую дополнительную нагрузку на экономику страны.

В условиях глобализации, при наличии возможности свободного пересечения границ, приводящего к неконтролируемому переносу инфекций; кризисных, пост- и предкризисных ситуаций в экономике государства, влияющих на уровень качества жизни населения; тенденции к старению и, как следствие, повышению уровня заболеваемости населения, возрастают риски возникновения ситуации, когда государству затруднительно будет продолжать оказывать медицинскую помощь на заявленном уровне.

Поэтому все более актуальным становится вопрос о взаимных обязательствах граждан и государства. Государство не сможет предоставить неограниченный объем государственных гарантий оказываемой бесплатно медицинской помощи при отсутствии зафиксированных корреспондирующих обязательств (ответственное отношение к собственному здоровью, периодическое прохождение профилактических осмотров, вакцинация и ревакцинация, соблюдение предписаний врача) со стороны гражданина (пациента).

В случае принятия гражданином на себя обязательств по ответственному отношению к собственному здоровью Российская Федерация получит возможность гарантировать ему оказание за счет государства необходимого объема качественной медицинской помощи.

Осознавая это, государство должно рассматривать выстраивание системы охраны здоровья в стране как культурный проект. Проект социального партнерства гражданина и государства. Забота о здоровье гражданина – это не только ответственность государства, а также медицинского работника как представителя государства, но и ответственность самого гражданина. Все вышесказанное предполагает значительный по времени переходный период, на протяжении которого каждый гражданин сделает свой осознанный выбор: качественная и бесплатная медицинская помощь при соблюдении элементарных правил ответственного отношения к собственному здоровью, профилактике заболеваний, своевременному предупреждению и лечению или, в противном случае, качественная медицинская помощь на условиях софинансирования, за исключением случаев, угрожающих жизни (скорая помощь).

Эффективность мер Подпрограммы 1 в значительной мере зависит от наличия во всех субъектах Российской Федерации собственных целевых программ по формированию здорового образа жизни населения и профилактики неинфекционных заболеваний, скоординированных по своему содержанию с данной подпрограммой и имеющих адекватное финансирование для ее реализации.

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы, цели, задачи и показатели (индикаторы) достижения целей и решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов Подпрограммы, сроков и контрольных этапов реализации Подпрограммы

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы отражены:

в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации;

Федеральном законе «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака»;

Распоряжении Правительства Российской Федерации от 13.10.2008 № 1478–р «О возложении на Минздравсоцразвития России функций по координации проведения работ и обеспечению выполнения Российской Федерацией обязательств, вытекающих из Конвенции ВОЗ по борьбе против табака»;

Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 – 2015 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 23.09.2010 № 1563–р;

Комплексе мер по повышению эффективности регулирования рынка алкогольной продукции в Российской Федерации и производства этилового спирта, утвержденном распоряжением Правительства Российской Федерации от 14 декабря 2011 г. № 1940–р;

Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденном указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 № 1351;

Концепции долгосрочного социально–экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1662–р;

Основных направлениях деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года, утвержденных распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1663–р;

Концепции государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2009 № 2128–р;

Указе Президента Российской Федерации от 30.01.2010 № 120 «Доктрина продовольственной безопасности Российской Федерации»;

Распоряжении Правительства Российской Федерации от 25.10.2010 № 1873–р «Об основах государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2020 года».

Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2011 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»

Федеральном законе «О наркотических средствах и психотропных веществах»

Федеральном законе от 21.07.1998 № 117–ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

Концепции государственной антинаркотической политики Российской Федерации, утвержденной на заседании Государственного антинаркотического комитета 16.10.2009 г.

Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. № 690.

Характеристика основных мероприятий Подпрограммы

Мероприятие 1.1. Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни, в том числе у детей. Профилактика развития зависимостей, включая сокращение потребления табака, алкоголя, наркотических средств и психоактивных веществ, в том числе у детей

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» Правительству Российской Федерации поручено обеспечить к 2018 году снижение смертности от основных причин, а также обеспечить дальнейшую работу, направленную на реализацию мероприятий по формированию здорового образа жизни граждан Российской Федерации, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно–оздоровительных программ, профилактику алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака.

Ключевую роль в решении поставленных задач играет развитие системы медицинской профилактики инфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни у населения Российской Федерации с использованием межведомственного подхода.

В соответствии со статьей 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее – 323–ФЗ), профилактика – это комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания. Статьей 4 323–ФЗ закреплены основные принципы охраны здоровья, в том числе, приоритет профилактики в сфере охраны здоровья.

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья будет обеспечен путем:

- 1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе по снижению потребления алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;
- 2) осуществления санитарно–противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- 3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально–значимых заболеваний и борьбе с ними;
- 4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Здоровый образ жизни является предпосылкой для развития разных сторон жизнедеятельности человека, продления его активного и творческого долголетия с полноценным выполнением социальных функций, активным участием в трудовой, общественной, семейной формах жизнедеятельности. Здоровый образ жизни включает:

отказ от вредных привычек: курения, употребления наркотиков, злоупотребления алкоголем;

здоровое питание, обеспечивающее физиологические потребности человека и профилактику развития ожирения, артериальной гипертонии, атеросклероза, сахарного диабета, остеопороза и др.;

достаточный уровень физической активности, включая физическую культуру и спорт, с учетом возрастных и физиологических особенностей;

рациональный режим труда и отдыха, соблюдение санитарно–эпидемиологических требований;

сохранение репродуктивного здоровья и семейного благополучия;

владение навыками психологической стрессоустойчивости, конструктивного общения и саморазвития.

Формирование здорового образа жизни населения осуществляется на популяционном уровне на основе межведомственного (межсекторального) взаимодействия и складывается из трех основных составляющих: информирования человека о принципах здорового образа жизни, создания к нему мотивации и создания условий для реализации принципов здорового образа жизни.

Информирование о факторах риска инфекционных заболеваний и создание мотивации к ведению здорового образа жизни (пропаганда здорового образа жизни) должна осуществляться

через федеральные и региональные средства массовой информации (популяционный уровень), а также с помощью центров медицинской профилактики (популяционный уровень), центров здоровья (популяционный, групповой и индивидуальный уровень), кабинетов/отделений поликлиник, стационаров и санаториев (групповой и индивидуальный уровень), а также фельдшерско–акушерских пунктах (групповой и индивидуальный уровень).

Пропаганда здорового образа жизни на популяционном уровне должна осуществляться:

- через федеральное и региональное телевидение (разработка, изготовление и размещение, в первую очередь, на центральных телевизионных каналах в прайм–тайм социальной рекламы о вреде факторов риска неинфекционных заболеваний, способах борьбы с ними, формирование в общественном сознании установок на здоровый образ жизни с учетом различий социальных групп – целевой аудитории (основные целевые аудитории: дети и подростки, молодежь и студенты, мужчины трудоспособного возраста, женщины трудоспособного возраста, беременные женщины, лица старшей возрастной группы, лица, страдающие хроническими неинфекционными заболеваниями);

- через сеть интернет (поддержка, обновление и продвижение интернет–портала www.takzdorovo.ru, а также Размещение рекламных роликов в сети Интернет на площадках Mail.ru, Yandex.ru, Afisha.ru, Gazeta.ru, Vzglyad.ru);

- через печатную продукцию и средства радиовещания, особенно коротковолнового диапазона;

- через средства наружной рекламы (создание и размещение образцов наружной рекламы и иных видов образцов рекламно–информационных материалов по вопросам ЗОЖ в общественных местах, торговых центрах, на транспорте, в медицинских учреждениях, учреждениях социальной защиты и т.п. после апробации готового продукта в фокус–группах);

- посредством проведения образовательных/информационных кампаний, направленных на формирование здорового образа жизни (организация и проведение медико–социальных акций таких, как «Лето без табачного дыма», «Цени свою жизнь», «Оцени свою тренированность» и т.п. с участием волонтеров, а также организация и проведение акций дни здоровья, например, в «День отказа от курения» или в «День борьбы с хронической обструктивной болезнью легких» – акция «Проверь свои легкие» и т.п.).

- посредством поддержки единой телефонной справочной службы программы «Здоровая Россия» 8–800–200–0–200 по предоставлению бесплатных консультации по принципам ЗОЖ.

Обязательным условием эффективности коммуникационной кампании по формированию здорового образа жизни на популяционном уровне является регулярная ее оценка через социологические опросы.

На групповом уровне формирование здорового образа жизни главным образом осуществляется через посредство школ здоровья (в которых могут обучаться и люди уже имеющие заболевания), а также через посредство специализированных школ для пациентов, имеющих такие заболевания, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, сахарный диабет, бронхиальная астма и т.д.

На индивидуальном уровне основными способами формирования здорового образа жизни являются краткое консультирование, осуществляемое в кабинетах/отделениях медицинской профилактики, а также врачами–специалистами поликлиник, врачебных амбулаторий, офисов общеврачебной практики и стационаров по специальному алгоритму, консультирование в центрах здоровья, а также работа с пациентами в кабинетах оказания помощи по отказу от курения.

Содержание информации о факторах риска НИЗ и способ ее подачи, создание мотивации к ведению здорового образа жизни имеет свою специфику относительно каждого поведенческого фактора риска применительно к различным половозрастным и социальным группам населения.

Чрезвычайно высокий уровень распространенности курения как среди взрослого населения, так среди детей и подростков, в настоящее время является одним из ведущих факторов риска непосредственно острых сердечно-сосудистых осложнений, а также фактором провокации и ускорения развития атеросклероза и артериальной гипертонии. Кроме того продолжение потребления табака лицами, имеющими доказанные неинфекционные заболевания существенно снижает эффективность их лечения. Люди, имеющие доказанные хронические неинфекционные заболевания и получающие по этому поводу медикаментозное, интервенционное или хирургическое лечение и продолжающие вести нездоровый образ жизни, существенно снижают эффективность лечения и таким образом активно препятствуют сохранению продолжительной и качественной жизни и увеличивают количества дней временной нетрудоспособности. Следствием этого является возрастание дополнительной нагрузки на экономику страны как за счет недополучения продуктов труда, так и за счет дополнительных расходов государства и граждан на лечение.

Факт того, что курение вредно для здоровья, формально является общеизвестным, но зная это, люди начинают или продолжают курить, и причины этого в разных возрастных и социальных группах различны. Среди детей, подростков и молодежи курение является ложным признаком взросления и самостоятельности, чему активно способствует не только поведение более старших и/или успешных с точки зрения детей и молодежи лиц, но и пропаганда курения через поведение героев кинофильмов, особенно телевизионных. В этом возрасте любые болезни, в том числе, обусловленные курением, ребенком, подростком или молодым человеком редко ассоциируются с ним лично. Среди лиц среднего и старшего возраста основными причинами продолжения курения является недостаточная информированность о вреде курения лично в отношении конкретного человека или отсутствие мотивации быть здоровым или сложностей с отказом от курения по причине сильной от него зависимости.

Начало злоупотребления алкоголем, наркотическими средствами и психотропными веществами имеет примерно такие же причины, что и потребление табака. Начало злоупотребления алкоголем в среднем и пожилом возрасте в значительной степени обусловлено образом жизни окружающих, уровнем социально-экономического благополучия семьи, психологической обстановкой в семье и на работе, а также генетически предопределенных биологических свойств человека.

Приобщение подростков и лиц молодого возраста к потреблению наркотических средств и психотропных веществ с немедицинской целью часто связано с соответствующей модой и пропагандой через СМИ и интернет того или иного наркотического средства. Сначала установившаяся мода на потребление наркотиков, а затем и широкое распространение злоупотребления наркотиками создают не только мотивационную установку, но и формируют стиль, образ жизни, когда наркотизация становится не просто обязательной, а нормой жизни.

В молодежной культуре наркотики часто рассматриваются как социальная функция, действие. Так, в некоторых молодежных субкультурах употребление наркотиков является одним из ритуалов, формой реализации своей философии жизни, символом, объединяющим референтную группу и отделяющим ее от остального общества. В других группировках наркотики используются как символ отрицания общественных норм и даже как средство самоотрицания, стремление к разрушению, в том числе и себя. При этом знание пагубных последствий, по данным различных социальных исследований, не останавливает подростков от злоупотребления.

Нередко первые пробы и приобщение к злоупотреблению наркотиками связано с возрастными особенностями подростковой и юношеской психики в форме реакций подражания, группирования, имитации. Если потребление наркотика принято в группе, к которой подросток человек принадлежит или с которой он себя идентифицирует, он испытывает потребность потреблять этот наркотик для достижения ощущения сопричастности к этой группе. Принципиальную роль в этой ситуации играет отрицательный лидер, обладающий абсолютным авторитетом и от которого подросток может оказаться в эмоциональной зависимости.

Важными факторами приобщения к потреблению наркотиков является их доступность на рынке. Существенно реже побудительные механизмы начала наркопотребления связаны с оппозиционными установками, направленными на противопоставление себя окружающему социуму, как попытка преодолеть эмоциональный стресс, личные проблемы, либо, наоборот, попытка разнообразия ощущений (так называемая сенсорная жажда).

В связи с этим особое внимание должно уделяться воспитанию детей и подростков, формированию у них нормативных ценностей и интересов, социально активной жизненной позиции в сочетании с критичным отношением к злоупотреблению алкоголем и иными психоактивными веществами.

Особое внимание должно уделяться созданию у населения, в том числе у детей и подростков, культуры рационального питания, способствующей сохранению нормальной массы тела, нормального уровня артериального давления, а также нормальной концентрации в крови холестерина и глюкозы. Рациональное и сбалансированное питание предполагает в первую очередь соответствие количества и состава потребляемой пищи реальным энерготратам человека. Кроме того важно, чтобы суточный рацион человека включал не менее 5 порций фруктов и овощей без учета картофеля, моркови и свеклы. Количество соли, содержащейся в пище и используемой для досаливания приготовленной пищи не должно превышать 8 г в сутки. В потребляемой пище должно быть максимально ограничено количество жиров животного происхождения при увеличении в рационе доли рыбы, преимущественно холодных морей. И, наконец, также максимально должно быть ограничено потребление трансизомеров жирных кислот, главным образом поступаемое в организм с твердыми маргаринами и жирной пищей.

Развитие избыточной массы тела и ожирения, в том числе наиболее неблагоприятной его формы – абдоминального ожирения, обусловлено сочетанием двух основных факторов – нерационального питания и недостаточного уровня физической активности. Нерациональный характер питания, с точки зрения влияния на развитие ожирения, в первую очередь предполагает потребление избыточного количества калорий относительно реальных энерготрат. В детском и подростковом возрасте, а также среди молодежи примерно до 25 лет основной причиной является употребление в пищу большого количества высококалорийных продуктов (шоколадки, чипсы, фаст-фуд) и сладких напитков на фоне дефицита физической активности. Среди лиц среднего и более старшего возраста основной причиной является сохранение привычного для молодых пищевого поведения, предполагающего, как правило, употребление большого количества пищи, остающегося в молодом возрасте без последствий с точки зрения формирования жировых отложений. Большую роль в развитии ожирения, особенно у женщин среднего и старшего возраста, играют так называемые «перекусы», которые обычно не воспринимаются человеком как факт приема пищи.

Потребление избыточного количества соли происходит по двум основным причинам – использование в пищу продуктов, содержащих ее большое количество в силу специфики их рецептуры и производства (колбасные изделия, хлеб, сыры, консервированные продукты), а также за счет дополнительного досаливания приготовленной пищи и использования соленостей.

Поэтому повышение уровня знаний населения о вреде избыточного количества соли, являющейся одним из важнейших факторов развития артериальной гипертонии, должно производиться с предоставлением информации, о том какие продукты являются основным источником соли в повседневной жизни.

Точно также информационная кампания, направленная на ограничение потребления жиров и, так называемых, «быстрых» углеводов при одновременном увеличении в рационе доли рыбы, фруктов и овощей, должна содержать данные о том, какие продукты наиболее неблагоприятны с точки зрения повышения в крови холестерина и глюкозы, а употребление каких, напротив, способствуют их снижению.

Нормальный уровень физической активности, препятствующий развитию ожирения и артериальной гипертонии, предполагает совершение человеком порядка 10 тысяч шагов в день. Низкая физическая активность, главным образом присуща жителям городов. У детей, подростков и молодежи ее основными причинами являются длительное проведение времени за компьютером и снижением популярности подвижных игр, а также занятий физической культурой и спортом. В среднем и пожилом возрасте основными причинами являются пользование личными автомобилями, общественным транспортом при перемещении на небольшие расстояния и отсутствие необходимости в физическом труде при ведении домашнего хозяйства.

Поэтому пропаганда отказа от курения, злоупотребления табака и потребления наркотиков, а также борьбы с нерациональным питанием и низкой физической активностью должна проводиться с учетом всех этих обстоятельств, со специальным фокусом для разных возрастно-половых и социальных групп населения.

Существуют также три группы психо-социальных факторов, которые не только обостряют и утяжеляют течение хронических неинфекционных заболеваний (в первую очередь сердечно-сосудистых), но и способствуют их развитию. Основными причинами таких психо-социальных факторов, как низкий социальный и экономический статус, социальная изоляция и отсутствие социальной поддержки, являются низкий уровень образования, наличие тяжелых заболеваний и инвалидности, недостаточный уровень экономического развития региона, а также низкая эффективность работы социальных служб. Ко второй группе факторов относятся депрессия, тревожность, агрессивное поведение, склонность к негативизму и социальной самоизоляции. Они определяются главным образом спецификой типа личности и могут значительно актуализироваться на фоне хронических заболеваний и с возрастом. Причинами развития стресса на работе и в семье чаще всего являются неумение правильно организовывать свой режим труда и отдыха, неумение выстраивать взаимоотношения в семье, а также управлять своим поведением.

Формирование здорового образа жизни детей должно осуществляться фактически с момента их рождения. В самом раннем возрасте оно главным образом определяется правильным вскармливанием детей с недопущением набора избыточной массы тела. С момента начала осознанного поведения ребенка культура рационального питания, позитивного отношения к физической активности и негативного отношения к потреблению табака и алкоголя должны осуществляться в семье, дошкольных учреждениях и школе практически непрерывно посредством формирования соответствующих ценностей. Очень важно сформировать у ребенка способность противостоять примерам сверстников-лидеров, демонстрирующих негативное поведение, а также грамотно способствовать укреплению в детских коллективах авторитета сверстников с позитивным поведением. В условиях избытка на телевидении, в интернете, в поп-культуре, в печатных изданиях примеров нездорового образа жизни (курение, употребление алкоголя, а также наркотиков) очень важно не столько изолировать ребенка от информации,

сколько формировать у него критическое к этому отношение. В школе информация о здоровом образе жизни, помимо занятий на специальных уроках по предмету «основы безопасности жизнедеятельности», должна доводиться до учеников во всех возможных ситуациях в процессе практически всего периода обучения, но неназойливо и незаметно, например, через материал для рекомендованного чтения, через условия задач по математике и физике, курс биологии и т.д. Кроме педагогов в школах важную роль в распространении информации о здоровом образе жизни должны играть медицинские кабинеты. Примером рационального питания должно быть школьное питание. Безусловно, именно школа через посредство профессионально и интересно построенных занятий и спортивных секций является главным местом приобщения детей и подростков к физической культуре. Особую роль играют образовательные учреждения, входящие в Российскую сеть школ, содействующих укреплению здоровья. Необходимо распространение технологий школ, содействующих укреплению здоровья, на все образовательные учреждения, включая организации для детей–сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В средних и высших учебных заведениях к формированию здорового образа жизни должны подключаться студенческие поликлиники, воспитатели, общественные организации.

Создание условий для отказа от курения алкоголя и наркотиков должна предусматривать такие меры как запрет рекламы продажи табачных изделий и алкоголя, контроль за недопущением скрытой рекламы употребления алкоголя и наркотиков, проведение непрерывной политики антирекламы в отношении потребления табака, алкоголя и наркотиков, проведение эффективной ценовой и налоговой политика в отношении табачных изделий и алкоголя, ограничение их продажи по месту и времени, защиту населения от пассивного курения.

Одновременно необходимо формировать у населения наркологическую грамотность за счет информирования о всех возможных негативных медицинских и социальных последствий табакокурения, а также злоупотребления алкоголем и наркотиками. Необходимо развивать у населения альтернативные интересы и увлечения и создавать условия для их реализации.

Кроме того должна быть создана система доступной и эффективной психолого–коррекционной и лечебно–реабилитационной помощи по отказу от курения, по лечению табачной, алкогольной и наркотической зависимости. Защита населения от пассивного курения, практически в равной степени вредоносного с активным потреблением табака, должна главным образом обеспечиваться строгим ограничением мест для курения, исключаящим распространение табачного дыма за их территорию.

Создание условий для рационального и сбалансированного питания должно предполагать доступность информации о содержании в продуктах калорий, жиров, углеводов и соли, что обеспечивается отображением этой информации необходимым для легкого прочтения шрифтом на фоне, не затрудняющем чтение. Важнейшим условием для осуществления рационального питания должна быть доступность для населения необходимых для этого продуктов как в плане их наличия в продаже, так и по цене. Должны быть предусмотрены меры ограничения рекламы фаст–фуда, сладких газированных напитков, чипсов.

Создание условий для обеспечения достаточного уровня физической активности должно включать создание в шаговой доступности парковых зон, сооружение велосипедных дорожек вдоль всех основных городских транспортных маршрутов, строительство спортивных площадок, стадионов, спортзалов.

Предотвращение появления и коррекция психо–социальных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний также требуют своих условий. Повышение социального и экономического статуса и устранение социальной изоляции главным образом может быть решено на популяционном уровне в результате экономического роста региона, а также

проведения эффективной социальной политики. Важным условием преодоления депрессии и тревожности является своевременное их выявление и их коррекция с помощью психологических, психотерапевтических и медикаментозных методов. Преодоление стресса на работе и в семье осуществляется главным образом с помощью методов психологического консультирования, осуществляемого, в том числе в кабинетах/отделениях медицинской профилактики и центрах здоровья, и иногда с помощью психотерапии.

Наибольший рост потребления табака за последние 5 лет (в 3 раза) отмечен среди женщин, детей и подростков. Во время беременности более 40 процентов курящих женщин продолжают курить, что приводит к увеличению числа детей, родившихся больными, а также росту недоношенности среди новорожденных и раннему прерыванию беременности.

Формирование здорового образа жизни включает, в том числе, профилактику алкоголизма, потребления табака, наркомании у населения, особенно у подрастающего поколения. Одним из основных направлений по реализации указанных мероприятий является создание мотивации к личной ответственности за своё здоровье.

Эффективное осуществление первичной профилактики невозможно без организации активного взаимодействия со средствами массовой информации по вопросам профилактики наркомании и алкоголизма. Включение в программы образовательных учреждений (школьные, средние и высшие специальные до- и последиplomного образования) информации о пагубном влиянии на здоровье курения, потребления алкоголя, наркотических средств и психоактивных веществ, а также расширение участия молодежных, общественных, религиозных организаций и профессиональных сообществ в информировании населения о пагубном влиянии на здоровье курения, потребления алкоголя, наркотических средств и психоактивных веществ будет способствовать увеличению числа случаев отказа от вредных привычек.

Вторичная профилактика включает в себя организацию, проведение и методическое сопровождение профилактической работы с целевыми группами. С этой целью будут подготовлены специалисты, в том числе психиатры–наркологи, медицинские психологи, социальные работники по работе с контингентами лиц, от случая к случаю употребляющих наркотические средства или демонстрирующих признаки наркологической или алкогольной зависимости, а также с группами риска.

Важная роль в профилактике наркомании принадлежит раннему выявлению немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ. Для определения целевых групп и, следовательно, предотвращения развития алкогольной или наркотической зависимости, планируется расширение системы раннего выявления потребителей психоактивных веществ, в том числе организация проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения и предрейсовых осмотров.

В ряде регионов Российской Федерации уже проводится психологическое и медицинское тестирование подростков и молодежи на немедицинское потребление наркотических средств и психотропных веществ. Для определения целевых групп и, следовательно, предотвращения развития алкогольной или наркотической зависимости планируется расширение системы раннего выявления потребителей психоактивных веществ, в том числе введение добровольного двухэтапного тестирования в центрах здоровья (первый этап – опрос обратившихся в центры здоровья, второй этап – исследования биологических сред организма при выявлении подозрений на факты употребления наркотических средств и психоактивных веществ).

Проведение обучения медицинских работников первичного звена здравоохранения (в том числе образовательных учреждений) и педагогов методам и средствам профилактики и выявления ранних признаков потребления табака, алкоголизма, наркомании будет

способствовать повышению уровня профессиональных знаний специалистов медицинского и немедицинского профиля по популяризации знаний о негативном влиянии на здоровье потребления табака, алкоголя, наркотических средств и психоактивных веществ, повышению ответственности населения за сохранения здоровья. Проведение бесед и лекций для родителей по вышеуказанным вопросам будет способствовать повышению информированности взрослого населения о пагубном влиянии на здоровье будущего ребенка курения, потребления алкоголя, наркотических и психоактивных веществ.

С целью методического обеспечения профилактических мероприятий будет осуществлена подготовка и издание информационно–просветительских материалов по отказу от потребления табака, алкоголя, наркотических и психоактивных веществ, включая материалы, адаптированные для детского населения, а также будет обеспечено проведение анализа ранее изданных материалов.

Третичная профилактика включает в себя совершенствование методов индивидуальной работы с потребителями табака, пациентами с алкогольной или наркотической зависимостью.

Целенаправленная реализация профилактических программ и воздействие на управляемые факторы риска здоровью населения позволят принимать адекватные управленческие решения. Эти мероприятия, хотя и являются затратными, дадут максимальный эффект в плане охраны здоровья населения и среды его обитания.

Важнейшим механизмом управления по выработке эффективных научно–обоснованных профилактических мер по снижению смертности в стране, главным образом обусловленной неинфекционными заболеваниями, является создание системы эпидемиологического мониторинга факторов риска возникновения заболеваний.

В действующих в настоящее время формах медицинской статистики не отражается в полной мере информация о заболеваемости и смертности населения. Показатели заболеваемости по сердечно–сосудистым видам патологии, относящимся к хроническим неинфекционным заболеваниям и определяющим наибольший вклад в формирование смертности населения, оцениваются только по обращаемости населения за медицинской помощью и не отражают истинной заболеваемости, которая в значительной степени зависит как от степени информированности населения о факторах рисках заболеваний и ранних симптомах их проявлений, степени мотивации к сохранению здоровья, так и от уровня доступности первичной медико–санитарной помощи в отдаленных районах и сельской местности, организации динамического наблюдения за больными.

Существующие медико–статистические показатели не учитывают факторы пола и возраста больных, а главное то, что они не дают информации об истинной распространенности заболеваний и не учитывают факторы риска неинфекционных заболеваний. В силу указанных причин имеющиеся данные не дают возможности оценить полноту необходимых профилактических мероприятий, а также эффективность выполнения мер по формированию здорового образа жизни населения и профилактики неинфекционных заболеваний.

Данные о реальном состоянии здоровья населения и популяции страны с позиций риска неинфекционных заболеваний можно получить только в рамках эпидемиологического исследования, позволяющего осуществлять эпидемиологический мониторинг распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и реальную распространенность основных видов сердечно–сосудистой патологии, которые являются ведущими причинами смерти населения страны. Эпидемиологическое исследование позволит разработать модель профиля риска неинфекционных заболеваний на основе поведенческих и биологических факторов риска

как для населения страны в целом, так и для субъектов Российской Федерации, существенно отличающихся в уровне смертности населения.

Для получения достоверной информации о распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний и сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации с учетом климато-географических, экономических и демографических особенностей регионов исследование должно осуществляться не менее чем в 12 регионах. В каждом субъекте должна формироваться представительная выборка населения численностью 1600 человек (1200 жителей административного центра и 400 человек, проживающих в сельской местности).

Исследование распространенности поведенческих и биологических факторов риска, а также распространенности основных сердечно-сосудистых заболеваний (артериальная гипертония, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, перенесенный инсульт), проводимое по единому протоколу с применением единых методов исследования, носит одномоментный наблюдательный характер и должно осуществляться с регулярностью не менее одного раза в 3 года.

В рамках эпидемиологического исследования возможно получение достоверной информации о распространенности поведенческих и биологических факторах риска неинфекционных заболеваний (доля лиц, потребляющих табак среди взрослого населения, доля лиц, подвергающихся пассивному курению среди взрослого населения, потребление алкогольной продукции, доля крепкого алкоголя в общей структуре потребления алкоголя, доля лиц с низким уровнем физической активности среди взрослого населения, доля лиц, потребляющих недостаточное количество фруктов и овощей среди взрослого населения, доля лиц, потребляющих избыточное количество соли среди взрослого населения, доля лиц с избыточной массой тела и ожирением среди взрослого населения, доля лиц с повышенным артериальным давлением среди взрослого населения, доля лиц с повышенным уровнем холестерина среди взрослого населения, доля лиц с повышенным уровнем глюкозы натощак среди взрослого населения).

Помимо оценки традиционных поведенческих и биологических факторов риска хронических неинфекционных заболеваний не менее, чем в пяти субъектах Российской Федерации на той же самой выборке населения необходимо осуществлять углубленную оценку биологических факторов риска, включая изучение субклинических маркеров атеросклероза с помощью биохимических и инструментальных методов исследования, а также проведение углубленных генетических исследований.

Совокупная оценка факторов риска, произведенная традиционным и углубленным методами, необходима для разработки подходов к формированию эпидемиологической модели сердечно-сосудистого риска в популяции и для формирования системы эффективного управления сердечно-сосудистым риском, а также разработки и внедрения современных инновационных моделей мониторинга факторов риска развития указанных заболеваний в виде информационно-аналитической системы динамического контроля за эпидемиологической ситуацией.

Оценка динамики хронических неинфекционных заболеваний факторов риска (через 3 и 5 лет) позволит оценить правильность проводимых профилактических мероприятий, включая оценку мер по формированию здорового образа жизни. Придание исследованию проспективного характера позволит получать достоверную информацию о связи распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний со смертностью от этих заболеваний.

Таким образом, реализация мероприятия 1.1. будет осуществляться по следующим направлениям:

Развитие межведомственного взаимодействия, для чего создается Правительственная комиссия по охране здоровья граждан. В задачи Комиссии будет входить планирование и организация проведения на федеральном уровне межведомственных мероприятий, направленных пропаганду здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни населением, в том числе:

- внедрение комплексных информационных и образовательных программ по вопросам здорового образа жизни для различных категорий граждан,
- разработка и обеспечение реализации механизмов мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни,
- развитие физической культуры и массового спорта,
- обеспечение безопасности продуктов питания и здорового питания,
- обеспечение здоровой экологии и санитарно–эпидемиологического благополучия,
- утверждение и обеспечение реализации концепции по пропаганде здорового образа жизни среди учащихся и организации медицинской помощи в школах,
- обеспечение безопасных для здоровья условий на рабочих местах,
- совершенствование системы налогообложения.

Активизация деятельности первичного звена здравоохранения по профилактике неинфекционных заболеваний (разработка механизмов стимулирования работников первичного звена к активной профилактической деятельности).

Мероприятие 1.2 Профилактика инфекционных заболеваний, включая иммунопрофилактику

Проведение санитарно–эпидемиологического надзора и реализация по его результатам профилактических и противоэпидемических мероприятий позволяют предотвратить массовые инфекционные заболевания, значительно уменьшить их последствия, довести заболеваемость по ряду инфекций до спорадического уровня, а некоторые из них ликвидировать.

Так, в 2011 году зарегистрировано снижение заболеваемости по 30–ти нозологиям (в 2010г. – по 27–ми), в том числе наиболее существенное:

- по заболеваемости острым вирусным гепатитом А – на 31,9%, острым вирусным гепатитом В – на 22,9%, краснухой – на 35,5%, эпидемическим паротитом – на 19,1%, бактериальной дизентерией – на 21,9%, псевдотуберкулезом – на 21,6%, лептоспирозом – на 25,2%, туляремией – в 2,1 раза, лихорадкой Ку – на 32,6%, малярией – на 18,8%, трихинеллезом – на 44,8%.

В 2011 году не зарегистрированы случаи заболеваний острым паралитическим полиомиелитом, в том числе ассоциированные с вакциной.

В 2011 году зарегистрировано снижение заболеваемости туберкулезом (впервые выявленным) активными формами на 4,7%, в том числе туберкулезом органов дыхания на 4,9%. Снизилась заболеваемость сифилисом на 17,9%, гонококковой инфекцией – на 11%.

Вместе с тем, в 2011г. отмечен рост заболеваемости корью – в 5 раз, энтеровирусными менингитами – на 24,4%, бруцеллезом – на 12,8% (в том числе среди детей до 17 лет – в 1,5 раза), геморрагическими лихорадками – на 23,2% клещевым вирусным энцефалитом – на 14,1%, клещевым боррелиозом – на 41%, болезнью, вызванной ВИЧ – на 20,2%.

На характер эпидемического процесса кори в Российской Федерации оказывает влияние эпидситуация по кори в странах Европейского региона и Азии, которая за последние годы серьезно осложнилась.

По данным ВОЗ заболеваемость корью в 2011 году зарегистрирована в 43 странах Европы и Азии, официально выявлено более 32 тыс. случаев. В связи с чем, программа ЕРБ ВОЗ по элиминации кори в Европейском регионе перенесена с 2010 года на 2015 год.

В связи с ухудшением ситуации в зарубежных странах практически в 2 раза увеличилось число завозных случаев кори на территорию Российской Федерации.

В целях реализации программы ликвидации кори и сертификации Российской Федерации, как территории свободной от эндемичной кори увеличен объем противоэпидемических и профилактических мероприятий, в том числе диагностических исследований, включая выделение и генотипирование вируса кори.

После пандемии гриппа в 2009 году, вызванного вирусом А(Н1N₂)–2009, эпидемиологическая ситуация в настоящее время в мире и в Российской Федерации остается благополучной. Однако, ВОЗ не исключает появление новых пандемических вирусов, способных в короткое время поразить значительную часть населения земного шара. В целях разработки прогноза и своевременного проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий до начала и во время эпидемии гриппа организован постоянный мониторинг за циркуляцией вирусов, вызывающих острые респираторные инфекции, и заболеваемостью населения.

Аномальные природно–климатические явления, общее потепление климата, радикальные изменения глобальных тенденций в эпидемиологической ситуации и др. определяют необходимость адекватного ответа на глобальные вызовы в обеспечении санитарно–эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации.

Возврат в Россию «забытых» тропических болезней, таких как Лихорадка Западного Нила и Крым–Конго геморрагическая лихорадка, коренное изменение возбудителя гриппа, завоз дикого полиовируса в Российскую Федерацию определяют обострение эпидемиологической обстановки в стране.

Трудовая миграция и туристические поездки способствуют глобализации распространения инфекционных заболеваний, в т.ч в Российской Федерации.

Только в течение 2010–2011 гг. были отмечены завозы на территорию Российской Федерации полиомиелита, вызванного «диким» полиовирусом малярии, лихорадки Западного Нила, лихорадки Денге, холеры, других.

Реализация широкомасштабных противоэпидемических и профилактических мероприятий позволяют не допустить распространение полиомиелита на территории Российской Федерации, несмотря на массивный занос указанной инфекции с территории Республики Таджикистан, где в 2010 году отмечалась крупная эпидемия указанной инфекции.

Непосредственным результатом реализации подпрограммы является снижение (устранение) влияния негативных факторов среды обитания на здоровье человека, снижение заболеваемости инфекционными болезнями, в первую очередь, инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики, ликвидация кори и поддержание статуса Российской Федерации как страны, свободной от полиомиелита; предупреждение завоза и распространения инфекционных болезней, предупреждение ввоза и реализации товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека, предупреждение негативного влияния факторов среды обитания на здоровье населения, обеспечение противодействия распространению ВИЧ–инфекции, осуществление мероприятий, направленные на спасение жизни, сохранение здоровья населения при авариях, катастрофах и других чрезвычайных ситуациях.

Иммунопрофилактика является одним из важнейших инструментов снижения детской смертности, увеличения продолжительности и улучшения качества жизни всех возрастных групп населения.

Благодаря реализации мероприятий по иммунизации в рамках приоритетного национального проекта 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 и составляет 97 – 98%, ревакцинацией 96 – 97%.

Проводимая планомерная иммунизация населения позволяет добиться снижения показателей заболеваемости по всем «управляемым» инфекциям.

В результате проведения мероприятий, направленных на иммунизацию населения, уровни заболеваемости в Российской Федерации значительно снизились: эпидемическим паротитом – в 150 раз, дифтерией – в 200 раз, коклюшем – в 40 раз, столбняком – в 50 раз. С 1997 года в нашей стране не регистрируются местные случаи полиомиелита, вызванные диким полиовирусом, ликвидирован столбняк новорожденных.

С 2002 года Россия имеет сертификат Всемирной организации здравоохранения «Страна, свободная от полиомиелита». С учетом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения в связи с регистрацией случаев полиомиелита в Таджикистане и завозных случаев в Российской Федерации в рамках приоритетного национального проекта проведена дополнительная иммунизация против полиомиелита населения Северо – Кавказского и Южного федеральных округов, по итогам которого также достигнут требуемый (свыше 95%) охват населения прививками.

Ежегодно в преддверии эпидсезона по заболеваемости гриппом и ОРВИ в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в соответствии с заявками органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации осуществляется закупка и поставка актуальных вакцин против гриппа. Учитывая то, что грипп и острые респираторные вирусные инфекции достоверно повышают уровень смертности среди не только пожилых лиц, но и лиц, имеющих тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, необходимо повышать мотивацию этих групп населения к проведению вакцинации в декретированные сроки.

Грипп и ОРВИ в структуре инфекционной заболеваемости занимает до 90% и является одной из самых актуальных проблем здравоохранения, нанося огромный экономический ущерб, как здоровью населения, так и экономике, в связи с чем необходимо максимально расширять охват прививками против гриппа. Экономический ущерб, ежегодно причиняемый гриппом и острыми респираторными инфекциями превышает 100 млрд. рублей. Каждый рубль, вложенный в прививки против гриппа, дает до 25 рублей экономии за счет сокращения затрат на лечение, оплату больничных листов и других расходов, связанных с заболеванием.

Федеральным законом от 08.12.2010 № 341-ФЗ "О внесении изменения в статью 9 Федерального закона "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" с 2011 года в национальный календарь профилактических прививок включены прививки против гемофильной инфекции.

С 2015 г. планируется введение в календарь профилактических прививок вакцинация против пневмококковой инфекции, являющуюся особенно актуальной для здравоохранения Российской Федерации, учитывая ее распространенность, тяжесть течения, высокую угрозу инвалидизации и смертности, особенно у детей первых пяти лет жизни и пожилых лиц. В России ежегодно бактериальными формами инфекции заболевает более 3 тысяч детей с летальностью от менингита около 20% и инвалидизацией более 40%. Около 39 тысяч детей заболевает пневмококковой пневмонией, 700 000 – пневмококковым отитом.

ВОЗ с 2010 г. включила профилактику пневмококковой инфекции с использованием конъюгированных вакцин в рекомендации для всех стран мира. Лишь 13% развитых стран, в т.ч. Россия, еще не имеют в календаре прививок против пневмококковой инфекции.

Прямые медицинские затраты на лечение всех указанных выше заболеваний пневмококковой этиологии (пневмонии, менингиты, острые отиты) у детей 0–5 лет для России составляют 11,2 млрд. рублей в год без учета стоимости осложнений и инвалидизации.

Непрямые затраты: выплаты по временной нетрудоспособности (родителям детей) составляют – 8,569 млрд. рублей, и потери ВВП – 10,877 млрд. рублей в год.

Введение вакцинации против пневмококковой инфекции позволит сократить затраты государства на ее лечение на сумму не менее 30 646 млрд. рублей (по расчетам 2009 года).

Кроме вакцины против пневмококковой инфекции, планируется также с 2015 г. включить в национальный календарь профилактических прививок вакцину против ветряной оспы.

Необходимо осознавать, что иммунопрофилактика – это управляемая технология, имеющая комплексную структуру наполнения мероприятиями. Иммунопрофилактика должна включать в себя не только вакцинацию, но и изложенную в доступной форме информацию о необходимости ревакцинации не только детей, но и взрослых. В настоящее время подавляющее большинство населения не владеет информацией о механизме действия вакцин и последствиях в случае прекращения вакцинации.

Мероприятие 1.3. Профилактика ВИЧ, вирусных гепатитов В и С

В соответствии с Федеральным законом "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ–инфекции)" государством гарантируются:

регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ–инфекции;

эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ–инфекции на территории Российской Федерации;

производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ–инфекции, а также контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях;

доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ–инфекции (далее – медицинское освидетельствование), в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечение безопасности такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование;

предоставление медицинской помощи ВИЧ–инфицированным – гражданам Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

развитие научных исследований по проблемам ВИЧ–инфекции;

включение в учебные программы образовательных учреждений тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию;

социально–бытовая помощь ВИЧ–инфицированным – гражданам Российской Федерации, получение ими образования, их переквалификация и трудоустройство;

подготовка специалистов для реализации мер по предупреждению распространения ВИЧ–инфекции;

развитие международного сотрудничества и регулярный обмен информацией в рамках международных программ предупреждения распространения ВИЧ–инфекции;

В результате проводимой системной работы по профилактике распространения ВИЧ–инфекции в течение последнего времени в Российской Федерации наблюдается умеренное развитие эпидемического процесса, которое характеризуется ежегодным приростом новых случаев, не превышающим 7 %.

В рамках реализации мероприятий по профилактике ВИЧ–инфекции проводится работа среди ключевых групп населения, уязвимых к ВИЧ–инфекции, в 83 субъектах Российской Федерации. По итогам выполнения указанных мероприятий в 2011 году оказаны услуги по информированию, перенаправлению/сопровождению в учреждения здравоохранения свыше 130 тыс. человек.

Осуществляется работа Интернет–портала в рамках информационной поддержки мероприятий по профилактике и предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (O–spide.ru)

Проводилась реализация специального проекта для молодежной аудитории в рамках информационной поддержки в 2011 году мероприятий по профилактике и предупреждению распространения ВИЧ–инфекции.

Эффективно функционирует «горячая линия» единой федеральной телефонной справочной службы в рамках коммуникационной кампании по профилактике и предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (тел. горячей линии 8–800–200–0–300).

Проводится разработка, тиражирование и доставка полиграфической продукции в рамках информационной поддержки в 2011 году мероприятий по профилактике и предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека.

Профилактические мероприятия позволяют оказывать непосредственное влияние на интенсивность распространения ВИЧ–инфекции и вирусных гепатитов В и С и их реализация должна быть продолжена в рамках Программы.

Мероприятие 1.4 Развитие первичной медико–санитарной помощи, в том числе сельским жителям. Развитие системы раннего выявления заболеваний и патологических состояний и факторов риска их развития, включая проведение медицинских осмотров и диспансеризации населения, в том числе у детей

Общая заболеваемость в Российской Федерации с 2006 года демонстрирует устойчивую тенденцию к повышению, что объясняется не только состоянием здоровья нации, но и улучшением выявляемости заболеваний, связанной с проведением мероприятий по переоснащению диагностической аппаратурой учреждений здравоохранения Российской Федерации в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, федеральных целевых программ «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)», «Повышение безопасности дорожного движения в 2006 – 2012 годах», «Совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями», программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

В структуре смертности населения Российской Федерации первые ранговые места занимает смертность от болезней системы кровообращения, смертность от внешних причин и смертность от новообразований.

Вместе с тем, показатели смертности от болезней системы кровообращения начинают уменьшаться. Однако, темпы снижения показателей остаются недостаточно быстрыми.

В России в 2011 году смертность от внешних причин составила 131,5 случая на 100 тыс. человек (2006 г. — 198,5 случая на 100 тыс. человек). При этом в структуре смертности от внешних причин максимальный процент приходится на самоубийства и транспортные травмы всех видов.

В 2009 году смертность от новообразований составила 206,9 на 100 тыс. человек (2006 г. — 200,9). В 2010 году впервые за последние годы отмечено снижение показателя смертности от новообразований на 0,8% (204,8 на 100 тыс. населения). При этом остается высоким уровень смертности в течение первого года после установления диагноза, что свидетельствует о поздней выявляемости заболеваний.

По данным федерального статистического наблюдения в 2010 году в Российской Федерации впервые признано инвалидами 886 000 человек, из них 350 000 — являются инвалидами по заболеваниям системы кровообращения, 187 000 — имеют онкологический диагноз.

Приведенная статистика свидетельствует о существенном финансовом обременении государственной экономики вследствие упущенной выгоды в производстве внутреннего валового продукта из-за постоянного выбытия (смерти), временного выбытия (временная нетрудоспособность) и из-за выбытия в связи с инвалидностью трудоспособного населения из сферы производства.

В целях снижения экономических потерь от вышеназванных причин необходимы государственные инвестиции в развитие системы первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом возможности выбора гражданином врача и медицинской организации.

Выделяют три вида первичной медико-санитарной помощи:

а) первичная доврачебная медико-санитарная помощь (оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием).

б) первичная врачебная медико-санитарная помощь (оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами)).

в) первичная специализированная медико-санитарная помощь (оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь).

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара. В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций создаются подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

Анализ статистических данных позволяет выделить ряд наиболее серьезных проблем, при организации первичной медико–санитарной помощи, требующих решения программными методами:

- недостаточно развитая инфраструктура учреждений, особенно на селе,
- недостаточное количество учреждений и подразделений медицинской профилактики,
- недостаточная материально–техническая база учреждений, в том числе в части оснащения санитарным транспортом и передвижными медицинскими комплексами.
- кадровый дефицит, особенно врачей – специалистов, врачей общей практики, необходимость повышения их квалификации,
- недостаточное взаимодействие учреждений амбулаторного звена и стационарных учреждений,

При реформировании системы первичной медико–санитарной помощи населению на первый план выходят мероприятия по:

- изменению системы оказания помощи сельскому населению,
- модернизации существующих учреждений и их подразделений,
- выстраивании потоков пациентов с формированием единых принципов маршрутизации,
- развитию новых форм оказания медицинской помощи – стационарзамещающих и выездных методов работы,
- развитию неотложной помощи на базе поликлинических подразделений,
- совершенствованию принципов взаимодействия со стационарными учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи.

Выстраивание современной системы оказания первичной медико–санитарной помощи населению в рамках программы будет обеспечивать доступность медицинской помощи, как в самых малочисленных населенных пунктах, так и в крупных городах.

В малых сельских населенных пунктах запланировано развитие сети домовых хозяйств, оснащенных необходимым оборудованием и инструментарием для оказания первой помощи и обеспеченных средствами связи с ответственным медицинским работником.

Будет продолжено развитие сети фельдшерских, фельдшерско – акушерских пунктов , врачебных амбулаторий, с постом скорой помощи и дневным стационаром, а так же офисов врача общей практики. При этом важная роль отведена обеспечению медицинского персонала, работающего на селе, санитарным транспортом для выездной работы.

Особое место развитию сети офисов врача общей практики будет уделено в субъектах Российской Федерации с низкой транспортной доступностью (Дальний Восток, Байкальский край), где медицинский работник зачастую изолирован от других медицинских учреждений.

Немаловажным фактором эффективной работы системы раннего выявления заболеваний и состояний является обеспечение возможностей для осуществления лечебно–профилактическими учреждениями первичного звена здравоохранения всех видов профилактических, скрининговых осмотров и диспансеризации населения, в том числе, укрепление материально–технической базы этих учреждений, подготовку и переподготовку медицинских кадров.

Наряду с развитием сети учреждений первичного звена планируется значительно увеличить применение передвижных медицинских технологий (передвижные врачебные амбулатории, передвижные Центры здоровья, передвижные флюорографы, передвижные маммографы и др.) В результате формируется законченное звено сельского здравоохранения. В ходе реализации мероприятий Подпрограммы будет выстроена единая модель организации выездных бригад центральных городских или районных больниц, а также городских поликлиник.

Выездные бригады должны быть оснащены портативным диагностическим оборудованием: УЗИ, электрокардиографами, анализаторами и т.д. Таким образом, решается главная проблема сельского здравоохранения – проведение профилактических, периодических осмотров и диспансеризация сельского населения. Для поэтапного оснащения передвижными медицинскими амбулаториями требуется ежегодное выделение из федерального бюджета 415 млн. рублей.

Основными структурными элементами в процессе выявления факторов риска неинфекционных заболеваний в рамках системы оказания первичной медико–санитарной помощи должны быть кабинеты/отделения медицинской профилактики, и кабинеты доврачебного приема функционирующие в каждой поликлинике. В этих структурах всем лицам, обратившимся в поликлинику должно осуществляться определение факторов риска неинфекционных заболеваний, рассчитываться суммарный сердечно–сосудистый риск, а также выполняться его факторная коррекция. Направление граждан в кабинеты/отделения медицинской профилактики и кабинеты доврачебного приема осуществляется специалистами поликлиники, сотрудниками регистратуры при первичном обращении в календарном году, а также путем самостоятельного обращения граждан.

В связи с необходимостью раннего выявления болезней системы кровообращения, являющихся одними из основных факторов, влияющих на смертность населения, необходимо внедрить повсеместно в практику фельдшеров первичного звена и скорой медицинской помощи комплексы передачи ЭКГ на расстоянии и создать в центральных районных больницах кардио – диагностические консультативные центры (КДКЦ), что позволит увеличить выявляемость больных инфарктом миокарда и долю госпитализированных в первые шесть часов на 20 %.

Возможностью передачи ЭКГ необходимо обеспечить все ФАПы и фельдшерские бригады скорой медицинской помощи. КДКЦ планируется организовать в первичных сосудистых отделениях, созданных в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и в рамках региональных программ модернизации здравоохранения.

Одновременное обеспечение возможности применения фельдшерами скорой медицинской помощи догоспитального тромболитика при остром коронарном синдроме позволит снизить смертность от инфаркта миокарда в 2,5 раза, а пятилетнюю выживаемость данной категории пациентов в 1,5 раза.

Кроме сети ФАПов, офисов врачей общей практики и врачебных амбулаторий система оказания первичной медико–санитарной помощи должна быть представлена:

- городскими поликлиниками, с участковой терапевтической службой, врачами специалистами, кабинетом (отделением) профилактики, Центром здоровья, дневным стационары, отделением неотложной помощи.
- межтерриториальными поликлиническими центрами, оказывающими первичную специализированную медико – санитарную помощь по наиболее востребованным специализированным профилям в соответствии с порядками оказания специализированной медицинской помощи (широкий спектр диагностических процедур, специальные рентгенологические исследования, включая КТ, и ЯМРТ);
- областными консультативно–диагностическими центрами (организационно–методическая функция).

Поликлинические подразделения должны наращивать объемы стационарзамещающей помощи, создавая дневные стационары и стационары на дому.

В результате этого будут снижаться объемы помощи в стационарах, что потребует в дальнейшем оптимизации их коечного фонда, сокращения числа коек и повышения интенсивности работы имеющихся.

Также поликлинические подразделения должны принимать на себя и часть объемов медицинской помощи, ранее приходящиеся на скорую медицинскую помощь, развивая у себя отделения неотложной медицинской помощи. В результате службой скорой медицинской помощи должны совершаться выезды по вызовам на экстренные состояния, что позволит не только разгрузить скорую медицинскую помощь, но и повысит эффективность работы самой службы скорой медицинской помощи.

В амбулаторном звене необходимо стимулировать развитие государственно–частного партнерства, активно привлекать малый и средний бизнес в систему оказания гражданами бесплатной медицинской помощи. Это возможно только при наличии адекватно сформированного тарифа на оплату медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

Для повышения качества и эффективности деятельности кабинетов/отделений медицинской профилактики, центров здоровья будут осуществляться подготовка и переподготовка медицинских кадров по специальностям, утвержденным нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, мероприятия по укреплению материально–технической базы кабинетов/отделений медицинской профилактики, центров здоровья, совершенствованию нормативной правовой и методической базы, информационного и программного обеспечения деятельности кабинетов/отделений медицинской профилактики, центров здоровья.

Разработка и утверждение единых стандартов (протоколов) наблюдения лиц с выявленными факторами риска развития заболеваний, а также создание единой системы мониторинга факторов риска у населения позволят качественно оценивать эффективность деятельности кабинетов/отделений медицинской профилактики, Центров здоровья, а также выявлять наиболее значимые на том или ином этапе развития системы профилактики факторы с целью своевременного принятия мер по предотвращению их распространения среди населения.

Одним из приоритетных направлений в развитии профилактической медицины в стране является концентрация усилий общества на раннем выявлении заболеваний у детей и женщин.

Развитие системы раннего выявления у детей заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития является одной из важнейших и наименее затратных технологий, имеющих большое влияние на здоровье будущих поколений.

Профилактическим медицинским осмотрам отводится ведущая роль. Так, ежегодная диспансеризация (профилактические медицинские осмотры) детей в настоящее время проводится в возрасте до одного года, в 1 год, 3–х лет, 5–6 лет, 6–7 лет, 10 лет, 11–12 лет, 14–15 лет, 16–17 лет. В разные возрастные периоды набор специалистов осуществляющих осмотр и методов диагностики определен с учетом возрастных физиологических особенностей детей.

По официальным статистическим данным в 2010 году охвачено профилактическими медицинскими осмотрами 83,7% детей от всех детей до 17 лет включительно (в 2009 году – 83,9% детей, в 2008 году – 84,7% детей).

С 2007 года в рамках программы родовой сертификат осуществляется диспансеризация детей первого года жизни, разработан новый стандарт диспансерного наблюдения первого года жизни который расширил перечень специалистов и диагностических исследований. Привлечение к обследованию детей узких специалистов способствует раннему выявлению врожденных аномалий (пороков развития), болезней нервной системы, болезней глаза и его придаточного

аппарата и др. Диагностика заболеваний у детей в возрасте до года обусловила своевременное оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи данному контингенту детей.

С 2007 года в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» проводится углубленная диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Среди детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты заболеваемость по различным классам болезней в 3–5 раз выше, чем у детей, воспитывающихся в семьях. Это обусловлено отягощенной наследственностью, биологическим и социальным анамнезом.

Серьезной проблемой остается состояние детородной функции подрастающего поколения – около 1/3 подростков имеют изменения репродуктивного здоровья. Более 40% мальчиков страдают болезнями, которые в дальнейшем могут ограничить возможность реализации репродуктивной функции. В стране значительно выросло число бесплодных браков.

С целью раннего выявления заболеваний, в том числе приводящих к ограничению репродуктивной функции, с 2011 года начато проведение углубленной диспансеризации подростков с последующим выполнением программ лечения и реабилитации, что позволит уменьшить патологию репродуктивной функции подрастающего поколения на 30%, и соответственно увеличить рождаемость в последующие годы.

Проведение углубленной диспансеризации подростков, так же требует совершенствования материально-технической базы учреждений, уменьшения дефицита кадров врачей «узких» специалистов, внедрения организационных моделей раннего выявления и профилактики заболеваний у детей всех возрастных групп.

В рамках реализации Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и с целью закрепления структуры системы медицинской профилактики предусмотрены мероприятия по разработке и утверждению нормативных правовых актов, регулирующих проведение мероприятий по раннему выявлению заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития, в том числе медицинских осмотров всех видов и диспансеризации, а также по разработке стандартов оказания услуг по медицинской профилактике в системе первичной медико-санитарной помощи с целью их финансового обеспечения в рамках обязательного медицинского страхования. Аналогичные нормативные правовые акты будут разработаны и приняты во всех субъектах Российской Федерации.

В настоящее время в Российской Федерации сохраняется рост частоты онкологических заболеваний репродуктивной системы у женщин, в том числе рака молочной железы (на 4,1% в 2010 году к уровню 2009 года), тела матки (на 3,7%), яичников (на 3,6%), шейки матки (на 0,9%). В 2010 году впервые установлен диагноз рака молочной железы 54 872 больным, рака тела матки – 18 731, шейки матки – 14 311, яичника – 12 228.

Вместе с тем, крайне низкой остается выявляемость на ранних стадиях рака яичников (9,2% в 2009 году, 10,2% в 2010 году) и тела матки (12,1% в 2009 году, 12,2% в 2010 году). Таким образом, проблема предупреждения и раннего выявления онкологических заболеваний органов репродуктивной системы у женщин является чрезвычайно актуальной.

Учитывая высокую распространенность в Российской Федерации злокачественных новообразований молочной железы, яичников, шейки и тела матки, позднее выявление онкологических заболеваний органов репродуктивной системы, с целью осуществления мероприятий, направленных на своевременную диагностику и снижение смертности от рака

молочной железы, яичников, шейки и тела матки, необходимо принять меры по внедрению организованного скрининга женщин для раннего выявления онкологических заболеваний органов репродуктивной

Одним из факторов риска, способных нарушать нормальное физиологическое функционирование органов и систем организма, является депрессивное состояние, нередко приводящее к суициду.

Для профилактики депрессивных состояний и суицидального поведения во всех регионах Российской Федерации будет завершено формирование трехуровневой системы профилактики кризисных состояний и медицинской помощи лицам с суицидальным поведением, включающей в себя:

- кабинеты (отделения) «Телефон Доверия» с круглосуточным режимом работы,
- кабинеты социально–психологической помощи;
- отделения кризисных состояний.

Телефон доверия является структурным подразделением психоневрологического диспансера (диспансерного отделения) и предназначен для профилактической консультативной помощи по телефону обращающимся лицам с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий.

Кабинет социально – психологической помощи является структурным подразделением психоневрологического диспансера (диспансерного отделения), оказывает консультативно – лечебную и профилактическую помощь лицам, добровольно обращающимся в связи с кризисным, суицидоопасным состоянием.

Отделения кризисных состояний создаются органами управления здравоохранением по предложению главного психиатра и главного психотерапевта органа управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в республиканских, окружных, краевых, областных административных центрах, а также в городах с населением не менее 300 тысяч.

С целью раннего выявления и предотвращения суицидоопасных состояний будет организовано информирование населения о работе отделений и кабинетов, оказывающих помощь при кризисных состояниях, внедрение современных форм профилактики суицидов и кризисных состояний.

Для увеличения охвата населения мероприятиями по профилактике суицидоопасных состояний будет организовано участие специалистов кабинетов социально–психологической помощи и отделений кризисных состояний в выездной работе.

Создание единой базы данных (персонифицирование) лиц, склонных к суицидальным действиям позволит осуществлять непрерывную профилактику повторных попыток к суициду.

Эффективная работа системы оказания помощи населению при кризисных состояниях возможна только при условии подготовки достаточного числа специалистов (врачей – психиатров, медицинских психологов, психотерапевтов и социальных работников) для работы в кабинетах (отделениях) «Телефон Доверия», кабинетах социально–психологической помощи и отделениях кризисных состояний. Основными задачами таких специалистов будут являться своевременное распознавание и купирование кризисных состояний, проведение профилактической работы с населением, лечение и реабилитация пациентов в постсуицидальном периоде, организационно–методическая и консультативная помощь лечебно–профилактическим учреждениям по профилактике, раннему распознаванию и купированию кризисных состояний.

Обучение работников первичного звена здравоохранения (в том числе – в образовательных учреждениях), педагогов, родителей по вопросам профилактики, раннего распознавания и купирования кризисных состояний будет способствовать своевременному

выявлению суицидоопасных состояний, особенно среди детей и молодежи, и, следовательно, сокращению числа самоубийств.

С целью обеспечения методического обеспечения профилактических мероприятий будет осуществлена подготовка и издание информационно–просветительских материалов по вопросам профилактики, раннего распознавания и купирования кризисных состояний для различных целевых групп.

Для эффективной реализации вышеуказанного комплекса мероприятий будет проведено совершенствование нормативного правового регулирования деятельности и взаимодействия отдельных элементов вертикали оказания помощи людям с кризисными состояниями как на федеральном, так и на региональном уровне, прописана маршрутизация таких лиц в рамках сети лечебно–профилактических учреждений, а также организовано межведомственное взаимодействие с органами социального развития, образования, правоохранительными структурами по вопросам профилактики суицидоопасных состояний.

Отдельное внимание должно быть уделено профилактике развития депрессивных состояний и суицидального поведения у детей.

В структуре смертности детей от 0 до 17 лет от внешних причин в 2009 году самоубийства занимают 2 место (3,8 на 100000 детей от 0 до 17 лет).

В последние годы растет число детей и подростков с девиантным поведением, склонных к суициду. Дети не полностью защищены от воздействия информации, оказывающей вредное влияние на состояние здоровья и развития. Актуальна проблема совершенствования помощи детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации (число неблагополучных семей увеличивается, что приводит к ухудшению положения, прежде всего детей). Кроме того, риск депрессивных состояний и суицидов высок у подростков, употребляющих алкоголь, наркотики и токсические препараты.

Одним из направлений по профилактике суицидов является комплексная профилактическая работа с семьей и детьми по предупреждению насилия и жестокого обращения. В реализации этой работы к важными элементами относятся: организация первичной профилактики по предупреждению насилия и жестокого обращения в семье; раннее выявление случаев жестокого обращения с детьми и семейного неблагополучия. Реабилитационная и коррекционная работа с детьми, в случаях выявления насилия и жестокого обращения с ними.

Начиная с 2010 года проводится общенациональная информационная кампания по противодействию жестокому обращению с детьми.

Создан Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, который с 2010 года осуществляет софинансирование региональных программ «Защитим детей от насилия». Программа поддерживает развитие практических мер по оказанию помощи детям и семьям, пострадавшим от насилия или жестокости. В рамках реализации программ созданы мобильные бригады экстренного реагирования; социальные гостиницы временного пребывания для детей и женщин с детьми, подвергшихся насилию, в т.ч. в семье; оказывается психолого–педагогическая помощь детям, пострадавшим от насилия в семье и преступных посягательств и др.

Снижению распространенности жестокого обращения с детьми способствует развернутая Фондом работа по семейному устройству детей–сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, социальной поддержке семей с детьми–инвалидами, социальной реабилитации и интеграции в общество детей и подростков, находящихся в конфликте с законом.

Одним из наиболее важных мероприятий по профилактике жестокого обращения с детьми и оказания помощи детям в кризисных ситуациях стало введение с 1 сентября 2010 г. единого общероссийского номера детского телефона доверия 8–800–2000–122, к которому подключены

более 200 региональных консультативных служб в 82 субъектах Российской Федерации. Конфиденциальность и бесплатность – два основных принципа работы детского телефона доверия. Цель такой помощи – профилактика семейного неблагополучия, предотвращение стрессовых и суицидальных настроений детей и подростков, защита прав детей.

С 2010 года принимаются меры по совершенствованию законодательства в сфере защиты детей, приняты федеральные законы «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» и «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации и статью 221 Федерального закона «О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей».

Так же в сентябре 2011 года утверждена «Концепция создания интернет-службы психологической помощи населению и комплексного плана мероприятий по ее реализации».

Целью Концепции является выработка единых подходов к созданию на официальных сайтах учреждений специальных разделов для размещения информации о психологической помощи населению, а также единых требований к технологическим, программным, лингвистическим, правовым и организационным средствам обеспечения функционирования указанных разделов сайтов.

Реализация настоящей Концепции позволит: обеспечить доступность населению страны информации о возможностях и условиях предоставления экстренной и плановой психологической и психотерапевтической помощи; оказывать психологическую помощь лицам с различными психическими расстройствами обусловленными воздействием разнообразных стрессогенных факторов; создать условия для повышения уровня психологической культуры и психологической компетентности населения.

Перечисленные меры позволят организовать эффективную работу по профилактике суицидов и оказанию психиатрической помощи населению, в том числе несовершеннолетним с суицидальным поведением, сократить случаи суицида.

С целью закрепления структуры системы медицинской профилактики предусмотрены мероприятия по разработке и утверждению нормативных правовых актов, регулирующих проведение мероприятий по раннему выявлению заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития, в том числе медицинских осмотров всех видов и диспансеризации, а также по разработке стандартов оказания услуг по медицинской профилактике в системе первичной медико-санитарной помощи с целью их финансового обеспечения в рамках обязательного медицинского страхования. Аналогичные нормативные правовые акты будут разработаны и приняты во всех субъектах Российской Федерации.

Для решения этих задач будет сформирована система тесно взаимодействующих и взаимодополняющих (по вертикали и горизонтали) учреждений и подразделений медицинской профилактики, относящаяся к первичной медико-санитарной помощи и включающая:

81 республиканский (краевой, областной) центр медицинской профилактики с типовым штатом в 54 человека (в 23-х субъектах Российской Федерации центры медицинских профилактики должны быть созданы; в 42-х – центры медицинской профилактики должны быть расширены и дооснащены в соответствии с требованиями нормативных документов);

городских (районные, межрайонные) центры медицинской профилактики в городах и районах с населением более 250 тыс. с типовым штатом в 26 человек (в 8 городах центры медицинской профилактики должны быть созданы; в 3-х городах центры медицинской профилактики должны быть расширены и дооснащены в соответствии с требованиями нормативных документов); в городах с меньшей численностью населения функции городского

центра медицинской профилактики возлагаются на один из центров здоровья или отделение медицинской профилактики;

центры здоровья для взрослых, в том числе студентов; во все центры здоровья должны быть введены отделения/кабинеты медицинской профилактики, кабинет медицинской помощи по отказу от курения, кабинет психологической помощи по коррекции факторов риска;

кабинеты (отделения) медицинской профилактики в составе центров (отделений) врачей общей практики и поликлиник для обслуживания городского населения

кабинеты (отделения) медицинской профилактики в составе амбулаторий, центров (отделений) врачей общей практики, поликлиник для обслуживания сельского населения;

кабинеты (отделения) медицинской профилактики в составе стационарных лечебных учреждений);

кабинеты (отделения) медицинской профилактики в составе санаторно–курортных организаций;

кабинеты медицинской помощи по отказу от курения в составе отделений медицинской профилактики поликлиник;

кабинеты медицинской помощи по отказу от курения в составе стационарных лечебных учреждений;

кабинеты медицинской помощи по отказу от курения в составе профилакториев и санаторно–курортных организаций;

кабинеты психологической помощи по коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в составе отделений медицинской профилактики поликлиник;

кабинеты психологической помощи по коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в составе стационарных лечебных учреждений;

кабинеты психологической помощи по коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в составе профилакториев и санаторно–курортных организаций;

Сохраняется высокая потребность во врачах и фельдшерах, работающих на должности «врач медицинской профилактики» в кабинетах/отделениях медицинской профилактики, центрах здоровья, а также специалистов центров медицинской профилактики.

В частности, для успешной реализации Подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни» будет проведен целый ряд мероприятий по совершенствованию подготовки специалистов данного профиля, включающий:

– изменение требований профессиональной компетенции в области по формированию здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 060101 Лечебное дело (утвержден приказом Министерства образования и науки РФ от 08.11.2010 г. №1118);

– изменение требований профессиональной компетенции в области формирования ЗОЖ и профилактики НИЗ Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования специальности 060101 Лечебное дело (утвержден приказом Министерства образования и науки РФ от 28.10.2009 г. № 472).

– разработку и утверждение учебных программ последипломной подготовки врачей и фельдшеров, участвующих в реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний;

– организацию проведения обучения по вновь разработанным программам более 90 тыс. специалистов в образовательных учреждениях высшего и среднего медицинского образования и высшего психологического образования.

Кроме того, по всем основным направлениям деятельности в области формирования здорового образа жизни населения и профилактики хронических неинфекционных заболеваний для указанных целевых учебных групп будут подготовлены и изданы учебно-методические пособия и практические рекомендации с конкретными алгоритмами действий по оказанию профилактических услуг населению.

В целях повышения эффективности своевременного выявления факторов риска заболеваний и организации их коррекции, а также ранней диагностики заболеваний, которые в наибольшей степени определяют инвалидизацию и смертность населения Российской Федерации, помимо структурных изменений в первичном звене планируется совершенствование системы диспансеризации населения.

Проведение диспансеризации целесообразно на протяжении всей жизни максимально широким слоям населения. При этом диспансеризация главным образом должна быть предназначена для выявления факторов риска и ранних проявлений хронических неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, связанные с атеросклерозом, онкологические заболевания, хронические бронхо-легочные заболевания и сахарный диабет), обуславливающих более 80% всех смертей населения Российской Федерации, а также туберкулеза и выявления немедицинского потребления наркотических и психоактивных веществ. В программу диспансеризации должны входить:

- профилактический осмотр врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом участковым цехового врачебного участка, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта
- профилактический осмотр врача-стоматолога и гинеколога
- профилактический осмотр врачей других специальностей по показаниям и с учетом фактора возраста и пола
- лабораторные и инструментальные обследования, имеющие доказательную базу своей медико-экономической эффективности (обязательные и дополнительные по показаниям)
- профилактическое консультирование по поводу факторов риска хронических неинфекционных заболеваний
- составление индивидуального плана-графика получения пациентом профилактических услуг, диспансерных и дополнительных обследований
- оформление паспорта здоровья.

Диспансеризация для городского населения должна главным образом организовываться по участковому принципу в поликлиниках и проводиться по месту прикрепления граждан с оплатой через систему ОМС. Диспансеризация для сельского населения должна организовываться организуется с участием фельдшеров фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов и проводится в поликлиниках центральных районных больниц с оплатой через систему ОМС.

Реализация вышеуказанных мероприятий приведет к следующим результатам:

Повышение эффективности работы первичного звена здравоохранения.

Увеличению доступности оказания первичной медико-санитарной помощи, в том числе жителям сельской местности

Увеличение продолжительности активной жизни населения за счет раннего выявления и предупреждения развития неинфекционных заболеваний.

Мероприятие 1.5. Совершенствование механизмов обеспечения населения лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания для детей в амбулаторных условиях

Целью мероприятия является повышение обеспеченности населения Российской Федерации качественными, безопасными лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.

В ходе реализации мероприятия планируется реализация комплекса мер по совершенствованию правовых, организационных и финансовых механизмов обеспечения населения необходимыми качественными, эффективными, безопасными лекарственными препаратами, и медицинскими изделиями, включая:

1. Организацию обеспечения качественными, эффективными, безопасными лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей;

2. Организация обеспечения отдельных категорий граждан качественными, безопасными лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей–инвалидов;

3. Обеспечение повышения уровня удовлетворенного спроса населения на лекарственные препараты и медицинские изделия;

4. Совершенствование правовых, организационных и финансовых механизмов обеспечения граждан необходимыми качественными, эффективными, безопасными лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, продуктами лечебного питания.

В результате проведения данного мероприятия ожидается:

1) достижение наиболее полного удовлетворения реальных потребностей населения в эффективных, качественных и доступных лекарственных препаратах и медицинских изделиях на основе баланса с реальными финансовыми возможностями Российской Федерации;

2) развитие отношений в сфере обращения лекарственных препаратов в совокупности с государственным регулированием;

3) формирование правовых отношений в сфере обращения медицинских изделий в совокупности с государственным регулированием отрасли;

4) формирование баланса интересов всех участников: государства – в рациональном использовании ресурсов, гражданина – в качественном обеспечении лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и в соответствующих объемах;

5) принятие нормативных правовых актов, направленных на обеспечение граждан необходимыми качественными, эффективными, безопасными лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также продуктами лечебного питания для детей–инвалидов.

Характеристика мер государственного регулирования

Меры государственного регулирования разрабатываются ответственным исполнителем в первый год реализации Подпрограммы.

Прогноз сводных показателей государственных заданий по этапам реализации Подпрограммы (при оказании федеральными государственными учреждениями государственных услуг (работ) в рамках Подпрограммы)

Доведение государственного задания будет осуществляться в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «О некоммерческих организациях» и

Федеральным законом «Об автономных учреждениях», а также иными нормативными актами, регулирующими формирование государственного задания.

Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации

Субъекты Российской Федерации реализуют мероприятия подпрограммы в учреждениях находящихся в их ведении в соответствии с законодательством. Участие субъектов Российской Федерации в Подпрограмме отражено в таблице 7.

Информация об участии государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации Подпрограммы

Участие государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 7.

Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. Предоставление и распределение субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации планируется осуществлять согласно Правилам предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование объектов капитального строительства и реконструкции государственной собственности субъектов Российской Федерации (объектов капитального строительства муниципальных образований), закупку оборудования и расходных материалов, составленным в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 мая 2008 г. № 392 (Приложение № 1). Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблице № 6.

Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы

Риски, которые могут возникнуть в ходе реализации Подпрограммы, и меры по управлению ими соответствуют описанным в разделе «Анализ рисков реализации Государственной программы» Государственной программы «Развитие здравоохранения».

Подпрограмма 2. «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Минздрав России
Соисполнители Подпрограммы	ФМБА России
Участника Подпрограммы	Минэнерго России; Минсельхоз России; Росимущество; МИД России; Российская академия наук; Сибирское отделение Российской академии наук; Российская академия медицинских наук; Дальневосточное отделение Российской академии наук.
Перечень основных мероприятий Подпрограммы	<p>Мероприятие 2.1. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным туберкулёзом.</p> <p>Мероприятие 2.2. Совершенствование оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С.</p> <p>Мероприятие 2.3. Совершенствование системы оказания медицинской помощи наркологическим больным.</p> <p>Мероприятие 2.4. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения.</p> <p>Мероприятие 2.5. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями.</p> <p>Мероприятие 2.6. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями.</p> <p>Мероприятие 2.7. Совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации.</p> <p>Мероприятие 2.8. Совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно–транспортных происшествиях.</p> <p>Мероприятие 2.9. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным прочими заболеваниями.</p> <p>Мероприятие 2.10. Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи, развитие новых эффективных методов лечения.</p> <p>Мероприятие 2.11. Развитие службы крови.</p>
Программно–целевые	Приоритетный национальный проект «Здоровье» (до 2015 г.).

инструменты Подпрограммы	
Цели Подпрограммы	<p>Снижение смертности от туберкулеза.</p> <p>Повышение продолжительности и качества жизни лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С.</p> <p>Увеличение сроков краткосрочной и долгосрочной ремиссии наркологических больных.</p> <p>Развитие комплексной системы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при психических расстройствах.</p> <p>Снижение смертности от ишемической болезни сердца и инсульта.</p> <p>Снижение смертности от злокачественных новообразований.</p> <p>Снижение времени ожидания скорой медицинской помощи.</p> <p>Снижение смертности пострадавших в результате дорожно–транспортных происшествий.</p> <p>Обеспечение безопасности и качества донорской крови и ее компонентов.</p>
Задачи Подпрограммы	<p>Увеличение доли абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением.</p> <p>Внедрение методов персонализированной антибактериальной терапии больных туберкулезом.</p> <p>Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С.</p> <p>Модернизация наркологической службы Российской Федерации.</p> <p>Совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств, внедрение современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.</p> <p>Снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта.</p> <p>Увеличение пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями.</p> <p>Снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями.</p> <p>Совершенствование системы управления скорой медицинской помощью.</p> <p>Снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно–транспортных происшествий.</p> <p>Поддержка развития инфраструктуры скорой, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, службы крови.</p>
Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы	<p>Доля абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением;</p> <p>доля ВИЧ–инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на диспансерном учёте;</p>

	<p>ожидаемая продолжительность жизни ВИЧ–инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию в соответствии с действующими стандартами;</p> <p>число наркологических больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2–х лет;</p> <p>число наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2–х лет;</p> <p>число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2–х лет;</p> <p>число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2–х лет;</p> <p>доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года;</p> <p>смертность от ишемической болезни сердца;</p> <p>смертность от инсульта;</p> <p>удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более;</p> <p>одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями;</p> <p>доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут;</p> <p>больничная летальность пострадавших в результате дорожно–транспортных происшествий;</p> <p>доля станций (отделений) переливания крови, обеспечивающих высокий уровень качества и безопасности компонентов крови.</p>
<p>Этапы и сроки реализации Подпрограммы</p>	<p>Подпрограмма реализуется в два этапа:</p> <p>первый этап: 2013–2015 годы</p> <p>второй этап: 2016–2020 годы</p>
<p>Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. руб.</p>	<p>2013 г. – 156 913 267,80 тыс. руб.</p> <p>2014 г. – 153 414 310,50 тыс. руб.</p> <p>2015 г. – 80 720 668,50 тыс. руб.</p> <p>2016–2020 годы*</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы</p>	<p>Увеличение доли абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением до 75%;</p> <p>увеличение ожидаемой продолжительности жизни ВИЧ–инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию в соответствии с действующими стандартами до 65,7 лет;</p> <p>увеличение числа наркологических больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2–х лет до 9,7 на 100 наркологических больных;</p> <p>увеличение числа наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2–х лет до 10,4 на 100 наркологических больных;</p> <p>увеличение числа больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2–х лет до 12,9 на 100 больных алкоголизмом;</p> <p>увеличение числа больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии</p>

	<p>более 2–х лет до 10,4 на 100 больных алкоголизмом;</p> <p>снижение доли повторных в течение года госпитализаций в психиатрический стационар до 20,72%;</p> <p>снижение смертности от ишемической болезни сердца до 291,0 случаев на 100 тыс. населения;</p> <p>снижение смертности от инсульта до 170,5 случаев на 100 тыс. населения;</p> <p>увеличение удельного веса больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более до 54,5%;</p> <p>снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями до 21%;</p> <p>увеличение доли выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 мин. до 90 %;</p> <p>снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно–транспортных происшествий до 3,9%;</p> <p>увеличение доли станций (отделений) переливания крови, обеспечивающих высокий уровень качества и безопасности компонентов крови до 100%</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

Анализ медико–демографической ситуации в Российской Федерации свидетельствует о необходимости дальнейшего развития системы оказания специализированной медицинской помощи с акцентом на наиболее приоритетные направления.

В Российской Федерации показатели смертности от болезней системы кровообращения начинают сокращаться (в 2005 г. — 908,0, в 2006 г. — 865, в 2007 г. — 829, в 2008 г. — 835,5, в 2009 г. — 801,0, в 2010 г. — 798,3, в 2011 г. — 753,0 случаев на 100 тыс. человек), но темпы снижения показателя остаются недостаточными. Снижение показателя смертности от БСК невозможно без проведения мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с сердечно–сосудистыми заболеваниями, созданию новой модели помощи больным.

В 2009 году смертность от новообразований составила 206,9 на 100 тыс. человек (2008 г. — 203,8, 2007 г. — 203,0, 2006 г. — 200,9; 2005 г. — 201,2). В 2010 году впервые за последнее время отмечено снижение показателя смертности от новообразований на 0,8% и составила 204,8 на 100 тыс. населения. Данную тенденцию необходимо развивать и закреплять в последующие годы. Это возможно только при условии совершенствования системы оказания помощи больным со злокачественными новообразованиями.

В России в 2011 году смертность от внешних причин составила 131,5 случая на 100 тыс. человек (в 2010 г. — 144,4, в 2009 г. — 158,3, в 2008 г. — 172,2, в 2007 г. — 182,5, 2006 г. — 198,5 случаев, в 2005 г. — 220,7). При этом в структуре смертности от внешних причин максимальный процент приходится на самоубийства и транспортные травмы всех видов. Поэтому развитие как психиатрической помощи населению, так и травматологической помощи является одними из приоритетных направлений развития системы здравоохранения.

В последние 18 лет заболеваемость населения Российской Федерации постоянно растет, что связано, как с ростом доли пожилого населения, так и с более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики. В 1990 г. было выявлено 158,3 млн. случаев

заболеваемости населения, в 2010 г. — 226,2 млн. случаев, то есть наблюдается неуклонный рост заболеваемости.

В Российской Федерации за последние 10 лет показатели общей заболеваемости наркологическими расстройствами имеют тенденцию к снижению. Уровень общей заболеваемости алкоголизмом, включая алкогольные психозы, снизился с 1636,2 в 2002 г. до 1402,0 на 100 тыс. населения в 2011 г.. Уровень общей заболеваемости наркоманиями составил 237,5 в 2002 г, далее показатель имел тенденцию к росту и составил в 2009 г. — 252,1 на сто тысяч населения, в последние два года наблюдалось снижение данного показателя, и он снизился до уровня 2002 г., составив 237, 5. Тенденцию к снижению данных показателей необходимо закреплять и в последующие годы.

В ближайшие 15 лет в состоянии психического здоровья населения будет сохраняться тенденция предыдущих лет – медленный рост первичной и общей заболеваемости как в целом по психическим расстройствам, так и по отдельным группам психических расстройств, особенно непсихотического характера, однако будет наблюдаться замедление темпа их роста.

Рост будет обусловлен главным образом увеличением числа врачей–психиатров и психотерапевтов; расширением сети учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, и интеграцией психиатрических служб с общесоматическими, то есть за счет повышения доступности психиатрической помощи и, соответственно, повышения уровня выявляемости в населении лиц с психическими расстройствами.

Анализ медико–демографической ситуации в Российской Федерации свидетельствует о необходимости дальнейшего развития новых технологий работы, включая выездные методы, развития замещающих стационар технологий, организации системы неотложной медицинской помощи населению, модернизацию скорой медицинской помощи, развитием системы оказания помощи при экстренных заболеваниях и состояниях, что потребует и изменения системы оказания специализированной медицинской помощи с акцентом на наиболее приоритетные направления.

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы, цели, задачи и показатели (индикаторы) достижения целей и решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов Подпрограммы, сроков и контрольных этапов реализации Подпрограммы

Реализация Подпрограммы осуществляется в соответствии с целями и задачами определенными:

Концепцией долгосрочного социально–экономического развития, задачами которой являются повышение эффективности системы организации медицинской помощи, в том числе обеспечение доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех ее этапах, оптимизацией стационарной помощи, оказываемой населению на основе интенсификации занятости койки с учетом ее профиля, разработку и реализацию мер по сокращению потерь трудоспособного населения путем снижения смертности от управляемых причин.

Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. № 690.

Планом мероприятий по созданию государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков и совершенствованию системы наркологической медицинской помощи и реабилитации больных наркоманией (на 2012 – 2020 годы), утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 14.02.2012 № 202–р.

Перечнем проектов по реализации основных направлений деятельности Правительства Российской Федерации до 2012 года, основными из которых являются укрепление здоровья, создание условий для роста численности населения, увеличение продолжительности жизни;

Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года направленной на увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, рост рождаемости, сохранение и укрепление здоровья населения и улучшение на этой основе демографической ситуации в стране.

Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

Мероприятие 2.1 Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным туберкулёзом

Российская Федерация входит в число 18 стран Европы, в которых туберкулез является одной из приоритетных задач в здравоохранении. Вместе с тем, несмотря на снижение общей заболеваемости туберкулезом, её абсолютные показатели остаются очень высокими.

Показатель смертности населения от туберкулеза в 2011г. в России составил 14,2 на 100 тыс. населения, когда средний показатель по Европе составляет около 6 случаев на 100 тыс. населения.

Заболеваемость населения туберкулезом в России в 2011г. составила 73 случая на 100 тыс. населения, в то время, как в странах Европы этот показатель составляет в среднем около 37 случаев на 100 тыс. населения.

Неблагополучное положение по туберкулезу в мире, определяется эпидемиологической ситуацией в 22 странах с высоким бременем заболевания, таких как Индия, Китай, Пакистан, Эфиопия, Индонезия и ряде других, в число которых входит и Россия. Данная ситуация отражается в показателе регистрируемой заболеваемости в мире и составляет 86 случаев на 100 тыс. населения, а также заболеваемости оценочной, показатель которой равен 137 на 100 тыс. населения. Это является подтверждением того, что социально-экономические факторы имеют высокую значимость в повышении заболеваемости туберкулезом и его распространенности.

На долю России приходится 38,3 % всех новых случаев заболеваний в Европейском регионе.

Значителен социально-экономический ущерб, обусловленный высоким показателем заболеваемости туберкулезом среди граждан в возрасте 25–54 года, что отражает эпидемиологическое неблагополучие по туберкулезу в стране и указывает на сохранение условий для распространения болезни в ближайшей перспективе. Кроме того велика доля лиц, находящихся в учреждениях ФСИН России в структуре заболевших, которая в 2011 году составила 11,3%.

Глобальное бремя Российской Федерации от туберкулеза, рассчитанное через показатель количества потерянных лет жизни от нетрудоспособности и смертности (DALY), составляет около 5 потерянных лет жизни на 1 тыс. жителей, в то время как в мире этот показатель составляет 0,7 лет на 1 тыс. жителей, в Германии и Франции – приближается к 0.

Реализация мероприятий Приоритетного национального проекта «Здоровье», Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)», направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий, оказала свое положительное влияние на показатели смертности населения Российской Федерации от туберкулеза. В ходе реализации программ, медицинские организации ряда субъектов РФ были оснащены медицинским оборудованием, во все субъекты по заявкам поставлялись комплекты

расходного материала для выявления и определения лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам I–II ряда.

Анализ результатов проведенных мероприятий показал, что значительно снизилась общая смертность от туберкулеза, на 20% улучшились показатели клинического излечения, существенно выросли показатели абациллирования (от 30,8% в 2005г. до 39,5% в 2011г.), в том числе при множественных лекарственных устойчивых формах туберкулеза.

Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным туберкулезом, предусматривает проведение мероприятий на всех этапах оказания медицинской помощи, с учетом международного опыта. В рамках мероприятий по совершенствованию вторичной профилактики, формируются новые подходы к проведению вакцинации и ревакцинации населения, пересматривается существующая система химиопрофилактики. С диагностической целью в группах риска наряду с проведением туберкулиновых проб, широко внедряются новые методы диагностики. Высокий уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза в ряде регионов России с учетом социальной характеристики населения территории, предусматривает проведение ежегодных флюорографических исследований.

В связи с широким распространением лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, также влияющей на показатель смертности, совершенствование системы государственного мониторинга туберкулеза является одним из приоритетных мероприятий в мире. Российская Федерация входит в число 37 стран мира с самым большим распространением туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). Основными мероприятиями, направленными на совершенствование методов диагностики и лечения больных с МЛУ являются:

внедрение в клиническую практику современных культуральных и молекулярно-биологических методов определения чувствительности микобактериям туберкулеза к лекарственным препаратам, методов своевременной корректировки химиотерапии;

ведение персонифицированной системы мониторинга туберкулеза (регистр больных туберкулезом).

Необходимо отметить, что только в 34,6% противотуберкулезных диспансеров работают бактериологические лаборатории. В большинстве регионов выполняется недостаточное количество лабораторных исследований, в том числе и из-за недофинансирования закупок расходных материалов и наборов реагентов. Мероприятия, направленные на совершенствование лабораторных исследований во фтизиатрии, системы инфекционного мониторинга, позволят повысить показатели абациллирования к 2020г. до 75% за счет обеспечения непрерывности лечения на основе единой базы данных, и в целом окажут положительное влияние на эпидемиологическую ситуацию распространения МЛУ.

Фтизиатрическая служба в России представлена специализированными учреждениями и включает в себя 5 федеральных государственных бюджетных учреждений, расположенных в городе Москве, Санкт-Петербурге, Свердловской области, Новосибирской области, 2 научно-практических центра в городе Москве и республике Саха (Якутия), 303 противотуберкулезных диспансера, из которых 262 имеют туберкулезные стационары, 73 туберкулезные больницы, 20 из которых имеют диспансерные отделения, 41 туберкулезный санаторий для взрослых и 104 – для детей; 2081 туберкулезный кабинет. Во многих субъектах Российской Федерации число круглосуточных туберкулезных стационарных коек превышает потребность в них.

Материально-техническая база учреждений фтизиатрической службы закладывалась преимущественно в 60х годах прошлого века, и в настоящее время в субъектах Российской Федерации проводятся мероприятия, как по обновлению инфраструктуры, так и по оптимизации самой сети фтизиатрических учреждений, путем объединения нескольких учреждений субъекта

РФ в единое юридическое лицо. Это, в свою очередь позволяет профилизировать структурные подразделения учреждения на диагностические, лечебные (стационарные и амбулаторные), реабилитационные и социальные (хосписы) для инкурабельных больных заразными формами туберкулеза, нуждающихся в полном государственном обеспечении, способствовать развитию системы медицинской реабилитации и санаторного лечения больных туберкулезом. Реализация данного мероприятия направлена на снижение заболеваемости за счет обеспечения адекватных изоляционно–ограничительных и противоэпидемических мероприятий в целях исключения пересечения потоков пациентов с разной степенью эпидемиологической опасности на всех этапах оказания медицинской помощи.

К числу значимых мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности, относится обеспечение лечебно–профилактических учреждений, в том числе подведомственных Федеральной службе исполнения наказаний, противотуберкулезными препаратами II ряда, за счет средств федерального бюджета. Обеспечение лекарственными препаратами необходимо для проведения эффективной этиотропной и патогенетической терапии, обеспечения преемственности лечения, единых подходов к выбору и назначению препаратов, в соответствии с принятыми стандартными схемами лечения. Широкое внедрение молекулярно–генетических и микробиологических методов, обеспечивающих получение результатов в кратчайшие сроки и с наибольшей достоверностью, позволяют внедрять принципы рациональной, индивидуально подобранной терапии, особенно при МЛУ формах туберкулеза.

Частота эффективного окончания курса химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулезом легких, по данным статистики, составляет 68,9%. Неэффективный исход окончания курса регистрируется у 12,3% больных, в том числе у 4,7% из–за множественной лекарственной устойчивости, по причине прерывания курса химиотерапии у 7,7% больных туберкулезом. В 2011 году множественная лекарственная устойчивость среди впервые выявленных больных с туберкулезом органов дыхания, выделяющих микобактерии туберкулеза, установлена у 15,5%, а в пенитенциарной системе – 20,1% больных, прошедших тест на лекарственную чувствительность. При этом необходимо отметить, что стоимость лечения 1 пациента с множественной лекарственной устойчивостью может ориентировочно в 50 раз превышать стоимость курса лечения пациента с чувствительными к антибактериальным препаратам формами микобактерий туберкулеза, составляя 500 и более тыс. рублей.

Разрабатываются мероприятия по обеспечению эпидемической безопасности граждан Российской Федерации, включая меры принудительного лечения у категории пациентов, с заразными формами туберкулёза, склонных к нарушению режимов лечения. Совместная работа в данном направлении с заинтересованными ведомствами, включая ФСИН, является важной задачей направленной на снижение заболеваемости и распространенности туберкулеза, обеспечении преемственности лечения.

Одним из важных направлений в повышении качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом является совершенствование кадровой политики. В настоящее время отмечается выраженный дефицит кадров во фтизиатрической службе, около 50% среди врачебного персонала (6 259), аналогичная ситуация отмечается и по среднему и младшему медицинскому персоналу. Медицинский персонал учреждений находится в постоянном контакте с инфицированным и социально отягощенным контингентом населения, что делает не очень привлекательной данную специальность. В тоже время государственные образовательные учреждения высшего профессионального образования, имеют возможность подготовить достаточное количество специалистов за счет средств федерального бюджета, по различным

программам последипломной подготовки по специальности фтизиатрия, а также в рамках повышения профессиональной переподготовки.

Финансирование мероприятий предусматривается за счет средств федерального бюджета в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, финансирования за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации. При поэтапном внедрении мероприятий с 2014г. сформируется потребность дополнительного финансирования.

Мероприятие 2.2 Совершенствование оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С

Российская Федерация последовательно выполняет обязательства, взятые в рамках принятой в 2001 году Генеральной Ассамблеей ООН Декларации «О приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД». Правительство страны, российские государственные и общественные организации осуществляют реализацию глобальной инициативы об обеспечении универсального доступа к профилактике, лечению и уходу при ВИЧ/СПИДе к 2010 году, поддерживаемую «Группой восьми» и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу.

В Российской Федерации создана комплексная система оказания медицинской помощи ВИЧ–инфицированным:

- создана сеть специализированных медицинских учреждений (более 100 центров по профилактике и борьбе со СПИДОМ и более 1000 лабораторий диагностики ВИЧ–инфекции);
- работает единая система мониторинга эпидемии ВИЧ/СПИДа (федеральное государственное статистическое наблюдение);
- медицинское наблюдение, диагностика и лечение ВИЧ–инфицированных осуществляется в соответствии с утвержденными Министерством стандартами;
- центры по профилактике и борьбе со СПИДОМ и инфекционными заболеваниями оказывают ВИЧ–инфицированным комплексную помощь, включая психологическую, социальную и др.;
- введены в практику программы паллиативной помощи пациентам с ВИЧ–инфекцией;
- осуществляется реализация профилактических проектов совместно с общественными и неправительственными организациями.

С 2011 года субъекты Российской Федерации проводят закупку диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, используя субсидии из федерального бюджета.

В 2011 году в целях реализации постановления Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 №1236 «О порядке закупки и передачи в учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения диагностических средств и противовирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С» издано распоряжение Правительства Российской Федерации от 20.06.2011 № 1049–р.

Настоящим распоряжением Правительства Российской Федерации утверждается распределение в 2011 году субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение закупок диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С.

Переход на передачу субсидий субъектам Российской Федерации обусловлен следующим:

– необходимостью более гибкого планирования закупок диагностических средств с учетом имеющегося и постоянно обновляющегося парка лабораторного оборудования в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации;

– динамикой численности населения в субъекте Российской Федерации, подлежащего обследованию с целью выявления ВИЧ-инфекции в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения;

– динамикой числа пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, в том числе лечении;

– оптимальным использованием диагностических средств с учетом сроков их годности.

Финансовое обеспечение распоряжения Правительства Российской Федерации осуществляется за счет средств федерального бюджета, предусмотренных на закупки диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С.

Общий размер субсидий определен исходя из анализа расходов бюджетных ассигнований по этому направлению на закупку лекарственных и диагностических средств за предыдущие годы (2007–2011гг.).

Своевременное и достаточное обеспечение диагностическими препаратами, развитая сеть, насчитывающая более 1200 лабораторий, и действующая нормативная база позволяет осуществлять обследование значительных групп населения с целью раннего выявления лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С. Раннее выявление этих заболеваний с последующей диспансеризацией и наблюдением пациентов обеспечивает своевременное начало необходимого лечения, что значительно снижает смертность и инвалидизацию среди этих больных, повышает качество и продолжительность их жизни.

С начала реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» доступ к лечению антиретровирусными препаратами получили в 2006 г. – 14 433 человек, нуждающихся в лечении, в 2007 г. – 30 526 человек, в 2008 г. – 23 627 человек, в 2009 г. – 56 075 человек, в 2010г – 79 400 человек.

В целях обеспечения реализации Федерального закона от 24.02.1995 № 38–ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)» Министерством за счет средств федерального бюджета осуществляются закупки и поставки лекарственных и диагностических средств для лечения и мониторинга эффективности лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека, обеспечившие доступность лечения ВИЧ-инфекции для всех нуждающихся.

Своевременное начало необходимого лечения значительно снижает смертность и инвалидизацию среди ВИЧ-инфицированных, повышает качество и продолжительность их жизни. По данным различных источников, включая данные ВОЗ и Объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИДу, при несвоевременной диагностике ВИЧ-инфекции и отсутствии антиретровирусной терапии средняя продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных составляет 11 лет. При своевременной диагностике и адекватной терапии ожидаемая продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных практически приближается к ожидаемой продолжительности жизни при рождении и несколько ниже последней в связи с тем, что значительную часть ВИЧ-инфицированных составляют потребители наркотиков, смертность среди которых превышает среднестатистические показатели общей популяции населения.

Кроме того, своевременная диагностика и терапия позволяют значительно снизить интенсивность передачи ВИЧ-инфекции в общей популяции населения, что прямо влияет на

заболеваемость, обеспечивая ее снижение и повышает эпидемиологическое благополучие населения.

Мероприятие 2.3. Совершенствование системы оказания медицинской помощи наркологическим больным

Алкоголизм и наркомания являются самыми распространенными социально–значимыми заболеваниями. Ущерб от алкоголя и наркотиков связан с медицинскими расходами, снижением производительности труда, духовной деградацией населения, преждевременным уходом из жизни.

Одной из негативных тенденций в динамике состояния здоровья населения Российской Федерации является высокая распространенность наркологических заболеваний

В 2011г. специализированными учреждениями Министерства здравоохранения Российской Федерации зарегистрировано 3 020 838 больных наркологическими расстройствами, т.е. 2114,5 больных расчете на 100 тыс. населения, или 2,1% общей численности населения. По сравнению с 2010г. показатель снизился на 4,5%.

Как и в предыдущие годы, большинство зарегистрированных – это больные алкоголизмом, алкогольными психозами и лица, употребляющие алкоголь с вредными последствиями, – 81,3% от общего числа зарегистрированных больных. На больных наркоманией и лиц, злоупотребляющих наркотиками, пришлось 17,7%, токсикоманией и лиц, злоупотребляющих ненаркотическими ПАВ – 1,0%.

Уровень общей заболеваемости алкогольными расстройствами по–прежнему остается высоким. Число больных алкоголизмом, зарегистрированных наркологической службой в 2011г., составило 2 003 021 человек, или 1402,0 в расчете на 100 тыс. населения, что составляет почти 1,4% общей численности населения. Это число включает больных алкоголизмом и алкогольными психозами.

Социальный и демографический ущерб от злоупотребления алкоголем значителен. В 2011г. в стране число пострадавших из–за нарушения правил дорожного движения водителями транспортных средств в состоянии опьянения погибло – 27 956 человек, ранено – 251 848 человек. По данным Росстата в 2011г. от отравления спиртными напитками скончалось 11 700 человек.

Остается острой ситуация с употреблением наркотиков. В 2011г. специализированными наркологическими учреждениями страны зарегистрировано 339 320 больных наркоманией, или 237,5 в расчете на 100 тыс. населения. По сравнению с 2010г. этот показатель снизился почти на 4%. Кроме того, 194 084 человек в 2011г. были зарегистрированы с диагнозом «употребление наркотиков с вредными последствиями». Общее число зарегистрированных потребителей наркотиков в 2011г. составило 533 404 человек, или 373,4 на 100 тыс. населения.

Из общего числа потребителей наркотиков в 2011г. 378 581 человек употребляли наркотики инъекционным способом (ПИН), или 71% от общего числа потребителей наркотиков. Показатель учтенной распространенности ПИН по стране в целом составил 265,0 в расчете на 100 тыс. населения, что ниже уровня 2010 на 4%.

Из общего числа зарегистрированных ПИН инфицированы ВИЧ почти 57 125 человек, или 15% (в 2010г. – 14,4%).

Подавляющее большинство составили больные с опийной зависимостью (85,6%); второе ранговое место заняли больные с зависимостью от каннабиса (6,8%); третье – больные, употребляющие другие наркотики и сочетания различных наркотиков (6,2%). Удельный вес больных с синдромом зависимости от психостимуляторов невелик – 1,4%.

За последние 5 лет произошли изменения в наркологической службе. Уменьшилось количество диспансеров, число врачей психиатров–наркологов, увеличился коэффициент

совместительства этих специалистов, продолжилось уменьшение коечного фонда наркологических учреждений. В то же время медико–социальная реабилитация больных наркологического профиля развивается крайне медленно, что негативно отражается на качестве оказания помощи больным наркологическими расстройствами.

Факторами, определяющими степени влияния на заболеваемость и смертность населения, связанную со злоупотреблением ПАВ являются: 1) раннее выявление лиц, злоупотребляющих ПАВ и мотивирование их на обращение за наркологической помощью; 2) совершенствование медицинской помощи наркологическим больным; увеличение уровня первичной обращаемости пациентов; увеличение длительности ремиссий; 3) внедрение федеральных стандартов и порядка оказания наркологической помощи на всей территории Российской Федерации; 4) создание мощной системы медико–социальной реабилитации потребителей ПАВ с привлечением общественных организаций; 4) укрепление кадрового состава наркологической службы, особенно специалистов реабилитационного звена.

С 2011 года в мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, реализуемые в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», включено направление по совершенствованию медицинской помощи наркологическим больным, включая профилактику, диагностику и медицинскую реабилитацию наркологических больных. За 2011–2012 годы в реализацию данного направления включено 38 субъектов Российской Федерации, в том числе 22 субъекта Российской Федерации – в 2012 году.

При высоких показателях заболеваемости наркоманией, хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами во многих регионах Российской Федерации, совершенствование оказания наркологической медицинской помощи было включено в число приоритетных направлений реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011 – 2012 годы. С целью приближения наркологической медицинской помощи населению, в т.ч. сельскому, в рамках реализации региональных программ модернизации открываются наркологические кабинеты и отделения медико–социальной реабилитации наркологических больных. Также активно реализуются мероприятия по укреплению материально–технической базы учреждений наркологической службы.

Целями реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи наркологическим больным, являются

Осуществление мероприятий по раннему выявлению лиц, склонных к злоупотреблению ПАВ на 2% ежегодно;

увеличение уровня первичной обращаемости пациентов на 5% ежегодно при стабильном уровне общей заболеваемости пациентов;

увеличение длительности ремиссий на 2% ежегодно;

увеличение доли реабилитационных коек для осуществления медико–социальной реабилитации на 10% ежегодно.

уменьшение потребление чистого алкоголя на душу населения до 11,3 литров в год (к 2016 году), уменьшение потребления чистого алкоголя на душу населения до 10 литров в год (к 2020 году).

Для обеспечения выполнения поставленных целей необходимо выполнение следующих задач:

внедрение федеральных стандартов и порядка оказания наркологической помощи на всей территории Российской Федерации;

укрепление кадрового состава наркологической службы, особенно специалистов реабилитационного звена;

разработка мотивационной системы для удержания оттока врачей–психиатров, иных специалистов из наркологической службы;

планирование переоснащения наркологических учреждений с учетом единой технологии комплексного лечебно–реабилитационного процесса;

создание мощной системы медико–социальной реабилитации потребителей наркотиков;

оказание государственной поддержки волонтерского движения, общественных организаций, занимающихся профилактикой наркомании.

внедрение методов ранней диагностики наркологических расстройств среди населения субъектов Российской Федерации, в том числе среди детско–подросткового контингента;

развитие сети наркологических кабинетов в медицинских организациях;

организация в субъектах Российской Федерации отделений медико–социальной реабилитации, обеспечивающих реализацию таких принципов медико–социальной реабилитации наркологических больных, как постоянная занятость, активное участие в лечебно–трудовых процессах, выработка способностей к регулярному труду и повышение уровня социального функционирования;

оснащение наркологических подразделений (центры, диспансеры, отделения, кабинеты) различными видами медицинского оборудования для оказания профилактической, консультативной, диагностической и реабилитационной помощи в соответствии с действующей нормативной правовой базой;

обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров, в том числе по специальностям «психиатрия», «наркология» и «медицинская психология», для учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации;

разработать обязательный профилактический антиалкогольный и антинаркотический учебно–просветительский курс для участников дорожного движения, которые управляли автотранспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

осуществить информатизацию деятельности наркологических учреждений в полном объеме;

усовершенствовать систему мониторинга оценки ситуации, связанной с употреблением ПАВ среди дифференцированных групп населения. Для этого необходимо проведение эпидемиологических исследований среди различных групп населения 1 раз в 4 года с объемом финансирования не менее 10 миллионов рублей;

разработать и внедрить методики выявления несовершеннолетних, относящихся к группе риска немедицинского потребления ПАВ;

разработать порядок проведения периодических медицинских осмотров лиц, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на работах, связанных с движением транспорта, на предмет немедицинского потребления алкоголя и наркотиков;

внести изменения в законодательство Российской Федерации в части совершенствования учета наркологических больных;

разработать порядок проведения предварительных и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних при поступлении и прохождении обучения в образовательном учреждении;

разработать порядок медицинского наблюдения за наркологическими больными;

создать в рамках наркологической службы сети химико–токсикологических лабораторий с учетом потребностей субъекта Российской Федерации;

разработать комплекс мер, направленных на формирование у лиц, потребляющих ПАВ, мотивации к лечению, медико–социальной реабилитации и ресоциализации;

подготовить рекомендации для образовательных учреждений высшего и дополнительного образования, находящихся в ведении Минздрава России и Минобрнауки России и принять дополнительные мер, направленных на повышение качества изучения вопросов наркологии в рамках образовательных программ высшего, послевузовского и дополнительного профессионального образования;

организовать проведение всероссийских и международных научно–практических конференций, семинаров, выставок, круглых столов по вопросам лечения, медико–социальной реабилитации и ресоциализации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями;

разработать программы развития медико–социальной реабилитации, включающей внедрение современных методов медико–социальной реабилитации и ресоциализации наркологических больных, малозатратных технологий и стационарзамещающих форм оказания реабилитационной помощи;

включить мероприятия реабилитационной направленности в разрабатываемые стандарты медицинской помощи наркологическим больным;

разработать и внедрить методических рекомендаций по оказанию негосударственными организациями социальных услуг гражданам с наркологическими заболеваниями;

Учитывая межведомственный характер поставленных задач федеральным органам исполнительной власти, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации необходимо осуществлять мероприятия совместно с Минздравом России, такое взаимодействие определено Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. № 690 (далее – Стратегия), и планом мероприятий по созданию государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков и совершенствованию системы наркологической медицинской помощи и реабилитации больных наркоманией (на 2012 – 2020 годы), утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 14.02.2012 № 202–р, в целях реализации Стратегии.

Социальный эффект от реализации мероприятий Программы будет выражен в снижении числа отравлений, смертности больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями, сохранении трудового потенциала больных, снижении социальной и психологической напряженности в обществе вследствие сокращения распространения болезней зависимости и инфекционных заболеваний (гепатиты, ВИЧ–инфекция, туберкулез и др.); в сохранении и развитии трудовых ресурсов; совершенствовании знаний населения по вопросам профилактики зависимого поведения; формировании позитивных моральных и нравственных ценностей, определяющих отрицательное отношение к потреблению наркотических средств без назначения врача, а также других психоактивных веществ;

Осуществлению поставленных целей и задач в полном объеме могут препятствовать:

отсутствие финансирования или финансирование в неполном объеме;

появление на рынке новых (дизайнерских) наркотиков и быстрое их распространение, а также трудно предсказуемое увеличение производства контрафактного алкоголя и алкоголя домашнего приготовления;

недостаточная укомплектованность специалистами, работающих в системе оказания наркологической помощи в связи с недостаточным притоком молодых специалистов.

Мероприятие 2.4. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения

Растет заболеваемость населения психическими расстройствами и расстройствами поведения. Остается на низком уровне число пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи. Это свидетельствует о недостаточном использовании в психиатрической практике методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. Последнее, в свою очередь, объясняет частые госпитализации и длительное лечение пациентов в психиатрических стационарах.

Необходимы разработка и внедрение бригадных форм оказания психиатрической помощи в условиях психиатрических стационаров, дневных стационаров, психоневрологических диспансеров, оказание помощи на дому, а также совершенствование методов профилактики психических расстройств, в том числе в системе оказания первичной медико-санитарной помощи.

Целью является развитие комплексной системы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при психических расстройствах.

Задачами являются:

совершенствование методов профилактики психических расстройств, разработка и реализация консультативной помощи, обучающих программ для населения по вопросам охраны психического здоровья и профилактики суицидов;

совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств, внедрение бригадных форм работы в условиях психиатрического стационара, дневного стационара, психоневрологического диспансера и реабилитационного общежития;

внедрение современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации;

строительство и реконструкция специализированных медицинских учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, и оснащение их современным медицинским и технологическим оборудованием.

В рамках Мероприятия предусмотрены:

строительство и реконструкция специализированных медицинских учреждений;

разработка современных видов и методов комплексных судебно-психиатрических экспертных исследований;

изучение нейрохимических, иммунологических и нейрофизиологических аспектов патогенеза шизофрении, депрессивных и других психических расстройств;

разработка методического и программного обеспечения деятельности по внедрению бригадных форм оказания психиатрической помощи, психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации;

разработка методического и программного обеспечения медицинской помощи, оказываемой ликвидаторам радиационных аварий и участникам боевых действий;

научное обоснование системы мониторинга деятельности психиатрических, психоневрологических и судебно-психиатрических экспертных учреждений;

разработка современной методологии деятельности психиатрических и психоневрологических и судебно-психиатрических экспертных учреждений;

разработка методов управления качеством оказания диагностической, лечебной и реабилитационной помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;

совершенствование методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при психических расстройствах;

проведение исследований по изучению психопатологии, клиники и патогенеза депрессивных расстройств, а также совершенствованию современных молекулярных методов диагностики и мониторинга пациентов с депрессивными нарушениями, а также разработка инновационных методов лечения и профилактики депрессивных состояний.

Мероприятие 2.5. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями

Болезни системы кровообращения (БСК) являются ведущей причиной смерти населения в Российской Федерации, обуславливая 56,7% всех смертей. Несмотря на устойчивую тенденцию снижения смертности от БСК, этот показатель в 4–5 раз превышает аналогичные показатели смертности экономически развитых стран мира. При этом, наиболее велика разница для показателя смертности от БСК среди лиц трудоспособного возраста (25–64 года), и особенно среди мужчин.

Уровень внегоспитальной смертности при болезнях системы кровообращения в нашей стране достигает 80%, в отличие от таких стран, как США, Япония, для которых этот показатель не превышает 50–60%. Причинами этого являются недостаточная эффективность системы неотложной помощи, главным образом, при острых расстройствах мозгового и коронарного кровообращения (как на догоспитальном так и на стационарном этапах) и недостаточное качество вторичной профилактики БСК.

Экономический ущерб от БСК в год составляет около 3% от ВВП. При этом большая часть экономического ущерба от БСК в России обусловлена не затратами в системе здравоохранения и системе социальной защиты (21%), а потерями в экономике вследствие увеличения показателя потерянных годов потенциальной жизни населения в трудоспособном возрасте (79%). По оценкам экспертов ВОЗ при сохранении существующего уровня смертности от БСК потери государственной казны России составят в 2015 г. более 5% от ВВП.

Опыт ряда экономически развитых стран, которым удалось, более чем на 50% снизить смертность от БСК в течение последних 20 лет показывает, что вклад оздоровления (изменения образа жизни) и снижение удельного веса факторов риска в уменьшение смертности от БСК составляет в среднем 55%, вклад лечебных мероприятий – около 40%.

Учитывая то, что среди всех БСК, основными причинами смерти населения являются острая и хроническая формы ишемической болезни сердца, а также острые нарушения мозгового кровообращения, система оказания специализированной медицинской помощи должна быть организована по принципу максимального быстрого применения больному с острой сосудистой патологией всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий в условиях специализированного стационара. При этом должны решаться три основные задачи – непосредственное снижение больничной летальности, уменьшение степени инвалидизации и снижение вероятности отсроченной смерти из-за развития осложнений и сохранения не устраненных причин острых расстройств мозгового и коронарного кровообращения.

В 2008 году Министерством был разработан и начал реализовываться комплекс мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, в рамках которых в субъектах Российской Федерации поэтапно внедрялась принципиально новая система организации медицинской помощи при данной патологии в соответствии с порядком оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения и порядком оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля, утвержденных приказами Министерства здравоохранения и

социального развития Российской Федерации от 06 июля 2009 года № 389н и от 19 августа 2009 года № 599н.

В каждом субъекте Российской Федерации проводилась реорганизация существующей системы оказания специализированной медицинской помощи больным с острой сосудистой патологией, путем создания на базе многопрофильных стационаров специализированных отделений для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом (первичных сосудистых отделений), развития инфраструктуры региональных сосудистых центров, на базе которых возможно проведение всех видов интервенционных методов лечения, системного тромболизиса при острой сосудистой патологии, а также организации максимально быстрой доставки больных в специализированный стационар.

В результате реализации мероприятий, в субъектах Российской Федерации было создано более 180 первичных сосудистых отделений и 54 региональных сосудистых центра. Это позволило увеличить госпитализацию больных с острым коронарным синдромом до 93,5%, больных с острым нарушением мозгового кровообращения до 87,3%. При лечении больных с острым коронарным синдромом повсеместно внедрялась практика тромболитической терапии, в том числе на догоспитальном этапе (в настоящее время выполняется у 26%, в том числе у 25% на догоспитальном этапе), принципиально увеличилось количество стентирований коронарных артерий, как наиболее эффективного способа лечения заболевания и профилактики последующих осложнений и смерти (в настоящее время выполняется у 24% больных с крупноочаговым инфарктом миокарда), реализована организация направления больных в региональные сосудистые центры из первичных сосудистых центров для оказания современной специализированной помощи, а также обеспечивалась качественная медикаментозная терапия в рамках вторичной профилактики. Внутрибольничная летальность больных с острым коронарным синдромом снизилась до 7,4%, с острым инфарктом миокарда до 17,4%.

Наличие соответствующей инфраструктуры позволило увеличить число применений современных технологий диагностики и лечения острой сосудистой патологии. Так, компьютерная томография выполняется более чем в 98% случаев в течение первых 24 часов с момента поступления больного в стационар; число больных с острым коронарным синдромом, которым выполняется экстренная реканализация с применением тромболитической терапии, ангиопластики и стентирования на 20% выше, чем в среднем по Российской Федерации. Внутрибольничная летальность больных с острым нарушением мозгового кровообращения снизилась до 21,5%. Совокупность мер по совершенствованию оказания помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями в значительной степени способствовала снижению показателя смертности от болезней системы кровообращения в целом в Российской Федерации (на 6,2%).

С 2013 года планируется дальнейшее развитие системы оказания специализированной медицинской помощи больным с острой сосудистой патологией, путем организации первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров исходя из потребности не менее 30 коек на 200 тысяч взрослого населения, с оснащением их необходимым оборудованием в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по профилям. Кроме того, планируется внедрение стандартов медицинской помощи по соответствующим нозологиям с их финансовым обеспечением, что позволит увеличить частоту применения современных методов диагностики и лечения, таких как тромболитическая терапия и рентгенэндоваскулярные методы в 4–7 раз, достигнув среднеевропейских показателей.

Удовлетворение потребности в оказании специализированной медицинской помощи больным с острой сосудистой патологией, с одновременным комплексным развитием системы

профилактики болезней системы кровообращения, реабилитации больных позволит снизить показатель смертности от болезней системы кровообращения не менее, чем на 15% в течение 8 лет, и как следствие, снизить экономические потери вследствие потерянных годов потенциальной жизни населения в трудоспособном возрасте.

Мероприятие 2.6. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями

Актуальность мероприятия определяется высоким вкладом в структуру смертности населения Российской Федерации злокачественных новообразований.

Злокачественные новообразования устойчиво занимают второе место среди причин смертности населения России. Их удельный вес в общей структуре смертности составляет около 14%.

Смертность населения от онкологических заболеваний в Российской Федерации в 2010 году составляла 205,1 случаев на 100 тыс. населения, в 2011 году – 204,6 случаев на 100 тыс. населения.

Наиболее распространенными являются новообразования кожи (около 12%), рак легкого, трахеи, бронхов (более – 11%), рак молочной железы (более 10%), рак ободочной кишки (более 6%), рак прямой кишки (5%), рак тела (около 4%) и шейки матки (около 2,8%).

У каждой 5-й женщины (20%) из впервые заболевших злокачественными новообразованиями выявлялся рак молочной железы. Причем 24,2% среди умерших от рака молочной железы женщин находились в трудоспособном возрасте, из них 52,6% – в репродуктивном. У мужчин наиболее часто встречается рак трахеи, бронхов, легкого, желудка. На долю этих видов злокачественных новообразований приходится более 50% случаев всех злокачественных новообразований.

Более 40% среди впервые регистрируемых онкологических больных выявляются в III–IV стадии заболевания, что обуславливает высокий показатель одногодичной летальности (27,4%).

Обеспокоенность и повышенное внимание к онкологии характерны для здравоохранения всех развитых стран, что обусловлено устойчивой тенденцией к росту онкологической заболеваемости из-за постарения населения и значительных экономических потерь.

Проведенные исследования показали, что в мире глобальное бремя населения из-за ежегодных потерь лет здоровой жизни в результате злокачественных новообразований составляет: для рака поджелудочной железы – до 0,1 млн. лет, рака молочной железы – 0,3 млн. лет, рака толстого и тонкого кишечника – 0,3 млн. лет, рака желудка – 0,4 млн. лет, рака трахеи, бронхов и легких – 0,6 млн. лет.

Снижение ВВП из-за ежегодных потерь времени здоровой жизни от злокачественных новообразований составит к 2020 году: от рака поджелудочной железы – не менее 70 млрд. рублей в России, в Европе потери составят 2,2 – 2,6 млрд. долларов; от рака молочной железы – не менее 140 млрд. рублей в России, в Европе потери составят 5,7 – 5,8 млрд. долларов; от рака тонкого и толстого кишечника – не менее 165 млрд. рублей в России, в Европе потери составят 5 – 6,9 млрд. долларов; от рака желудка – не менее 210 млрд. рублей в России, в Европе потери составят 1,5 – 2,8 млрд. долларов; от рака трахеи, бронхов и легких потери составят не менее 280 млрд. рублей в России, в Европе потери составят 9,6–10,2 млрд. долларов.

Для снижения смертности населения от злокачественных новообразований будут проводиться мероприятия, направленные на развитие вторичной профилактики злокачественных новообразований и улучшения их выявления на ранних стадиях.

По данным статистики повышение выявляемости больных злокачественными новообразованиями на I–II стадии заболевания на 1% позволяет повысить 5–летнюю выживаемость больных с этой патологией на 1,5–2%, и как следствие снизить смертность.

Наибольший эффект, как свидетельствует и зарубежный опыт, может быть получен при скрининге рака молочной железы, шейки матки, предстательной железы, колоректального рака. Так широкое внедрение маммографического скрининга в Евросоюзе позволило уменьшить смертность от рака молочной железы на 30% через 5–7 с начала скрининга. В государствах Евросоюза на I стадии заболевания выявляются не менее 70% женщин с раком молочной железы, при этом в случае выявления рака молочной железы на I стадии 5–летняя выживаемость составляет более 90%, при IV – менее 10%. Получил свое распространение в зарубежных странах и цитологический скрининг, позволяющий осуществлять раннее выявление рака шейки матки. В результате внедрения цитологического скрининга в Канаде за 30 лет удалось добиться снижения заболеваемости рака шейки матки у женщин старше 20 лет с 28,4 до 6,3 случаев на 100 тыс. населения.

Для раннего выявления предстательной железы, колоректального рака и рака легких в перечень основных медицинских услуг при проведении диспансеризации взрослого населения и график диспансеризации будут дополнительно включены исследования крови на онкомаркер ПСА (исследование будет проводиться у группы лиц с 45 до 70 лет 1 раз в 3 года), колоноскопия (будет проводиться 1 раз в 3 года) и низкодозная спиральная компьютерная томография органов грудной клетки (будет проводиться у лиц с 40 до 70 лет 1 раз в 3 года в группах риска: болеющие хроническими заболеваниями легких, курильщики, имеющие профессиональные вредности). Будет введен регистра лиц, прошедших скрининг.

В целях повышения раннего выявления злокачественных новообразований будут осуществляться мероприятия, направленные на развитие сети смотровых кабинетов, с организацией 2–х сменной работы (в настоящее время только 17,5% работают в две смены) и открытие отделений профилактики в поликлиниках и центральных районных больниц, с ведением полицейских картотек (регистров) лиц, прошедших осмотры.

На снижение смертности населения от злокачественных новообразований также направлены мероприятия по повышению качества диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями.

Данные мероприятия были начаты еще в рамках национального приоритетного проекта «Здоровье» и подпрограммы «Онкология» ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на период 2007 – 2012 годы».

Мероприятиями, направленными на совершенствования оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, в 2009–2011 годах были охвачены 35 субъектов Российской Федерации, население которых составило 65,8 млн. человек (46,2% от всего населения Российской Федерации). В 2012 году в мероприятия включены еще 12 субъектов Российской Федерации.

На эти цели из федерального бюджета было выделено 19401,6 млн. рублей, субъектами Российской Федерации выделено 5541,1 млн. рублей.

За период реализации этих проектов лечебно–профилактические учреждения России получили 1556 маммографических рентгеновских аппаратов, 80% которых поступило в первичное звено, 29 компьютерных томографов, 25 аппаратов для однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ/КТ), 31 видеоэндоскопический комплекс, 29 роботизированных систем иммуногистохимической диагностики, 27 высокоэнергетических ускорителей, 25 аппаратов для брахитерапии, оборудование для 3–х ПЭТ–центров.

В результате реализации мероприятий была укреплена материально–техническая база онкологических учреждений субъектов Российской Федерации, разработаны территориальные программы, определена маршрутизация больных. На территории субъектов Российской Федерации, участвующих в мероприятиях, снизилась одногодичная летальность.

Дальнейшее развитие мероприятий на 2013–2015 год будет предусматривать их распространение на остальные субъекты Российской Федерации. До вхождения всех субъектов в реализацию мероприятий предполагается закрепить территории с маломощными диспансерами за крупными онкологическими учреждениями для соблюдения стандартов диагностики и лечения.

Для дальнейшего укрепления материально–технической базы медицинских учреждений онкологического профиля необходима дальнейшая поставка оборудования: аппараты для дистанционного облучения, ОФЭКТ/КТ, роботизированных систем иммуногистохимической диагностики, видеоэндоскопических комплексов.

Мероприятие также предусматривает проведение научно–исследовательских работ. В частности, будет проведена работа по комплексной оценке эффективности вакцинации для предупреждения развития рака шейки матки, с последующим решением вопроса о целесообразности закупки или разработки таких вакцин.

Не менее важным для повышения качества диагностики и лечения больных со злокачественными заболеваниями является проблема дефицита кадров врачебного и среднего медицинского персонала в онкологической службе. Дефицит врачей онкологов составляет 39%, радиотерапевтов – 40%, химиотерапевтов – 32%, анестезиологов–реаниматологов – 41%, патоморфологов и цитологов – 41%. Устранение дефицита кадров в онкологической службе повысит эффективность оказания медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями.

Внедрение системы медицинской и социальной реабилитации больных со злокачественными новообразованиями, включающей доступные и обязательные программы хирургической реабилитации, основанные на современных достижениях реконструктивно–пластической хирургии, должно обеспечить необходимое качество оказания медицинской помощи.

Мероприятия государственной программы также предусматривают расширение обеспечения больных злокачественными новообразованиями паллиативной помощью, для чего запланировано увеличить число таких коек в стационарах общего профиля и утвердить порядок оказания этого вида помощи.

Мероприятие 2.7. Совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации

Цель государственной политики в области здравоохранения – улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности качественной медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг. Одним из направлений развития здравоохранения сегодня является развитие и совершенствование системы скорой медицинской помощи (СМП), в том числе специализированной и проведение медицинской эвакуации.

Скорая медицинская помощь является самым массовым, доступным и бесплатным видом медицинской помощи населению. Состояние скорой медицинской помощи рассматривается сегодня как фактор национальной безопасности. Особая роль данного сектора отечественного здравоохранения обусловлена тем, что за медицинской помощью по поводу неотложных

состояний ежегодно обращается каждый 3-й житель страны, каждый 10-й – госпитализируется по экстренным показаниям, более 60% объемов стационарной помощи оказывается в неотложном порядке, более 90% больничной летальности связано с экстренным характером госпитализации больных и пострадавших, неотложные патологические состояния, травмы и отравления занимают первое место среди причин смерти у лиц трудоспособного возраста. Ежегодно служба скорой медицинской помощи выполняет от 47 до 50 миллионов вызовов, оказывая медицинскую помощь более 50 миллионам граждан.

В Российской Федерации создана и функционирует система оказания населению скорой медицинской помощи с развитой инфраструктурой. Она включает в себя около 3000 станций и отделений скорой медицинской помощи.

В ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» Служба скорой медицинской помощи вышла на новый этап развития. В период 2006 – 2007 годов в рамках мероприятий ПНП «Здоровье» для служб скорой медицинской помощи регионов страны было поставлено 93 реанимобиля и 6722 единицы санитарного автотранспорта, что позволило снизить количество автомобилей эксплуатирующихся более 5 лет до 10%.

Одной из центральных проблем скорой медицинской помощи является недостаточная централизация управления этой важнейшей оперативной службой в рамках субъектов РФ.

Оказание скорой медицинской помощи в муниципальных районах происходит не по принципу наиболее близко расположенной бригады, а по принципу территориальной принадлежности. Отсутствует возможность координировать на муниципальном уровне деятельность СМП с соседними районами обслуживания, что делает невозможным ее оказание на территории другого района. Скорая медицинская помощь муниципальных районов малоуправляема, неспособна оперативно реагировать в случаях чрезвычайных ситуаций.

Автоматизированные системы управления приема и обработки вызовов к 2011 году установлены в 417 организациях СМП. Учитывая важность этих систем на догоспитальном этапе СМП для повышения оперативности работы СМП, качества обработки статистических данных, аналитической и организационно-методической работы в целях совершенствования системы СМП в РФ, целесообразно и в дальнейшем проводить ее высокими темпами.

В рамках государственной программы запланировано к 2020 году создание единой диспетчерской службы во всех субъектах Российской Федерации.

В настоящее время имеются проблемы в преемственности догоспитального и госпитального этапов СМП, что приводит к потере времени при оказании медицинской помощи пациентам в жизнеугрожающих состояниях в стационаре. Тем не менее, имеющийся опыт зарубежных стран наглядно демонстрирует, что оптимальным вариантом организации приема экстренных больных является создание на госпитальном этапе отделения экстренной медицинской помощи (emergency department). Отсутствие или недостаточное развитие в стационарах структуры скорой медицинской помощи (госпитального этапа СМП) сопровождается следующими негативными моментами: задержкой оказания медицинской помощи, затруднениями с эффективной диагностикой, снижением своевременности и качества оказания медицинской помощи, перегруженностью специализированных отделений стационара непрофильными больными.

По-прежнему служба скорой медицинской помощи выполняет несвойственные ей функции, подменяя обязанности АПУ по оказанию помощи на дому, транспортировке больных (в том числе на гемодиализ и обратно, консультации и обследованию), доставке препаратов крови и специалистов-консультантов. Это приводит к снижению оперативности работы бригад СМП. Оказание неотложной медицинской помощи амбулаторно-поликлинической службой

(определенное Приказом Минздрава СССР от 20.05.1988 г. № 404 и Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»), не осуществляется на должном уровне.

По данным 2011 года основными ресурсами СМП являются 11420 общепрофильных бригад (28% общего количества бригад), 3834 специализированные бригады (9%), 1547 бригад интенсивной терапии (4%) и 23 855 фельдшерских бригад (59%). Динамика последних лет отмечает рост количества фельдшерских бригад при снижении численности всех других видов бригад.

Подготовку кадров СМП ведут 2 научно-исследовательских института – НИИ СП им. Н.В. Склифосовского и НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, около 30 кафедр и курсов скорой медицинской помощи, около 98 медицинских училищ и колледжей. Тем не менее, дефицит кадров в СМП составляет сегодня среди врачей – 49,8%, среди фельдшеров – 20,2%, среди санитаров – 58,5%, среди водителей – 15,5%.

По состоянию на 2011 год в службе СМП работало 18 828 (11% персонала) врачей, 88509 (52%) фельдшеров, 15443 (9%) санитаров, 39644 (23%) водителей, 8268 (5%) прочего персонала. В динамике за 3 последних года наблюдается увеличение штатных должностей работников СМП на 2,5%. При этом увеличение численности происходит за счет среднего и младшего медицинского персонала, а также водителей СМП. В то время как численность врачей СМП уменьшилась на 4% (при снижении количества врачебных бригад). Иными словами, система СМП наполняется кадрами среднего и младшего медицинского звена, водителями СМП при снижении доли врачей на догоспитальном этапе СМП. Укомплектованность службы врачами и фельдшерами составляет соответственно 86,2% и 96,7% при коэффициентах совместительства 1,68 и 1,2.

Кадровый дефицит приводит к работе в условиях некомплектованных бригад, незакрытых нарядов смены, что сказывается на оперативности и качестве оказания СМП. Имеет место неоправданно высокий коэффициент совместительства врачей, приводящий к снижению качества оказания СМП.

Несмотря на значительные вложения федерального бюджета на обновление парка автомобилей СМП в рамках ПНП «Здоровье» в 2006 – 2007 годах, субъектам РФ не удалось обеспечить поддержание парка автомобилей скорой медицинской помощи на должном уровне.

По данным за 2009–2012 годы количество машин со сроком эксплуатации до 3-х лет снизилось на 57% и составляет 15,5% автопарка СМП; количество автомобилей старше 5 лет возросло на 103% и составляет 42% автопарка СМП. Медицинское оборудование автомобилей СМП так же требует модернизации

Особого внимания заслуживают показатели оперативности работы СМП: только 80% вызовов соответствуют ожидаемому 20-минутному интервалу прибытия бригады к пациенту.

Отсутствие утвержденных на сегодняшний день стандартов скорой медицинской помощи на всех этапах ее оказания и индикаторов качества не способствуют конкретизации государственных гарантий этого вида помощи, определению адекватного финансирования медицинских организаций СМП и рациональному использованию имеющихся ресурсов. Работа по контролю качества медицинской помощи в службе СМП недостаточна.

Модернизация СМП является целью и одной из основных задач государственной программы развития здравоохранения в Российской Федерации. Ожидаемым результатом развития СМП до 2020 года являются увеличение доли выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут с 80% на 2011 году до 90 % в 2018 году.

Для достижения ожидаемого результата планируется:

Создание единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи во всех субъектах РФ и увеличение числа станций (отделений) скорой медицинской помощи, оснащенных автоматизированной системой управления приема и обработки вызовов с 14% в 2011 году до 100%.

Обновление парка автомобилей скорой медицинской помощи и снижение доли автомобилей СМП со сроком эксплуатации более 5 лет с 42% в 2011 году до 0%

Организация стационарных отделений СМП в субъектах Российской Федерации к 2018 году – 83 отделения.

Подготовка врачей по специальности «скорая медицинская помощь»

Мероприятие 2.8. Совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно–транспортных происшествиях

Ежегодно в Российской Федерации в результате дорожно–транспортных происшествий погибают и получают ранения свыше 270 тыс. человек.

За последние 7 лет ДТП стали причиной травмирования 166 020 и гибели 7 900 детей в возрасте до 16 лет. Демографический ущерб от дорожно–транспортных происшествий и их последствий за 2004–2010 годы составил 506 246 человек. Суммарный размер социально–экономического ущерба от ДТП и их последствий за 2004–2010 годы оценивается в 7 326,3 млрд. рублей.

В 2011 году произошло 199 868 ДТП, в которых погибло 27 953 человека (из них 944 ребенка), и пострадало 251 848 тыс. человек.

В Российской Федерации смертность от ДТП значительно превышает средние показатели по Европе – 13,5 на 100 тыс. населения.

Более низкое значение вышеуказанного показателя в странах ЕЭС по сравнению со средними показателями по России обусловлено рядом причин, которые можно разделить на медицинские и немедицинские.

К медицинским факторам, влияющим на снижение смертности от ДТП относятся:

- организация своевременной скорой медицинской помощи (достаточное количество реанимационных автомобилей, квалифицированный персонал, способный оказывать реанимационную помощь),

- оказание медицинской помощи в специализированных больницах экстренной медицинской помощи (травмацентрах).

К немедицинским факторам можно отнести:

- дорожную инфраструктуру, обеспечивающую безопасность организации движения, транспортных развязок, пешеходных переходов, освещения дорог, разделения потоков автотранспорта, светофорного регулирования и т.д.;

- соблюдение правил дорожного движения всеми участниками дорожного движения, как водителями, так и пешеходами (культура поведения, строгость законодательства в отношении нарушителей ПДД, в том числе в отношении пешеходов);

- использование населением стран ЕЭС более технологически оснащенного автотранспорта, оборудованного системами активной и пассивной безопасности и т.д.

Целевыми индикаторами реализации государственной программы развития здравоохранения предлагается считать общий показатель смертности пострадавших при ДТП и показатель летальности от ДТП в травматологических центрах.

При условии своевременного и адекватного оказания медицинской помощи пострадавшим в результате дорожно–транспортных происшествий можно предотвратить 25% случаев смерти.

К 2020 году в Российской Федерации планируется за счет реализации мероприятий, направленных на медицинские факторы, снизить смертность пострадавших в ДТП до 10,0 на 100 тыс. населения, при условии одновременного эффективного влияния на немедицинские факторы со стороны всех заинтересованных федеральных органов исполнительной власти (Минтранс России, МВД России, Минобрнауки России, Минкомсвязи России). Показатель летальности от ДТП в травматологических центрах должен снизиться с 7,8 % до 5,1 %.

До настоящего времени мероприятия по совершенствованию организации и оказания медицинской помощи пострадавшим вследствие ДТП в Российской Федерации проводились в рамках реализации ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах», приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2008–2012 годах, мероприятий по модернизации здравоохранения Российской Федерации в 2011–2012 годах.

Итогом реализации указанных мероприятий стало создание в 69 субъектах Российской Федерации системы оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП, включающей:

- использование на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи пострадавшим специализированных бригад скорой медицинской помощи;
- концентрацию пострадавших в травмоцентрах I и II уровня.

При этом в течение последних 6 лет для служб скорой медицинской помощи регионов страны было поставлено 511 реанимобилей. Кроме того было создано и оснащено медицинским оборудованием 302 травмоцентра (69 травмоцентров I уровня, 119 травмоцентров II уровня, 114 травмоцентров III уровня).

Для работы в указанных травмоцентрах в соответствующих институтах и образовательных учреждениях было подготовлено более 4 тыс. медицинских работников.

В целом для реализации указанных мероприятий в течение 5 лет из федерального бюджета было выделено более 19 млрд. рублей.

Необходимо отметить, что смертность от ДТП в Москве в 2011 году составила 6,7 на 100 тыс. населения, в Санкт–Петербурге данный показатель был равен 9,6 на 100 тыс. населения.

Приведенные выше данные свидетельствуют о необходимости проведения мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП.

Основными направлениями дальнейшего развития системы оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в Российской Федерации должны стать:

1. Включение неохваченных за прошедший период регионов в реализацию мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП.

2. Продолжение развертывания системы травмацентров центров вдоль федеральных и региональных автомобильных дорог на территории субъектов Российской Федерации с учетом научно–обоснованной потребности из расчета:

- один травмацентр I уровня на 1 млн. населения;
- один травмацентр II уровня на 200 тыс. населения;
- один травмацентр III уровня, способный в течение, так называемого «золотого часа», обеспечить оказание догоспитальной медицинской помощи пострадавшему от ДТП силами реанимационной бригады скорой медицинской помощи и медицинскую эвакуацию пострадавшего в травмоцентр I или II уровня.

3. Подготовка квалифицированных медицинских работников для оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП.

4. Укрепление материально–технической базы службы скорой медицинской помощи и травмацентров, в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком,

утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 декабря 2009г. № 991н.

5. Разработка и внедрение информационных систем и мониторинга функционирования системы оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП.

6. Проведение научно–исследовательских работ по вопросам оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пострадавшим при ДТП.

К основным рискам, которые могут препятствовать достижению поставленных целей и выполнению задач, можно отнести уровень автомобилизации в Российской Федерации (на начало 2012 года – 249 легковых автомобилей на 1 000 человек населения).

К 2025 году по обеспеченности населения автомобилями Российская Федерация приблизится к Японии, Франции и Великобритании (400 легковых автомобилей на 1 000 человек населения), что соответственно приведет к увеличению численности водителей, в том числе с минимальным водительским стажем, и может повлечь за собой увеличение количества ДТП и числа пострадавших в них.

Вместе с тем, в странах ЕЭС, Японии и США, уровень обеспеченности населения автомобилями снижается, вследствие увеличения расходов на владение и обслуживание автомобилей и перенаселенности крупных городов.

Мероприятие 2.9 Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным прочими заболеваниями

Недостаточная эффективность профилактической работы первичного звена медицинской помощи, в отсутствие налаженной системы этапности оказания медицинской помощи, благоприятствовала становлению стационарной медицинской помощи в качестве основного звена в системе здравоохранения. Следствием этого стало то, что высокий уровень госпитализации в стационары из–за высокой заболеваемости населения спровоцировал дефицит стационарных коек, при том, что обеспеченность населения койками в расчете на 1 тыс. населения соответствует уровню развитых стран.

Фактическое число развернутых коек в Российской Федерации превысило 1,25 млн. Общий профицит коек в федеральных государственных медицинских учреждениях превысил 15%. В то же время отмечается дисбаланс коек по профилям, когда количество терапевтических и хирургических коек превышало реальную потребность на 4–6%, в то время как дефицит онкологических коек для взрослого населения составил более 5%. Также, крайне востребованы койки нейрохирургического, травматологического, ортопедического профиля, что приводит к удлинению сроков ожидания предоставления специализированной медицинской помощи больным с этими заболеваниями.

Кроме того, слабая материально–техническая база медицинских учреждений многих субъектов Российской Федерации, их недостаточное финансирование, не позволяло развивать высокотехнологичную медицинскую помощь в учреждениях субъектов Российской Федерации.

Следствием всего этого стали завышенная потребность в коечном фонде, особенно в федеральные медицинские учреждения, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь, высокие показатели непрофильной госпитализации, частая госпитализация больных в неподготовленные для оказания профильной медицинской помощи в лечебные учреждения, завышенные сроки пребывания больного в стационаре, высокая частота переводов больных из одного лечебного учреждения в другое, что в сочетании с недостаточно эффективной работой самих стационаров препятствует росту доступности медицинской помощи.

Будут реализованы мероприятия, направленные на стимулирование и расширение хозяйственной самостоятельности учреждений здравоохранения, в том числе связанной с

изменением организационно–правовых форм на основе единой системы критериев, что позволит повысить их ответственность за экономические результаты своей деятельности.

В целях стимулирования связанной с оказанием специализированной медицинской помощи деятельности федеральных государственных медицинских учреждений, ориентированных на результат, в ходе реализации мероприятия подпрограммы необходимо осуществить переход на оплату за оказанную этими учреждениями медицинскую помощь из расчета средней стоимости стационарного лечения пациента по полному тарифу и клинко–статистическим группам болезней.

В период 2013–2014 годов будет осуществляться перевод отдельных растражированных видов высокотехнологичной медицинской помощи в систему специализированной медицинской помощи. С целью обеспечения доступности исключаемых из перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи отдельных видов этой медицинской помощи на 2013 год утверждается государственное задание на оказание специализированной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в федеральных государственных бюджетных учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, устанавливающее плановые объемы специализированной медицинской помощи по числу пролеченных больных.

Оптимизация сети федеральных государственных медицинских учреждений с учетом перевода отдельных видов высокотехнологичной медицинской помощи в систему специализированной медицинской помощи будет включать в себя не только изменения состава элементов сети учреждений, таких как перепрофилирование и сокращение избыточных по ряду профилей медицинской помощи коек, но и процессы изменения структуры сети и форм участия Минздрава России и некоторых других федеральных органов государственной власти в управлении учреждениями.

Необходимо отметить, что медицинские организации стационарного типа являются наиболее дорогостоящими учреждениями здравоохранения, поэтому рациональное использование коечного фонда имеет большое значение. Простой койки в таких учреждениях не только сокращает объем стационарной помощи и ухудшает медицинское обслуживание населения в целом, но и вызывает значительные экономические потери. Затраты на пустующую койку составляют 2/3 стоимости содержания занятой койки. Более низкая стоимость одного койко–дня приходится на те учреждения, где коечный фонд используется наиболее интенсивно.

В целях создания системы управления качеством медицинской помощи, которая позволит обеспечить аудит качества медицинской помощи на основе анализа индикаторов качества и технологических отклонений, проводятся мероприятия, направленные на внедрение единых для всей территории Российской Федерации порядков оказания медицинской помощи. Не менее важным является приведение специализированной медицинской помощи, оказываемой больным другими заболеваниями, в соответствие со стандартами оказания медицинской помощи.

На первом этапе реализации государственной программы будут выработаны индикаторы качества оказания специализированной медицинской помощи, созданы регистры стационарных больных по некоторым заболеваниям, имеющим важное социальное значение, осуществлена унификация оснащения медицинских организаций оборудованием в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

Внедрение порядков и стандартов оказания медицинской помощи позволит оптимизировать ее этапность, использовать правильный алгоритм взаимодействия учреждений здравоохранения, обеспечить преемственность в ведении больного на всех этапах, что значительно повысит качество медицинской помощи населению.

Порядки оказания специализированной медицинской помощи предусматривают этапную систему оказания специализированной медицинской помощи, с маршрутизацией направления пациентов в учреждения здравоохранения 3–х уровней:

- муниципальные – для оказания первичной специализированной медицинской помощи при неотложных состояниях;
- межрайонные центры учреждений субъектов Российской Федерации – для оказания специализированной помощи, в том числе при неотложных состояниях;
- учреждения субъектов Российской Федерации и федеральные учреждения – для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

В учреждениях здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь, должны быть созданы службы маршрутизации, ответственные за организацию долечивания и реабилитации выписывающихся больных, а также внедрение новых медицинских технологий.

В 2016 – 2020 годах также должна быть поэтапно внедрена экономически обоснованная саморегулируемая система управления качеством медицинской помощи на всей территории Российской Федерации.

При этом одним из базовых элементов обеспечения качества саморегулируемой системы оказания медицинской помощи должны стать профессиональные сообщества, вырабатывающие клинические рекомендации и протоколы по диагностике и лечению заболеваний и состояний и индикаторы качества лечебно–диагностического процесса, которые в последующем определяют внесение изменений в порядки и стандарты оказания медицинской помощи.

Мероприятие 2.10. Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи, развитие новых эффективных методов лечения

Высокотехнологичная медицинская помощь относится к наиболее эффективным видам медицинской помощи, приводящим к существенному и стойкому улучшению состояния здоровья, качества жизни пациентов. Мировой опыт показывает, что благополучной в вопросах охраны здоровья населения является ситуация, при которой на 1 млн. населения выполняется не менее 6000 различных операций при болезнях системы кровообращения. По мнению экспертов ВОЗ, во всех странах мира существует потребность в повышении доступности наиболее эффективных, и при этом дорогостоящих видов медицинской помощи.

Выделение высокотехнологичной медицинской помощи в 1992 году, в Российской Федерации, в качестве отдельного направления, было связано со значительным дефицитом финансовых ресурсов, при достаточной материально–технической оснащенности федеральных учреждений, что способствовало формированию существенного дисбаланса между государственными обязательствами в сфере здравоохранения и реальными финансовыми потоками, и вело к нарастанию платности медицинской помощи. Одной из основных целей государственной политики в области охраны здоровья граждан Российской Федерации было определено повышение доступности для населения Российской Федерации дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

С 2006 года мероприятия, направленные на повышение доступности для населения высокотехнологичной медицинской помощи, реализуются в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» по следующим направлениям: увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению Российской Федерации за счет средств федерального бюджета, совершенствование порядка организации населению ВМП, а также строительство новых федеральных центров высоких медицинских технологий.

Развитие высокотехнологичной медицинской помощи в сочетании с ежегодным увеличением финансирования из федерального бюджета позволило в сравнительно короткий период времени существенно увеличить ее доступность. Так, по сравнению с 2005 годом, объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в 2012 году возросли более чем в 7 раз – с 60 тыс. до 426 тыс. пациентов.

Учитывая исторически сложившуюся в Российской Федерации централизацию федеральных медицинских учреждений в крупных городах, в целях необходимости тиражирования высоких медицинских технологий с 2007 года оказание высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляли также и медицинские учреждения субъектов Российской Федерации. Количество субъектов Российской Федерации, которым выделяются субсидии, увеличилось в 2012 году до 59.

Повышению доступности ВМП способствовали построенные в рамках национального проекта федеральные центры высоких медицинских технологий. Это федеральные центры сердечно – сосудистой хирургии в городах Пенза, Астрахань, Челябинск, Хабаровск, Красноярск, федеральный центр нейрохирургии в г. Тюмени, федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования в г. Чебоксары. В 2011 году доля проведенных в новых федеральных центрах высоких медицинских технологий операций по сердечно – сосудистой хирургии составила 28% от общего объема ВМП по профилю.

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, с увеличением продолжительности жизни и общим старением населения будет расти количество заболеваний и повреждений суставов. Восстановление утраченной функции суставов является одной из актуальнейших задач травматологии и ортопедии. За последние годы наиболее эффективным оперативным методом лечения тяжелой патологии суставов конечностей признано эндопротезирование. В общем объеме высокотехнологичной медицинской помощи доля оперативных вмешательств по травматологии и ортопедии (включая эндопротезирование) составляет 17,3%.

Количество пролеченных пациентов в расчете на 100 тыс. человек выросло по профилю сердечно – сосудистая хирургия с 46,2 операций в 2009 году до 60,1 в 2011 году, по профилю травматология и ортопедия (включая эндопротезирование) с 25,4 операций в 2009 году до 42,8 в 2011 году.

Организация высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных медицинских учреждениях, направлена на предоставление высокотехнологичной медицинской помощи пациентам всех регионов Российской Федерации. Например, Федеральный центр нейрохирургии в г. Тюмени, введенный в эксплуатацию в 2011г., оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь жителям 41 региона Российской Федерации, в том числе из Центрального, Северо– Западного и Северо – Кавказского федеральных округов. В отдельных учреждениях этот показатель достигает почти 100% охвата регионов.

По мере увеличения продолжительности жизни населения, растет число пациентов, страдающих хроническими заболеваниями и нуждающихся в трансплантации органов и тканей.

В тоже время, одной из проблем трансплантации органов и тканей является обеспечение нуждающихся донорскими органами, дефицит которых ограничивает количество проводимых операций. Показатель посмертного донорства органов в России на 1 млн. населения составляет 3,4, что в 5–10 раз меньше соответствующих показателей в зарубежных странах.

Показатель трансплантаций органов на 1 млн. населения в Российской Федерации составляет 7,5 операций, что на порядок меньше соответствующих показателей в странах Евросоюза и США.

За последние годы значительно возросло количество медицинских учреждений, проводящих трансплантацию органов и тканей до 42, из них 18 учреждений субъектов Российской Федерации. Общее число проведенных трансплантаций органов и тканей за счет средств федерального бюджета выросло более чем в два раза с 1020 в 2009 году до 1500 в 2011 году. Проведены уникальные операции по пересадке сердечно-легочного комплекса и легких, а также впервые в нашей стране пересажены сердца от умерших взрослых доноров детям старшего возраста.

Существующая потребность в трансплантации органов в Российской Федерации значительно выше и по экспертным оценкам составляет не менее 8000–8500 трансплантаций органов, в том числе 4000 трансплантаций почки, 2000 печени, 1000 сердца, 400 поджелудочной железы, 1000 легкого.

С целью дальнейшего развития трансплантологии в Российской Федерации, разработан комплексный подход для решения этого вопроса, предусматривающий формирование нормативно-правовой базы и проведение организационных мероприятий по вопросам развития органного донорства и трансплантологии, создание федеральных регистров доноров и реципиентов, создание банков данных, проведение рекламных и пропагандистских компаний в обществе и прессе.

С 2015 года Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326–ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» предусматривается включение высокотехнологичной медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования, в связи с чем, в период с 2013 по 2014 годы планируется осуществить поэтапный перевод в систему обязательного медицинского страхования отдельных ее видов, получивших широкое применение.

При этом существует определенная часть видов высокотехнологичной медицинской помощи, оплату которых необходимо оставить вне рамок системы обязательного медицинского страхования. Это связано с социальной значимостью и относительной редкостью заболеваний, при которых применяются уникальные и сложные медицинские технологии, требующие углубленной и длительной подготовки специалистов. Кроме этого, данные технологии являются ресурсоемкими и могут выполняться только в учреждениях, имеющих самый современный технопарк диагностического и лечебного оборудования и соответствующий кадровый потенциал. Средние затраты на лечение таких больных могут достигать нескольких млн. рублей и более. При этом количество больных, нуждающихся в такой медицинской помощи, в стране может составлять от нескольких сотен до нескольких тысяч человек.

Объем финансового обеспечения таких видов медицинской помощи составит на период с 2015 по 2020 годы по 30,2 млрд. рублей ежегодно. Кроме того на развитие инновационно-технологических видов медицинской помощи в учреждениях необходимо предусмотреть в федеральном бюджете 19,4 млрд. рублей ежегодно.

В рамках таких «инновационно-технологических видов медицинской помощи» должны получить своё развитие и дальнейшее распространение на всей территории Российской Федерации новые высокоэффективные методы лечения пациентов, такие как малоинвазивная хирургия, включая отдельные виды эндоваскулярных вмешательств, микрохирургия, радиохимирургия, биотехнологии, генно-инженерные технологии, таргетная терапия и другие.

Реализация программных мероприятий будет способствовать комплексному решению проблем: уменьшению периода ожидания на оперативное лечение, увеличению продолжительности и улучшению качества жизни больных, снижению уровня инвалидизации населения.

Мероприятие 2.11. Развитие службы крови

Организация заготовки, переработки, хранения, транспортировки и обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов является одной из важнейших составных частей российского здравоохранения, которая обеспечивает оказание трансфузиологической помощи как в мирное время, так и при различных чрезвычайных ситуациях, что имеет общегосударственный стратегический характер, затрагивающий вопросы безопасности страны.

Сложности социально-экономического характера, наблюдавшиеся в 90-е годы в стране, имели негативные последствия для развития отечественной службы крови. Отсутствие адекватного финансирования привело к тому, что материально-техническая база большинства учреждений службы крови оказалась морально и физически изношенной, что существенно сдерживало внедрение в практику современных мировых и отечественных технологий по обеспечению безопасности и эффективности гемотрансфузионной терапии. Многочисленные учреждения службы крови были маломощны и работали неэффективно. Слабая материально-техническая база учреждений службы крови, дефицит качественных отечественных расходных материалов и оборудования в части регионов не позволяли в полной мере решать задачи по обеспечению безопасности и эффективности всех этапов гемотрансфузионной «цепочки» – от заготовки крови и ее компонентов до их клинического применения. Недостаточное внедрение современных методов заготовки плазмы и клеточных компонентов крови приводило к неэффективному использованию и без того ограниченных донорских ресурсов.

Для обеспечения потребности государства в донорской крови и ее компонентах в 2008 году в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» были начаты преобразования службы крови по следующим направлениям: совершенствование и модернизация материально-технической базы учреждений службы крови; формирование единой информационной базы для развития организации донорства; коммуникационная кампания, направленная на развитие массового безвозмездного донорства крови. В 2008–2011 гг. за счет средств федерального бюджета для 102 учреждений службы крови было приобретено новое технологическое оборудование для осуществления заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности донорской крови ее компонентов для всех субъектов Российской Федерации и ряда федеральных учреждений. Кроме того было закуплено компьютерное оборудование с лицензионным программным обеспечением для создания единой во всех регионах страны базы учета доноров крови и ее компонентов.

Проведенная модернизация станций переливания крови направлена на обеспечение технического потенциала, позволяющего заготавливать достаточные объемы, необходимое качество и безопасность донорской крови и ее компонентов.

Материально-техническое переоснащение станций переливания крови дало свои положительные результаты: возрос объемов плазмы, заготавливаемой с помощью аппаратного плазмафереза, увеличилось производство ряда компонентов крови, иммуноглобулинов, увеличилось число доноров клеток крови по сравнению с 2009 годом в 1,5 раза и в 1,9 раза по сравнению с 2008 годом.

Положительными моментами являются увеличение разовой дозы крови от безвозмездного донора и увеличение объема заготовки плазмы методом аппаратного плазмафереза. Увеличился выпуск эритроцитной массы, обедненной лейкоцитами и тромбоцитами, эритроцитной взвеси, лейкоцитной массы, концентрата тромбоцитов, гипериммунной антистафилококковой плазмы.

Проводимые мероприятия позволили последовательно повысить уровень использования компонентов крови в клинической практике, внедрить новые технологии при производстве

компонентов крови, такие, как карантинизация плазмы, лейкофльтрация, аутодонорство крови и ее компонентов, вирусинактивация плазмы.

В рамках Программы предусмотрено дальнейшее оснащение медицинским оборудованием и информационными системами учреждений службы крови которые не участвовали в Программе 2008–2011 гг..

С каждым годом снижается число доноров крови и ее компонентов. Общее число доноров в 2010 году по сравнению с 2009 годом снизилось на 8,1% (155514 человек), уменьшилось число платных на 11% (18548 человек) и безвозмездных доноров на 7,9% (136966 человек), также количество первичных доноров на 10,5% (75731 человек).

В настоящее время в Российской Федерации количество показатель количества доноров составляет 14 на 1000 чел. В Европейских странах и США данный показатель составляет от 35 до 60 на 1000 человек. Вовлечения населения в донорство крови зависит прежде всего от социальных факторов.

Цель нового Федерального закона "О донорстве крови и ее компонентов" – формирование благоприятных социальных, правовых и экономических условий для более активного участия граждан в безвозмездном жертвовании собственной крови. Закон также наделяет граждан правом выбора между безвозмездной сдачей крови или сдачей крови за плату. Определение случаев, в которых возможна сдача крови или ее компонентов за плату, а также установление размеров такой платы отнесено к компетенции Минздрава России.

Установлены требования к донору, его права и обязанности, а также меры социальной поддержки, предоставляемые донору, безвозмездно сдавшему кровь. В частности, такой донор обеспечивается бесплатным питанием за счет принявшей кровь организации. Донору, безвозмездно сдавшему две максимально допустимые дозы крови или ее компонентов, предоставляется право на первоочередное приобретение по месту работы или учебы льготных путевок на санаторно–курортное лечение. Для лиц, награжденных знаком "Почетный донор России", предусмотрена ежегодная денежная выплата из федерального бюджета в размере 9 959 рублей, подлежащая индексации раз в год с 1 января в соответствии с прогнозным уровнем инфляции.

Определены полномочия органов власти всех уровней в области организации и поддержки донорства, а также права некоммерческих организаций и общественных объединений в этой сфере. Установлена ответственность за несоблюдение требований безопасности технического регламента о безопасности крови.

В целях обеспечения контроля в сфере обращения донорской крови в России предусмотрено создание базы данных донорства крови и ее компонентов, в которую будут вноситься биометрические персональные данные донора.

Характеристика мер государственного регулирования

Меры государственного регулирования разрабатываются ответственным исполнителем в первый год реализации Подпрограммы.

Прогноз сводных показателей государственных заданий по этапам реализации Подпрограммы (при оказании федеральными государственными учреждениями государственных услуг (работ) в рамках Подпрограммы)

Доведение государственного задания будет осуществляться в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «О некоммерческих организациях» и Федеральным законом «Об автономных учреждениях», а также иными нормативными актами, регулирующими формирование государственного задания.

Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации

Субъекты Российской Федерации реализуют мероприятия подпрограммы в учреждениях находящихся в их ведении в соответствии с законодательством. Участие субъектов Российской Федерации в Подпрограмме отражено в таблице 7.

Информация об участии государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации Подпрограммы

Участие государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 7.

Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. Предоставление и распределение субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации планируется осуществлять согласно Правилам предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование объектов капитального строительства и реконструкции государственной собственности субъектов Российской Федерации (объектов капитального строительства муниципальных образований), закупку оборудования и расходных материалов, составленным в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 мая 2008 г. № 392 (Приложение № 1). Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблице № 6.

Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы

Риски, которые могут возникнуть в ходе реализации Подпрограммы, и меры по управлению ими соответствуют описанным в разделе «Анализ рисков реализации Государственной программы» Государственной программы «Развитие здравоохранения».

Подпрограмма 3. «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения»

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Минздрав России
Соисполнители Подпрограммы	ФМБА России
Участники Подпрограммы	Российская академия медицинских наук
Перечень основных мероприятий Подпрограммы	Мероприятие 3.1. Развитие ядерной медицины. Мероприятие 3.2. Развитие фундаментальной и трансляционной медицины. Мероприятие 3.3. Развитие инновационной инфраструктуры.
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	
Цели Подпрограммы	Создание условий для высококачественной диагностики и лечения больных с использованием технологий ядерной медицины. Разработка инновационных средств диагностики, лекарственных препаратов и биомедицинских клеточных продуктов. Повышение эффективности реализации медико-технических проектов в области здравоохранения, направленных на раннюю диагностику, эффективное лечение, реабилитацию больных с целью максимального сокращения сроков восстановления их трудоспособности.
Задачи Подпрограммы	Создание инфраструктуры (сети объектов) для диагностики и лечения заболеваний с использованием технологий ядерной медицины; создание сети отделений радиоизотопной диагностики; создание центров позитронно-эмиссионной томографии; проектирование, строительство и оснащение высокотехнологичного центра медицинской радиологии; создание отделений дистанционной лучевой терапии; формирование системы трансляционной медицины в соответствии с

	<p>требованиями GCP;</p> <p>реализация междисциплинарных межведомственных проектов, направленных на разработку и внедрение инновационных медицинских продуктов;</p> <p>принятие закона «Об обращении биомедицинских клеточных продуктов»;</p> <p>разработка и утверждение стратегии развития медицинской науки;</p> <p>формирование инфраструктуры R&D центра замкнутого цикла для разработки и испытаний инновационных медицинских продуктов;</p> <p>формирование структур для разработки, производства и внедрения инновационных медицинских продуктов, соответствующих требованиям GMP, GLP;</p> <p>разработка и внедрение в практику инновационных методов лечения;</p> <p>оказание медицинской помощи лицам с применением современных достижений биологии и медицины.</p>
<p>Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы</p>	<p>Число исследований, проведенных с использованием технологий ядерной медицины;</p> <p>количество больных, пролеченных с использованием технологий ядерной медицины;</p> <p>количество новых разработанных диагностических тест-систем;</p> <p>количество новых лекарственных средств, доведенных до стадии клинических исследований;</p> <p>количество клеточных продуктов;</p> <p>количество научных работников с индивидуальным индексом Хирша более 10.</p>
<p>Этапы и сроки реализации Подпрограммы</p>	<p>Подпрограмма реализуется в один этап 2013 – 2020 годы</p>
<p>Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. руб.</p>	<p>2013 г. – 25 520 877,20 тыс. руб. 2014 г. – 18 497 279,60 тыс. руб. 2015 г. – 19 049 276,40 тыс. руб. 2016–2020 годы *</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы</p>	<p>Увеличение числа исследований с использованием технологий ядерной медицины к 2020 году – до 485 750 единиц;</p> <p>увеличение количества больных пролеченных с использованием</p>

	<p>технологий ядерной медицины – до 1 285 000 человек;</p> <p>количество разработанных новых диагностических тест–систем – 5 ед.;</p> <p>количество новых лекарственных средств, доведенных до стадии клинических исследований–8 ед.;</p> <p>количество клеточных продуктов – 8 ед.;</p> <p>количество научных работников с индивидуальным индексом Хирша более 10 – не менее 55.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

Важность проведения в Российской Федерации эффективной политики в сфере разработки и внедрения новых технологий в сфере охраны здоровья населения в настоящее время не вызывает сомнений. Это обосновывается целым рядом моментов, ключевыми из которых являются обеспечение национальной безопасности, повышением эффективности экономики и сохранением престижа государства.

Значительное отставание Российской Федерации от экономически развитых стран в части развития инновационной инфраструктуры в здравоохранении, фрагментарность развития фундаментальной и трансляционной медицины приводят к существенному ограничению доступности широко используемых в мире современных технологий диагностики и лечения социально значимых заболеваний, зависимости страны от импорта инновационных средств диагностики, лекарственных препаратов, низким темпам продвижения научных проектов.

Внедрение в клиническую практику новых методов диагностики, разработка новых радиофармпрепаратов и появление диагностической аппаратуры нового поколения, позволяющей проводить оценку функционально–морфологического состояния органов на молекулярном уровне и внедрения принципиально новых методических подходов для локального облучения новообразований, позволяет существенно улучшить ранее выявление заболеваний и повысить эффективность лечения.

В настоящее время эти методы диагностики и терапии ещё недостаточно широко используются в отечественной системе здравоохранения. Отделения лучевой терапии зачастую оснащены морально и физически устаревшим оборудованием. Медленно осуществляется внедрение в клиническую практику ПЭТ–диагностики. Необходимо также отметить, что не хватает должным образом подготовленных кадров. В настоящее время Россия значительно отстает по уровню оснащённости соответствующим оборудованием от стран с развитой инфраструктурой ядерной медицины.

Одновременно доведением инфраструктуры здравоохранения до уровня технологически развитых стран, перед Российской Федерацией стоит задача осуществить прорыв в развитии науки, сформировав тем самым производственную сферу, планомерно предлагающую инновационные продукты и технологии. Биомедицинская наука не становится исключением, скорее комплексные биомедицинские исследования во многом определяют социальное развитие человека и общества, обеспечивая безопасное и поступательное развитие цивилизации в целом. Более того, биомедицина как отрасль становится определяющим фактором развития различных отраслей промышленности и экономики, формируя заказ на разработки и производство товаров и услуг для обеспечения здоровья населения. Само деление на фундаментальную и прикладную

(ориентированную) науку уходит в прошлое, уступая место междисциплинарной высокотехнологической отрасли называемой «наукой о жизни» (life science)

В современных условиях от уровня и качества развития биомедицинской науки в долгосрочной перспективе зависит не только качество и независимость отечественного здравоохранения, но и стабильное развитие государства как социальной системы.

В то же время необходимым условием получения прорывных результатов в медицинской науке является построение единой и эффективной базы и модели управления инновациями, которая в настоящее время в Российской Федерации носит фрагментарный характер.

Сметное финансирование инфраструктурного развития в последние годы уже обеспечило определенное поле возможностей для национальной науки. Мировой опыт указывает на необходимость поддержки научной инфраструктуры при одновременном целевом финансировании исследований со стороны заказчика, ориентированном на достижение конкретных значимых инновационных результатов и внедрения их в практику, увеличения доли программно-целевого финансирования научных разработок.

В рамках проработки возможных сценарных решений хода инновационного процесса необходимо не рассредоточивать усилия по всем направлениям, а определить приоритетные ниши, по которым следует добиваться концентрации компетенций. В основе указанной концентрации компетенций лежит организационный механизм, предполагающий, что все проводимые исследования должны реализовываться в рамках единой стратегии, состоящей из ряда тематических платформ, включающих приоритеты исследований. Для каждой научной платформы формируется своя программа, включающая проработку таких разделов, как продуктовая стратегия, эпидемиологические и эконометрические модели, многоуровневое развитие инфраструктуры. Содержательное и инфраструктурное наполнение каждой платформы может быть декомпозировано до программы развития отдельного научного учреждения – участника платформы. Программа развития предполагает системное планирование в разрезе видов научной деятельности и соотнесена с формированием государственного задания. Платформы позволяют переместить акцент научного взаимодействия с административного звена учреждений науки непосредственно на исследовательские группы, преодолевая, таким образом, имеющуюся в настоящее время межведомственную разобщенность.

Результатом функционирования платформы должны стать: получение принципиально новых знаний о функционировании организма человека в норме и при патологии, а также конкретные инновационные продукты (лекарственные препараты, медицинские изделия, клеточные продукты).

Платформы, в основном, сформированы на основе анализа тенденций и приоритетов с учетом единства научно-технологических подходов. Программно-целевой принцип коррелирует с мероприятиями Комплексной программы развития биотехнологий в Российской Федерации на период до 2020 года (Программа БИО–2020). Комплекс мероприятий программы БИО–2020 планируется к реализации в ходе выполнения данной Подпрограммы.

Современные исследования в биомедицине носят в большинстве случаев междисциплинарный характер. Предполагается создать механизмы вовлечения в работу над проектом множества различных групп учёных независимо от их ведомственной принадлежности.

Реализация мероприятий будет построена на основе трёхлетних/четырёхлетних циклов, в рамках которых последовательно осуществляется мониторинг и анализ существующих разработок, определение наиболее перспективных направлений разработок, отслеживание и экспертиза хода реализации научных проектов. При этом в тематической связи друг с другом могут быть поддержаны фундаментальные разработки и прикладные исследования. Кроме того,

должны быть созданы условия и механизмы для эффективной рыночной оценки накопленной и создаваемой интеллектуальной собственности. Будет создана возможность капитализации и возврата государственных инвестиций.

В направлении мотивации и привлечения молодых специалистов в медицинскую науку необходимо осуществить переход от традиционного линейного управления проектами, в котором доминирует административное звено, к системе реализации проектов в условиях распределённой научной среды (планирование карьеры, введение системы индивидуальных грантов для молодых ученых, их поощрений, государственного субсидирования ипотеки для молодых специалистов в сфере науки, инжиниринга, проектной деятельности, иных высокотехнологичных видов деятельности, предоставление грантов, займов и венчурное финансирование на реализацию собственных разработок).

В пределах медицинских научных платформ должны быть максимально устранены административные барьеры и сформировано эффективное взаимодействие между исследовательскими группами. Медицинские научные платформы будут сформированы с участием учреждений, подведомственных Минздраву России, РАН, РАМН.

Указанная логическая систематизация должна сопровождаться соответствующей систематизацией инфраструктуры и управления. Проведенный анализ дает основания полагать, что основным сдерживающим фактором в получении прорывных научных результатов является не отсутствие финансирования, а отсутствие управленческих компетенций, позволяющих эффективно администрировать процесс получения инновационных продуктов от их разработки до применения у конкретного пациента. Не обеспечивается трансфер технологий, должное маркетинговое сопровождение, ориентация на последующее обслуживание и поддержание продукта, т.е. сохранение заинтересованности потребителя на долгосрочную перспективу.

Государство должно определиться с тем, какой круг научных учреждений ему требуется для выполнения стратегических функций лидерства в отечественной науке и поддержания необходимой степени эффективности научного потенциала страны. Изменения коснутся подходов к оценке результативности деятельности учреждений науки, в ее основе должны лежать такие измеримые показатели, как цитируемость научных публикаций, накопленный по размещению импакт-фактор, количество объектов интеллектуальной собственности, а в дальнейшем также и рыночная (инвестиционная) оценка результатов прикладных исследований.

Должны быть пересмотрены подходы к формированию коечного фонда учреждений науки таким образом, чтобы они соответствовали научному профилю, не превращаясь в клинические учреждения. Основной стратегической целью деятельности научных учреждений является развитие медицинской науки в Российской Федерации, получение прорывных научных результатов, их апробация и последующее внедрение в практическое здравоохранение. Коечный фонд является важным показателем, характеризующим деятельность учреждений науки, подведомственных Минздраву России, и необходимой базой, обеспечивающей возможность осуществления научной деятельности.

Одним из важнейших признаков койки в научном учреждении является ее приспособленность к научным исследованиям, она служит источником информации, необходимой ученому, дает возможность для сбора биоматериала, который подлежит дальнейшему пристальному изучению. В задачу федеральных научных учреждений входят поиск и разработка новых методов и способов лечения и их последующая передача в практическое здравоохранение. Ценность научной койки в такой работе сложно переоценить. Она выступает в качестве апробационной площадки новых способов и методов лечения, разработанных в научном

учреждении, и дает возможность в полной мере оценить эффективность внедряемого метода и внести, при необходимости, коррективы.

Вместе с тем создание и внедрение новых технологий диагностики и лечения – дорогостоящий процесс. Переход от рутинных хирургических операций к инновационным методам диагностики и лечения требует от федерального учреждения инвестировать средства в оборудование экспертного класса, в фундаментальные и прикладные научные разработки, в обучение персонала при снижении нагрузки на оперирующих хирургов и на производственные мощности.

Уникальность заболеваний, при которых пациент оказывается на койке в федеральном учреждении, не позволяет при формировании коечного фонда федеральных учреждений применять те же подходы, что и для коечного фонда лечебно–профилактических учреждений регионального и муниципального уровней.

Развитие фундаментальных и прикладных научных исследований в области здравоохранения является основной стратегической целью деятельности научных медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь населению. Поэтому подходы, используемые при финансовом обеспечении деятельности государственных научных учреждений здравоохранения федерального уровня, могут быть основаны на использовании таких понятий, как «научная койка» и «объем деятельности научных медицинских учреждений с использованием научной койки».

Научная койка – единица производственной мощности государственного научно–исследовательского учреждения, предназначенная для проведения в условиях круглосуточного стационара фундаментальных и прикладных исследований, а также для подготовки научных медицинских кадров по конкретным научным медицинским специальностям.

Объем деятельности с использованием научной койки – число больных, использованных государственным научно–исследовательским учреждением в условиях круглосуточного стационара для получения конкретного результата фундаментальных и прикладных исследований.

Формирование системы «головных учреждений», то есть закрепление за крупными исследовательскими центрами функций по формированию исследовательского древа в соответствующей приоритетной нише биомедицинской науки, методологического сопровождения исследовательских проектов является одним из путей повышения эффективности администрирования инновационного процесса в медицине. Кроме того, головные учреждения должны обеспечить сопряжение инновационного и практического звена, транслируя уникальные решения в практическую медицину, а актуальные потребности практики – в программы исследований. Такой подход позволяет оптимально использовать механизм самоуправления медицинской наукой, ориентируясь на авторитетное мнение.

Мировая практика научного развития основана на эффективности тесного взаимодействия образования, науки и бизнеса. Именно поэтому часть мировой элиты научной мысли сосредоточена в крупнейших вузах. Необходимо рассмотреть вопрос расширения материально–технической базы сильнейших медицинских вузов с концентрацией исследовательских лабораторий, добиваясь тем самым максимального синергетического эффекта от совмещения научной и образовательной деятельности. Необходимо создание и активное развитие малых инновационных предприятий.

Важной является деятельность институтов развития (Фонд «Сколково», Российская венчурная компания и др.). Их направления деятельности должны быть сосредоточены на

комплексной поддержке проектов, а сами эти институты должны превратиться из финансовых операторов в центры компетенций в области финансового и проектного менеджмента.

Развитие инновационной инфраструктуры является одним из важных направлений обеспечения прорывных результатов в медицинских исследованиях, способных привести к появлению новых диагностических и лекарственных препаратов, технологии и продуктов. Высокие международные требования к инновационным продуктам для здравоохранения требуют создания специальных условий, использования современного оборудования, биологических моделей, использования унифицированных методов и научных подходов.

Имеющиеся мощности учреждений достаточны для проведения определенного круга исследований, однако не могут обеспечить получение прорывных разработок. Недостаточная оснащенность современными приборами, комплексами, биологическими моделями, отсутствие охарактеризованных систематизированных коллекций биоматериалов, специальных моделей и биомишеней, сдерживают развитие актуальных областей биомедицины и приводит к утечке создаваемой российскими учеными интеллектуальной собственности.

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы, цели, задачи и показатели (индикаторы) достижения целей и решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов Подпрограммы, сроков и контрольных этапов реализации Подпрограммы

В настоящее время государственная политика в области здравоохранения реализуется в соответствии с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития. Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, и виды и качество, которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовыми достижениями медицинской науки. Подпрограмма направлена на достижение поставленной цели.

Цели, задачи, показатели, результаты, сроки и контрольные этапы реализации Подпрограммы отражены в паспорте Подпрограммы.

Мероприятие 3.1. Развитие ядерной медицины

Радиологические методы диагностики и лечения охватывают всю систему оказания медицинской помощи населению. Новые достижения в области ранней диагностики и эффективного лечения больных как онкологическими, так и неонкологическими заболеваниями во многом связаны с появлением высокотехнологичных радиологических технологий диагностического и лечебного назначения. Современные высокотехнологичные радиологические методики успешно конкурируют с традиционными методами лечения и все шире включаются в комплексные терапевтические протоколы.

Радиологические методы диагностики и лечения включают следующие:

Однофотонная эмиссионная компьютерная томография – радионуклидный метод, в основе которого лежит исследование распределения изотопа Tc99 (Технеций–99) в теле пациента. В процессе радиоактивного распада атомов Tc99 выделяется гамма-квант с энергией 130 кЭв, фиксируемый детекторами аппарата. В результате исследования пациента формируется изображение, показывающее распределение изотопа в теле пациента, которое непосредственно взаимосвязано с биологической активностью соответствующих органов и тканей человека. В частности, визуализируются пораженные зоны с измененными параметрами биологического обмена и особенно участки, пораженные патологическими процессами, например в виде некроза.

Позитронная эмиссионная томография — радионуклидный томографический метод исследования внутренних органов человека. Метод основан на регистрации пары гамма-квантов, возникающих при аннигиляции позитронов, образующихся при ядерных реакциях распада радиофармпрепарата, вводимого пациенту перед исследованием. В основе этого метода лежит возможность при помощи специального детектирующего оборудования (ПЭТ – сканера) отслеживать распределение в организме биологически активных соединений, меченых позитрон-излучающими радионуклидами.

Неоспоримое преимущество ПЭТ заключается в его уникальной чувствительности. Присутствие среди позитронных эмиттеров радионуклидов основных элементов-органогенов (углерод, азот, кислород) позволяет использовать меченные этими радионуклидами самые разнообразные биологически активные соединения, содержащиеся в нормально функционирующем живом организме.

ПЭТ – метод, который позволяет выявлять ранее неизвестные отклонения от нормы в функционировании систем, например, головного мозга, дает клиницисту возможность связывать и количественно оценивать наблюдаемые патологические отклонения с дисфункцией биохимических и/или физиологических параметров и таким образом открывает перед ним новые возможности, как в терапии, так и в хирургии.

Лучевая терапия. Дистанционная лучевая терапия является самым распространенным видом лучевой терапии в связи с широким спектром применения при лечении больных со злокачественными заболеваниями различной локализации. Она осуществляется только в специализированных учреждениях, где источники излучения устанавливаются стационарно в соответствии с установленными нормами. Принцип терапевтического действия основан на поражении онкологических клеток пациента с помощью пучка ускоренных элементарных частиц – электронов (для случаев поражения онкологическими заболеваниями кожных покровов) либо пучка гамма-квантов, применяемых для лечения остальных онкологических поражений.

Кибернож (оборудование для стереотаксической радиохирургии) – это высокоточная радиохирургическая мобильная система, используемая для лечения злокачественных и доброкачественных опухолей различных локализаций с субмиллиметровой точностью. В частности, кибернож применяют для лечения опухолей головного и спинного мозга, головы и шеи, лёгких, печени, поджелудочной железы, костей, простаты.

Система состоит из компактного линейного ускорителя с энергией 6 МэВ, расположенного на роботизированной консоли, имеющей шесть степеней свободы и обеспечивающей 1200 позиций пучка при облучении. Робот-манипулятор обеспечивает перемещение и наведение линейного ускорителя с высокой (субмиллиметровой) точностью. Другой особенностью этой системы является наличие ряда трекинговых систем, которые отслеживают расположение опухоли в пространстве в режиме реального времени. Это позволяет автоматически подстраивать наведение пучка во время сеанса лечения, что обеспечивает более точную лучевую терапию без жёсткой фиксации пациента.

В настоящее время Российская Федерация существенно отстает в уровне оснащенности оборудованием для радиологических методов диагностики и лечения от развитых стран.

Отставание от развитых стран в оснащенности оборудованием ядерной медицины по некоторым типам аппаратов достигает 15 раз. Показатели оснащенности оборудованием ядерной медицины в развитых странах и Российской Федерации на 100 тыс. чел.: по позитронно-эмиссионным компьютерным томографам – 1,2 в развитых странах и 0,08 в России; по однофотонным эмиссионным компьютерным томографам – 6,2 в развитых странах и 1 в Российской Федерации; по линейным ускорителям – 5,2 в развитых странах и 0,35 в России.

Это отставание уже сказывается на показателе средней продолжительности жизни, а также на показателях заболеваемости и смертности населения. Особо значимым является показатель выживаемости онкологических больных за пятилетний период. Эта величина во многом определяется возможностью ранней диагностики онкологических заболеваний, и, в свою очередь, уровнем доступности методов ядерной медицины, позволяющих определить начальные стадии онкологических заболеваний.

В этом случае роль технологической оснащенности системы здравоохранения является первоочередным фактором. Последствия отставания России по одному из бурно развивающихся направлений в мировой медицине неизбежно приведут к необратимым негативным изменениям в структуре и качестве оказания медицинской помощи в борьбе с социально значимыми заболеваниями. Это касается не только диагностики и лечения онкологии, но и широкого круга диагностических процедур в комплексе мероприятий по профилактике заболеваемости населения.

К настоящему моменту в Российской Федерации на официальном учете состоит свыше 2 миллионов 700 тысяч онкологических больных. В 2010 г. в России было выявлено 516 874 новых случая злокачественного новообразования. Абсолютное число заболевших онкологией в 2010 г. на 15,2% больше, чем в 2000 г. Во многом это объясняется появлением и развитием новых методов диагностики, позволяющих диагностировать ранние случаи заболеваний.

Основной целью Мероприятия является создание условий для высококачественной диагностики и лечения больных с использованием технологий ядерной медицины.

К задачам Мероприятия относятся:

Создание инфраструктуры (сети объектов) для диагностики и лечения заболеваний с использованием технологий ядерной медицины.

Создание сети отделений радиоизотопной диагностики.

Создание центров позитронно–эмиссионной томографии.

Проектирование, строительство и оснащение высокотехнологичного центра медицинской радиологии.

Создание отделений дистанционной лучевой терапии.

Механизмы решения поставленных задач.

Создание сети отделений радиоизотопной диагностики. В ходе реализации данного мероприятия планируется в течение 5 лет разместить 502 установки ОФЭКТ и ОФЭКТ/КТ в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации и оснастить ими 251 отделение для проведения радиоизотопной диагностики. Данное мероприятие предполагает бюджетные ассигнования на капитальное строительство, проектно–изыскательские работы и оснащение.

Создание центров позитронно–эмиссионной томографии центров на базе федеральных учреждений.

Проектирование, строительство и оснащение высокотехнологичного центра медицинской радиологии. Задачи, которые будет решать высокотехнологичный центр, следующие:

– обеспечение высокотехнологичной радиологической диагностической и лечебной помощью населения Российской Федерации;

– создание условий для оказания специализированной, в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи пострадавшим при возможных радиационных происшествиях;

– разработка и реализация стратегических направлений по диагностике, особенно ранней, онкологических заболеваний, создание и тиражирование современных методов эффективного лечения и реабилитационных мероприятий;

– подготовка высококвалифицированных кадров.

Центры медицинской радиологии играют ключевую роль в системе оказания услуг с применением методов ядерной медицины – на указанные центры будет замыкаться логистика пациента с различными, в том числе сложными формами заболеваний, терапия которых возможна только в условиях высокотехнологичной (например, протонная терапия) и комплексной медицинской помощи.

Создание отделений дистанционной лучевой терапии. В результате реализации цели будет создана сеть отделений лучевой терапии (ОЛТ), в объемах, определённых на основе оценки ведущих специалистов по данному вопросу, мировых показателей оснащённости и действующих стандартов и порядков оказания медицинской помощи, что позволит существенно повысить эффективность лечения онкологических заболеваний в Российской Федерации.

Задачей таких отделений будет оказание высокоэффективной помощи при лечении методом лучевой терапии больных злокачественными новообразованиями различных локализаций.

В составе типового отделения дистанционной лучевой терапии предполагается наличие двух медицинских линейных ускорителей различной энергии – 6 МэВ и 18–20 МэВ и, соответственно, сопутствующего обеспечивающего оборудования. Всего за период реализации Программы планируется разместить 134 линейных ускорителя в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации и сформировать сеть отделений лучевой терапии.

В рамках цели планируется оснащение федеральных учреждений высокоточной радиохирургической системой «Кибернож», которая позволяет осуществлять безрамочную стереотаксическую хирургию повреждений мозга с устройства, находящегося вне пациента. Кроме того, новые методы, разработанные для этого устройства, позволяют привести стереотаксическую точность в лечение рака легких и рака брюшной полости.

Для оснащения лечебных учреждений Российской Федерации оборудованием ядерной медицины в соответствии с уровнем, достигнутым к настоящему времени развитыми странами (США, Германия, Япония), необходимы инвестиции в объеме 77 млрд. рублей (в ценах 2011 года).

Финансовые риски связаны с отсутствием или недостаточным финансированием мероприятий в рамках Программы. Преодоление рисков может быть осуществлено путем сохранения устойчивого финансирования отрасли, а также путем дополнительных организационных мер, направленных на преодоление данных рисков. Макроэкономические риски связаны с ухудшением внешней и внутренней конъюнктуры, снижением темпов роста экономики, высокая инфляция. Это неуправляемые риски, способные затормозить структурные преобразования.

Мероприятие 3.2. Развитие фундаментальной и трансляционной медицины

Фундаментальная наука оказывается в самом начале цепочки, связывающей открытие нового закона, явления, эффекта и появление нового лекарственного препарата, прибора, технологии, созданных с их использованием. Современное развитие мировой индустрии основано на достижениях науки и способности адаптировать их к постоянно возникающим и меняющимся потребностям общества. Трансляционная медицина направлена на дальнейшее масштабирование научных исследований и прогрессивных медицинских технологий, привлечение финансовой поддержки, пересмотр и разработку правовых норм.

Современный период характеризуется стремительным, экспоненциальным ростом всех научных дисциплин и медицинская наука здесь не является исключением. Если объективно оценивать место российской науки в мировом научном рейтинге, то по общему числу ученых

Россия занимает лидирующее положение и находится на 4–м месте после Китая, США и Японии. В последние годы существенно увеличилось и финансирование научных исследований. По этому показателю мы занимаем 9–е место в мире. Однако, по числу научных публикаций – основному продукту научного исследования – Россия находится на 15–18 месте, по уровню цитирования этих публикаций – за списком из 20 ведущих стран, а по суммарному рейтингу публикационной активности по разделу медицинская наука – на 658 месте. Зарегистрированные патенты также зачастую низкого качества. Их основу составляют способы, в то время как наиболее коммерциализируемыми и защищенными являются объекты, нет системы оценки перспективности патентов, международного патентования и управления результатами интеллектуальной деятельности. А имеющиеся в российском секторе исследования и разработки мирового уровня не находят применения в российской экономике ввиду несбалансированности национальной инновационной системы.

Наблюдается весьма низкий рейтинг науки в молодежной среде. Профессия ученого престижна в оценках только у 9% жителей России. В то же время в США по результатам исследований, направленных на ранжирование профессий исключительно по степени престижности в глазах жителей, профессия ученого была самой престижной – 51% населения назвали эту профессию в высшей степени престижной, 25% – весьма престижной и 20% – престижной.

Существует разрыв в цикле “инновации – “коммерческий продукт”, в связи с неразвитостью инновационной инфраструктуры. Учреждения не соответствуют требованиям GLP, GCP, не созданы надлежащие условия проведения доклинических исследований, испытаний инновационных препаратов с использованием специальных моделей на животных.

Медицинская наука, как и здравоохранение в целом до сих пор остается импорт зависимой, использует приборы и реактивы импортного производства. При этом, в силу высоких таможенных сборов и транспортных расходов цены на приборы и реактивы выше в 1,5–1,8 раз.

Такое положение фундаментальной науки и трансляционной медицины приводит к ограниченному внедрению в медицинскую практику новых, более дешевых Российских технологий диагностики, лечения и реабилитации пациентов, страдающих социально значимыми заболеваниями. Это в свою очередь неблагоприятно отражается на показателях заболеваемости, смертности, инвалидизации населения Российской Федерации и приводит к экономическим потерям. Например, глобальное бремя населения Российской Федерации от туберкулеза, рассчитанное через показатель количества потерянных лет жизни от нетрудоспособности и смертности (DALY), составляет около 5 потерянных лет жизни на 1 тыс. жителей, в то время как в мире этот показатель составляет 0,7 лет на 1 тыс. жителей.

Экономический ущерб от болезней системы кровообращения в Российской Федерации также очень высок. Только в течение последних пяти лет он превышает 1 триллион рублей ежегодно и составляет около 3% от ВВП. Показатель потери одного года здоровой жизни в результате онкологических заболеваний (годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности – показатель, оценивающий суммарное время болезни) таков: от рака поджелудочной железы ежегодно в среднем во всем мире потеря составляет – 0,1 млн. лет (на 1000 жителей в России потеря составляет – 1 год, в Европе потеря составляет – 1 год); от рака груди ежегодно во всем мире потеря составляет – 0,3 млн. лет (на 1000 жителей в России потеря составляет – 2 года, в Европе потеря составляет – 2–3 года); от рака толстого и тонкого кишечника потеря составляет – 0,3 млн. лет (на 1000 жителей в России потеря составляет – 2 года, в Европе потеря составляет – 2–3 года); от рака желудка потеря составляет – 0,4 млн. лет (на 1000 жителей в России потеря составляет – 3 года, в Европе потеря составляет – 1 год); от рака трахеи, бронхов и легких потеря

составляет – 0,6 млн. лет (на 1000 жителей в России потеря составляет – 4 года, в Европе потеря составляет – 4 года).

Целью Мероприятия является разработка инновационных средств диагностики, лекарственных препаратов и биомедицинских клеточных продуктов.

В рамках данного мероприятия будет осуществляться финансовая и организационная поддержка прорывных направлений биомедицины, обеспечивающих внедрение в медицинскую практику новых технологий диагностики, лечения и реабилитации пациентов, страдающих социально значимыми заболеваниями. Концентрация усилий на прорывных направлениях, получение значимых результатов в области биомедицинских исследований, с одновременным переносом их в практическое здравоохранение является, сегодня, принципом трансляционной медицины – новой междисциплинарной области, объединяющей науку и медицинскую помощь.

Задачи мероприятия:

Формирование системы трансляционной медицины в соответствии с требованиями GCP.

Реализация междисциплинарных межведомственных проектов, направленных на разработку и внедрение инновационных медицинских продуктов.

Принятие закона «Об обращении биомедицинских клеточных продуктов».

С целью реализации такого подхода следует экспертно, с учетом анализа мировых тенденций развития науки и здравоохранения, определить приоритетные направления, по которым следует добиваться концентрации ресурсов. В основе указанной концентрации компетенций лежит организационный механизм, предполагающий, что все проводимые исследования должны реализовываться в рамках актуальных тематических платформ, включающих приоритеты исследований. На основе анализа трендов развития мировой биомедицины, профиля российской структуры заболеваемости, медико–социальных приоритетов развития были сформированы следующие научные платформы: «эндокринология», «неврология», «психиатрия и зависимости», «репродуктивные технологии», «педиатрия», «иммунология», «клиническая фармакология», «регенерация», «инвазивные технологии», «сердечно–сосудистые заболевания», «инфекционные заболевания», «онкология», «профилактическая среда», «ядерная медицина».

Для каждой научной платформы формируется своя программа, включающая проработку таких разделов, как продуктовая стратегия, эпидемиологические и эконометрические модели, многоуровневое развитие инфраструктуры. Такие программы детализируются вплоть до планов работы конкретного научного учреждения. Программы развития и элементы государственного задания напрямую связаны с системой мотивации руководства и персонала института.

Платформы позволяют переместить акцент научного взаимодействия с административного звена учреждений науки непосредственно на исследовательские группы, преодолевая, таким образом, имеющуюся в настоящее время межведомственную разобщенность.

Результатом функционирования платформы должны стать: получение принципиально новых знаний о функционировании организма человека в норме и при патологии, а также конкретные инновационные продукты (лекарственные препараты, медицинские изделия, биомедицинские клеточные продукты). Важным вектором современного развития фундаментальной и трансляционной медицины является перенос фокуса исследований с методов и технологий на объекты, прежде всего лекарственные средства, средства вакцинопрофилактики, диагностические системы, новые медицинские изделия и аппаратно–технологические

комплексы. Задачей является создание оригинальных или импортозамещающих средств и приборов с высокой составляющей российского научного интеллекта. Появление инновационных конкурентоспособных научных продуктов для медицины станет основой для повышения эффективности диагностики и лечения пациентов и обеспечит развитие медицинской и фармацевтической промышленности на качественно новых принципах.

Развитие научных исследований в области эндокринологии. Эндокринология – одна из наиболее динамично развивающихся отраслей медицины, направленная на диагностику и лечение нарушений эндокринной системы, а также патологических состояний, сопряженных с нейрогуморальными причинами. Эндокринология – в значительной степени междисциплинарная наука, использующая результаты физиологии, клинической биохимии, иммунологии, молекулярной генетики и медицинской радиологии. Одной из наиболее актуальных задач здравоохранения в борьбе с сахарным диабетом является максимально ранняя, доклиническая диагностика этого заболевания. На основании внедрения технологических подходов в семейные исследования будут определены группы «генетических маркеров» с высокой прогностической мощностью, которые позволят выявлять сахарный диабет типа 1 на ранних стадиях развития в семьях больных, что существенно снизит риск развития острых и хронических осложнений сахарного диабета типа 1. Будет проведено исследование молекулярно–генетических маркеров сахарного диабета 2 типа, предложены схемы лечения данного заболевания. Разработка и внедрение высокотехнологических методов диагностики и лечения детей и подростков с не иммунными формами сахарного диабета в различных регионах Российской Федерации приведет к улучшению качества жизни больных.

Основными результатами действия научной платформы будет разработка тест–систем для диагностики генетического риска развития осложнений сахарного диабета, создание отечественного гидрокортизона короткого и пролонгированного срока действия, создание отечественной фармацевтической субстанции митотана (орто–пара–DDD) с технологией лабораторного фармакокинетического контроля концентрации в крови, разработка таргетных прототипных панелей анализа раково–ассоциированных антигенов в целях улучшения дифференциальной диагностики опухолей эндокринных органов и др.

Развитие научных исследований в области неврологии. Значительные успехи нейробиологии, генетики, биохимии, функциональной диагностики, достигнутые за последние годы, в значительной степени изменили традиционные представления о патогенезе заболеваний нервной системы. Появление современных лекарственных препаратов, совершенствование техники нейрохирургических и ангиохирургических операций – эти достижения позволяют успешно бороться с тяжелейшими заболеваниями, которые ранее считались неизлечимыми.

В настоящий момент в Российской Федерации по весьма приблизительным данным число лиц с черепно–мозговой травмой составляет около 600 тыс. и 500–550 тыс. больных с инсультом. Выраженная тенденция к увеличению частоты и «омоложению» инсульта отмечается во всем мире. Среди больных с церебральным инсультом 30% приходится на лиц трудоспособного возраста. Статистически значимым при инсультах является возраст от 18–25 лет.

Существующая периодизация заболевания и общепринятые методы лечения и реабилитации неврологических больных нуждаются в серьезной доработке с учетом специфики поражений мозга и их последствий, формирования нервно–психических расстройств.

Основными результатами действия научной платформы будет изучение эпидемиологических, патологических и клинических факторов развития сосудистых заболеваний нервной системы, разработка изделий медицинского назначения для реабилитации пациентов с заболеваниями ЦНС, разработка нового лекарственного средства для лечения нарушений

мозгового кровообращения, создание клеточных тромбоцитарных и эритроцитарных тест–систем для индивидуального тестирования эффективности вазоактивных средств и оптимизации терапии цереброваскулярных заболеваний, разработка биомедицинских клеточных продуктов для лечения нейродегенеративных заболеваний, в частности болезни Паркинсона.

Развитие научных исследований в области психиатрия и зависимости.

В ближайшие 15 лет в состоянии психического здоровья населения будет сохраняться тенденция предыдущих лет – медленный рост первичной и общей заболеваемости как в целом по психическим расстройствам, так и по отдельным группам психических расстройств, особенно не психотического характера, однако будет наблюдаться замедление темпа их роста.

Рост будет обусловлен главным образом увеличением числа врачей–психиатров и психотерапевтов; расширением сети учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, и интеграцией психиатрических служб с общесоматическими, то есть за счет повышения доступности психиатрической помощи и, соответственно, повышения уровня выявляемости лиц с психическими расстройствами.

Будут реализованы проекты, направленные на выявление генов, активность которых характеризует предрасположенность к эндогенным заболеваниям.

Будут разработаны методы целенаправленного транспорта психотропных средств, что даст возможность воздействовать на конкретную мишень и в десятки раз снизить концентрации и количество медицинских препаратов, что позволит в значительной степени избежать побочных действий и осложнений.

На современном этапе болезни зависимости – алкоголизм, наркомания, патологическая зависимость от азартных игр, киберзависимость, табакокурение курение изучаются отдельно. Вместе с тем оценивать успехи и достижения в терапии одних болезней зависимости без учета эффективности в терапии других болезней зависимости представляется малоинформативным. Обусловлено это тем, что болезни зависимости могут трансформироваться одна в другую.

Необходимо учесть, что пресечение (борьба с наркотрафиком) является, безусловно, необходимой мерой и в этом направлении в последнее время сделано много. Однако усилий только в этом направлении недостаточно. Как бы хорошо не велась борьба с распространением наркотиков, лица, желающие изменить свое психическое состояние, найдут те или иные способы это сделать. Следовательно, основной задачей является сохранение стабильности психики потребителя, формирование правильного представления о собственном «Я», роли и месте в своей микросоциальной среде.

Основными результатами действия научной платформы будет разработка медицинской технологии диагностики и комплексного лечения больных параноидной шизофренией с учетом особенностей церебральной гемодинамики, разработка нового трансдермального лекарственного препарата направленного действия с использованием наноконтейнеров кремнийорганической природы для лечения эмоциональных расстройств (депрессий) и гетероагрессивного поведения, исследование и разработка основ создания вакцины для лечения и профилактики наркологических заболеваний, разработка нового лекарственного средства для лечения алкоголизма и наркоманий и др.

Развитие научных исследований в области репродуктивного здоровья. Реализация государственной политики и инновационное развитие здравоохранения в области акушерства, гинекологи обеспечит улучшение качества медицинской помощи матерям и детям, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья граждан Российской Федерации.

Успешная реализация данной программы будет содействовать созданию новых способов диагностики и лечения наиболее значимых заболеваний в области акушерства, гинекологии и

перинатологии, снижению стоимости лечения, повышению эффективности лечебно-диагностических мероприятий, увеличению объема импортозамещающих технологий. По результатам программы будут внедрены современные биомедицинские технологии, направленные на повышение качества медицинской помощи за счет ранней диагностики, профилактики и лечения наиболее значимых заболеваний в акушерстве, гинекологии и неонатологии, сохранении и восстановлении репродуктивного здоровья, повышении репродуктивного потенциала, снижения показателей заболеваемости и смертности.

Основными результатами действия научной платформы будет разработка методов неинвазивной диагностики наследственных нарушений плода, по анализу ДНК плода в крови матери, наборов реагентов на основе иммуночипов для экспрессного определения биохимических маркеров хромосомных наследственных заболеваний, разработка микрочипов для определения белковых и стероидных гормонов – маркеров репродуктивной функции, создание компьютерного электрогистерографа, разработка тест-системы для скрининга наружного эндометриоза, разработка тест-системы для диагностики типа роста лейомиомы матки, разработка лекарственного средства для регенерации тканей матки после хирургических вмешательств, разработка фильтра по разделению крови с одновременной очисткой плазмы на гемосорбенте для использования в акушерской практике и др.

Развитие научных исследований в области педиатрии. Основные задачи платформы «педиатрия» можно сформулировать следующим образом: мероприятия, направленные на снижение заболеваемости новорожденных; мониторинг и сохранение здоровья детей первого года жизни; раннее проведение реконструктивных и органосохраняющих вмешательств у детей, родившихся с пороками развития; новые научные изыскания в диагностике и лечении в перинатологии; мероприятия, направленные на оптимизацию вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний у детей; мероприятия, направленные на формирование здорового подрастающего поколения – детей с нормальным физическим развитием, ведение новорожденных с минимально критической массой тела при рождении. Внедрение в клиническую практику новейших и вновь разработанных научных программ позволит повысить здоровье детей.

Основными результатами действия научной платформы будут создание детских лекарственных форм нейротропных, противовирусных, антиинфекционных и других препаратов. Кроме того, будут разрабатываться импланты для детей, иммуночипы для неонатального скрининга врожденных аномалий развития, диагностические тест-системы для оценки работоспособности, утомляемости и резервов функциональной активности ребенка в период роста и развития организма.

Развитие научных исследований в области иммунологии. Бурное развитие иммунологии в последние десятилетия позволило выявить ключевую роль иммунологических нарушений в патогенезе ряда заболеваний, традиционно считавшихся объектом внимания различных врачебных специальностей. Многочисленные наблюдения свидетельствуют, что заболевания «с иммунологическим компонентом в патогенезе» характеризуются хронизацией и тяжелым течением, часто резистентных к традиционной терапии и имеют высокий риск развития осложнений вплоть до гибели пациента.

Одним из прямых последствий этих открытий является необходимость дальнейшего изучения различного рода иммунопатологических состояний на молекулярном и клеточном уровне с целью создания новых методов их диагностики и терапии.

Последовательное развитие фундаментальных иммунологических направлений позволит разработать новые методы иммунодиагностики и иммунотерапии целого ряда тяжелых

воспалительных заболеваний человека, обусловленных как первичными дефектами в иммунной системе, так и связанных вторично с сопутствующей иммунопатологией.

Основными результатами действия научной платформы будут разработка иммунобиологических лекарственных средств, наборов для ПЦР диагностики, наборов (в том числе тест-полоски, микрочипы) для ИФА, фармацевтических субстанции. В ряду иммунобиологических препаратов значимое место занимают модуляторы иммунного ответа, активно используемые в клинической практике. Разработка новых препаратов этого ряда позволит снизить инфекционные осложнения в ходе длительных неинфекционных (хирургических) заболеваний, снизить осложнения после вакцинопрививаний.

Развитие научных исследований в области клинической фармакологии.

Среди научно-организационных задач, решаемых клинической фармакологией, к наиболее значимым относятся клинические испытания новых и уже существующих лекарственных средств с целью определения среди них наиболее эффективных и безопасных, накопление информации посредством научных исследований и обучение студентов и врачей научно обоснованному их применению, организация информационной службы в помощь различным специалистам и оказание консультативной помощи фармацевтическим организациям в научных исследованиях и в развитии производства. В этой части критически важным является создание условий для биоинформационного моделирования прототипов лекарственных средств, изучения фармакологических активностей новых химических и биологических молекул, паспортизации существующих и разрабатываемых препаратов с целью предсказания их фармакологических свойств.

Основными результатами действия научной платформы будет разработка новых лекарственных форм оригинальных препаратов для лечения тревожных расстройств, инсульта, мигрени, болезни Паркинсона, разработка инновационных лекарственных средств – высокоэффективных гемостатиков, обладающих широким спектром полезных фармакологических свойств, Наборы (в том числе тест-полоски, микрочипы) для ИФА диагностики лекарственно-устойчивого туберкулеза (МЛУ/ШЛУ) (MDR/XDR).

Развитие научных исследований в области регенерации. Успешное внедрение в практику экспериментальной биологии методов длительного культивирования стволовых клеток и клеток-предшественников различных тканей животных и человека создали предпосылки разработки клеточных технологий и технологий регенеративной медицины.

Дальнейшее развитие фундаментальных исследований механизмов клеточной дифференцировки и регенерации тканей, создание, разработка новых биомедицинских технологий клеточной и генной терапии целиком зависит от наличия доступных специализированных типов клеточного материала. Этим обусловлено развитие медико-биологических исследований, направленных на изучение возможности использования стволовых клеток для клеточной терапии многих известных приобретенных и наследственных заболеваний. Экспериментальные и пока немногочисленные клинические наблюдения показали высокую эффективность клеточной терапии стволовыми клетками при травмах опорно-двигательного аппарата, ран, ожогов, тканевых дисфункций.

Активно развиваются работы в области регенеративной и тканевой терапии сердечно-сосудистых заболеваний, патологий нервной системы, инсулин-зависимого диабета, заболеваний печени и др. Потенциальными целями клеточной терапии являются заболевания печени и поджелудочной железы, нейродегенеративные заболевания и нарушения обмена веществ.

Стимулирование науки в области регенеративной медицины позволит внедрить самые современные технологии в практику врачей.

Основными результатами действия научной платформы будет разработка тканевых конструкций, биопротезов, имплантов, например, интрамедуллярного устройства и способа остеосинтеза при лечении диафизарных переломов длинных костей конечностей, трансплантатов искусственной выращенной кожи для лечения ожогов и ран, стентов, например, разработка биodeградируемого билиарного стента с двуслойным клеточным покрытием с функцией искусственного желчного протока, сосудистых стентов, тканеинженерных конструкций, например, разработка методов регенерации костной и хрящевой ткани на основе трехмерного хондротрансплантата, разработка методов реконструкции, в частности трахеи и гортани. Актуальным является разработка тканеинженерных протезов, биосовместимых изделий, клеточных продуктов способных заместить в клинической практике материалы, полученные с использованием животного материала, трупного донорского материала. Развитие подходов к созданию искусственной роговицы, кости, замещению белков животного происхождения на биосинтетические обеспечит соответствие самым высоким требованиям биобезопасности.

Актуальным направлением развития регенеративной медицины является использование факторов роста, цитокинов и других активных молекул, продуцируемых клетками в культуре. Использование этих молекул в качестве активного компонента лекарственных средств значительно повысит эффективность лечения широкого спектра заболеваний, в основе которых лежат метаболические нарушения и ишемия тканей. Принципиально значимым для развития регенеративной биомедицины является создание нормативно правовой базы, а также контрольного органа, осуществляющего функции по контролю, регистрации биомедицинских клеточных продуктов.

Развитие научных исследований в области инвазивных технологий. Малоинвазивные контролируемые вмешательства в современной клинической практике привлекают все большее внимание специалистов в виду значимого сокращения травматичности вмешательства, объема кровопотери, сроков госпитализации пациента и времени его полноценной реабилитации. Именно поэтому перспектива использования малоинвазивных технологий при хирургических заболеваниях актуальна для тех органов, вмешательства на которых сложны, травматичны и сопряжены с высоким интра- и послеоперационным риском. Наиболее актуальными являются исследования в области: сердечно-сосудистой реконструктивной хирургии; реконструктивной ангиологии; интервенционной аритмологии; малоинвазивной абдоминальной хирургии; малоинвазивной торакальной хирургии; интервенционной неврологии.

Развитие инвазивных технологий крайне важно для прогресса всей инструментальной диагностики, однако междисциплинарная интеграция, подготовка кадров, совершенствование экспериментальных лечебных и диагностических программ еще требует большой доработки.

Основными результатами действия научной платформы будут ткане-инженерные конструкции, стенты, протезы, биоимпланты, новый микрохирургический инструментарий, разработка аппаратно-программного комплекса и др.

Развитие научных исследований в области сердечно-сосудистых заболеваний.

Лечение болезней ССЗ в настоящее время основывается на импортных лекарственных препаратах или препаратах-дженериках российского производства. Российская фармацевтическая промышленность практически не пользуется достижениями НИР учреждений науки и образования, крайне мала финансовая поддержка НИР ранних стадий в области моделирования, разработки и создания новых лекарственных препаратов, а также диагностикумов, тест-систем и изделий медицинского назначения.

Инновационная продуктовая стратегия развития в кардиологии предполагает научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы в рамках специальной медико-

технологической платформы, которые позволят разработать и внедрить в клиническую практику конечные продукты, направленные на улучшение качества и снижение материальных затрат на раннее выявление сердечно-сосудистых заболеваний, их своевременное лечение и вторичную профилактику, а также на технологии ранней и максимально полной реабилитации после различных сердечно-сосудистых катастроф и вмешательств.

Основными результатами действия научной платформы будут разработка методов экспресс-диагностики, например, экспресс-диагностики маркеров повреждения миокарда, разработка тест-системы для фармакогенетического тестирования кардиологических пациентов на основные группы лекарственных средств, используемых в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, разработка лекарственных средств, протезов, биоимплантов, например, создание моделей искусственных сосудистых протезов, изделий медицинского назначения, например, разработка аппарата для длительного мониторингового наблюдения циклов движения и отдыха (двигательной активности и покоя) и др.

Развитие научных исследований в области инфекционных заболеваний. В последние десятилетия получены доказательства роли инфекционных агентов в происхождении многих распространенных болезней, ранее считавшихся соматическими. Установлена и интенсивно изучается инфекционная природа сердечно-сосудистых, урологических болезней, злокачественных новообразований, язвенной болезни желудка и других форм патологии человека.

События последних лет подтвердили глобальный характер эпидемического потенциала патогенов. По информации ВОЗ неуклонно расширяется список стран, вовлеченных в эпидемии и пандемии, вызванные особо опасными вирусами. Возрастает число случаев заболеваний и смертельных исходов, связанных с распространением резистентных форм патогенных микроорганизмов, инфекциями, распространение которых может сопровождаться большими человеческими и экономическими потерями (туберкулез, малярия и пр.). Развитие интеграционных процессов, расширение торгово-экономического сотрудничества, современные быстрые средства транспортировки продуктов питания и кормов ликвидировали прежние географические барьеры для выноса возбудителей болезней человека и животных за пределы эндемичных территорий, в страны, где они либо отсутствуют, либо имеют ограниченное распространение.

Достижения молекулярной биологии, биотехнологии и биоинформатики, в том числе, возможности секвенирования и анализа функций генов все возрастающего числа геномов, открывают новые перспективы получения эффективных препаратов для профилактики и лечения, обнаружения и диагностики инфекционных болезней. Развитие методов анализа и картирования генома является основой фармакогенетики, учитывающей национальные и популяционные особенности течения болезней и чувствительности к лекарственным средствам, а также базой развития персонализированной медицины.

Основными результатами действия научной платформы будут разработка методов экспресс-диагностики, например, разработка иммунохроматографических тест-систем для экспресс-диагностики сифилиса, лекарственных средств, например, разработка противовирусных препаратов на основе сульфатированных полисахаридов красных водорослей для применения в лечении вирусных болезней, микрочипов, разработка и лабораторные испытания микрочипа для определения устойчивости эпидемических штаммов вируса гриппа к лекарственным препаратам, разработка математических моделей и компьютерных программ для анализа и прогнозирования распространения острого вирусного гепатита А, В, С, разработка – адсорбированной коклюшно-

дифтерийно–столбнячной вакцины (АКДС–вакцины) с бесклеточным коклюшным компонентом и др.

Развитие научных исследований в области онкологии. Россия теряет ежегодно около 4,4 млн. человеко–лет жизни в связи со смертью от злокачественных новообразований. При этом в большинстве стран ЕС и Северной Америке с начала 90–х гг. наблюдается тенденция к снижению этого показателя. Анализ мировых и российских тенденций диагностики и лечения показывает, что главным фактором снижения смертности от злокачественных новообразований является скрининг и раннее выявление заболевания. Значительный вклад вносит совершенствование лечения: применение инновационных препаратов, направленных на новые молекулярные мишени опухолевых клеток, использование средств и методов сопроводительной терапии, снижающей инвалидизацию и улучшающей качество жизни больных.

Основными результатами действия научной платформы будут разработка методов ранней диагностики, например, разработка микрочипов для ранней диагностики онкологических заболеваний, разработка способа прогноза рецидивирования колоректального рака на основе анализа профиля экспрессии мРНК в ткани опухоли, создание клеточных противоопухолевых вакцин препаратов на основе аутологичных дендритных клеток для терапии онкологических заболеваний, создание тест–системы для прогноза клинического течения рака желудка на основе протеомных маркеров, создание генетических и эпигенетических маркеров для мониторинга риска развития, ранней диагностики, профилактики и оптимизации терапии злокачественных новообразований, разработка нового трансдермального лекарственного препарата направленного действия с использованием наноконтейнеров кремнийорганической природы для лечения раков кожи и др.

Развитие научных исследований в области профилактической среды. Необходимость исследований в рамках задач платформы «профилактическая среда» обусловлена продолжающимся ухудшением состояния здоровья населения Российской Федерации, происходящим под воздействием неблагоприятных факторов среды обитания, и увеличением распространенности экологически зависимых заболеваний инфекционной и неинфекционной этиологии.

По последним данным ВОЗ вклад факторов окружающей среды в состояние здоровья составляет 25–30%. Воздействие атмосферного воздуха ежегодно приводит к смерти от 200 до 570 тыс. человек и на долю этого фактора приходится около 0,4–1,1% всех случаев смерти в год.

По данным ООН от 25 до 33% регистрируемых в мире заболеваний напрямую связаны с низким качеством среды обитания. Однако при выявлении причинно– следственной связи между состоянием среды обитания человека и заболеваемостью не всегда применяются критерии, принципы и методы эпидемиологических исследований, принятые на международном уровне.

Сложившаяся ситуация требует изменения приоритетов при планировании стратегий укрепления здоровья населения, а именно смещение акцента от клинического подхода в сторону профилактических программ.

Основными результатами действия научной платформы будут разработка информационных систем прогнозирования и немедикаментозной профилактики метеозависимых заболеваний, разработка эколого–гигиенических требований формирования жилых и производственных зон и размещения предприятий для целей градостроительной перспективы развития регионов, разработка способов определения цитотоксичности аэрозолей с твердой фазой, разработка и практическое применение системы диагностики и первичной профилактики нарушений пищевого статуса.

Развитие научных исследований в области ядерной медицины. Одной из негативных тенденций в динамике состояния здоровья населения Российской Федерации остаётся рост заболеваемости онкологическими болезнями и смертности от них. Так, по данным официальной статистики на конец 2010 года, на учёте состояло 2 794 189 больных со злокачественными новообразованиями, что на 102 204 человека больше, чем в 2009 году, и что составляет почти 2 % населения Российской Федерации. Остаются крайне высокими показатели инвалидности вследствие злокачественных новообразований. Высока доля больных, умерших от злокачественных новообразований в течение года с момента установления диагноза. Недостаточно активно ведётся работа по раннему выявлению онкологических заболеваний. Всё это диктует необходимость принятия дополнительных мер по обеспечению снижения заболеваемости, инвалидности и смертности при злокачественных новообразованиях, улучшению качества проводимого лечения больных с онкологическими заболеваниями, обеспечению ранней диагностики и профилактики развития тяжелых осложнений, увеличению продолжительности и улучшению качества жизни больных.

Эффективность медицинской помощи этим категориям больных напрямую зависит от уровня развития и внедрения в медицинскую практику современных методов диагностики и лечения, в том числе от применения новейших технологий ядерной медицины. В рамках данного направления будут разработаны новые радиофармпрепараты, появится диагностическая аппаратура нового поколения, позволяющая проводить оценку функционально-морфологического состояния органов на молекулярном уровне, будут разработаны и внедрены в клиническую практику новые методические подходы для локального облучения новообразований. Это позволит внести конкретный вклад в программы повышения продолжительности жизни населения, а также значительно снизить финансовые затраты на лечение за счёт повышения эффективности стационарного и амбулаторного лечения.

Мероприятие 3.3. Развитие инновационной инфраструктуры

Развитие инновационной инфраструктуры является одним из важных направлений обеспечения прорывных результатов в медицинских исследованиях, способных привести к появлению новых диагностических и лекарственных препаратов, технологии и продуктов. Высокие международные требования к инновационным продуктам для здравоохранения требуют создания специальных условий, использования современного оборудования, биологических моделей, использования унифицированных методов и научных подходов.

Имеющиеся мощности учреждений достаточны для проведения определенного круга исследований, однако не могут обеспечить получение прорывных разработок. Недостаточная оснащенность современными приборами, комплексами, биологическими моделями, отсутствие охарактеризованных систематизированных коллекций биоматериалов, специальных моделей и биомишеней, сдерживают развитие актуальных областей биомедицины.

Различный уровень оснащенности учреждений, осуществляющих инновационный поиск и научно-исследовательские работы в сфере здравоохранения, существенно снижает возможности объединения их усилий и работы над совместными проектами, в том числе развитие международных связей, снижает доступность грантовых средств и проектного финансирования.

Важным аспектом развития инфраструктуры является создание условий для вовлечения учащейся молодежи в научно-инновационный процессы, повышения качества научных квалификационных работ, профессионального роста преподавательского состава медицинских ВУЗов. Скорейшее развитие научной инфраструктуры необходимо для соответствия условий инновационной деятельности в научных и образовательных центрах уровню мировых научных центров.

Сегодня разработка лекарственных средств, диагностических систем, приборов и оборудования определяется гармонизированными наднациональными правилами и регламентами. К ним относятся как требования общего характера к проведению качественных лабораторных или клинических работ (GLP, GCP,) , так и требования к лабораторным животным, оснащению исследований. В условиях глобализации научной и инновационной деятельности, создания общего рынка фармацевтических и диагностических систем, приборов и оборудования создание современных российских инфраструктурных центров науки является критически важным.

Поскольку лекарственная обеспеченность населения рассматривается сегодня как важный фактор государственной независимости, создание условий для моделирования, прототипирования, разработки и исследования, а в дальнейшем и внедрения отечественных лекарственных средств, продуктов, приборов и оборудования трудно переоценить.

Целью мероприятия является повышение эффективности реализации медико-технических проектов в области здравоохранения, направленных на раннюю диагностику, эффективное лечение, реабилитацию больных с целью максимального сокращения сроков восстановления их трудоспособности.

Задачи мероприятия:

Разработка и утверждение стратегии развития медицинской науки.

Формирование инфраструктуры R&D центра замкнутого цикла для разработки и испытаний инновационных медицинских продуктов.

Формирование структур для разработки, производства и внедрения инновационных медицинских продуктов, соответствующих требованиям GMP, GLP.

Разработка и внедрение в практику инновационных методов лечения.

Оказание медицинской помощи лицам с применением современных достижений биологии и медицины.

Реализация Мероприятий будет осуществляться по 4 основным направлениям:

- 1). Создание 4 центров доклинических трансляционных исследований.
- 2). Создание 1 национального центра стратегических биомедицинских технологий и биобезопасности (закрытого типа).
- 3). Создание 2 центров биоинформатики.
- 4). Создание инфраструктуры 10 центров коллективного пользования на базе высших учебных заведений, включая центр инновационного образования.

Все вышеуказанные структуры будут организованы на базе существующих научных или образовательных учреждений.

Центры доклинических трансляционных исследований.

В настоящее время в Российской Федерации практически отсутствуют центры доклинических трансляционных исследований, которые были бы сертифицированы в соответствии с международными стандартами GLP, GMP, GTP (надлежащие лабораторная, производственная, биоинженерная практики) и позволяли бы проводить полноценные и признаваемые за рубежом доклинические испытания современных биотехнологических продуктов и препаратов.

Недостаточное количество в Российской Федерации испытательных лабораторий для тестирования фармацевтической, биотехнологической, химической продукции, признанных соответствующими стандартам GLP, приведет к необходимости проводить испытания отечественной продукции в лабораториях стран ОЭСР, что повлечет уже в ближайшей

перспективе значительные финансовые издержки отечественных производителей. Кроме того, это будет способствовать искусственному занижению показателей качества отечественной продукции в угоду зарубежным производителям и, как следствие, приведет к снижению конкурентоспособности российской продукции. Создание национальных центров доклинических трансляционных исследований обеспечит сохранение результатов интеллектуальной собственности и «know-how», в том числе позволит проводить работы в закрытом режиме.

Результатами деятельности центров доклинических трансляционных исследований будут разработка протоколов доклинических исследований, согласование оптимального объема исследования, выбор оптимальной экспериментальной модели; организация экспериментальной части исследования; статистическая обработка полученных результатов, подготовка и сопровождение отчетов о проведенных исследованиях, тестирование идей новых продуктов, ведение реестров физиологически активных соединений.

Создание Центров доклинических трансляционных исследований позволит в последующем тиражировать компетенции (или их части) на другие отраслевые и региональные испытательные лаборатории и исследовательские центры.

Национальный центр стратегических биомедицинских технологий и биобезопасности (закрытого типа)

С целью организации проведения научных исследований на базе технологической платформы биомедицины, способной обеспечить разработку и внедрение инновационных технологий скрининга, ранней диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний, предполагается создание Национального центра стратегических биомедицинских технологий и биобезопасности (закрытого типа). Деятельность центра будет направлена на достижения соответствия уровню развития в стратегически значимых областях мировой биомедицины. В состав Центра будут входить виварии, питомники специальных биомоделей, коллекции биоматериала, клеточных линий, отделы моделирования патологических состояний на животных, отделы фармакогенетики, биомоделирования и современных компьютерных технологий, клеточных и регенеративных исследований, молекулярной физиологии, и др. Центр стратегических биомедицинских исследований призван выполнять функции «центра превосходства», аккумулируя и укрепляя стратегически значимые направления, развитие которых принципиально важно для медицинской науки страны.

Центры биоинформатики

Исследования центров биоинформатики позволят применять математические методы компьютерного анализа в сравнительной геномике (геномная биоинформатика), осуществлять разработку алгоритмов и программ для предсказания пространственной структуры белков (структурная биоинформатика), исследование стратегий, соответствующих вычислительных методологий, а также общее управление информационной сложности биологических систем, включая компьютерное моделирование и разработку лекарственных препаратов. Возможности центров позволят использовать полученные данные для фармакогенетического анализа, разработки лекарственных средств с учетом популяционных особенностей населения страны, наследуемых особенностей течения заболеваний. Исследования центров в области разработки генотерапевтических препаратов откроет возможность разработки средств «таргетной терапии».

Центры коллективного пользования

В настоящее время в высших учебных заведениях, осуществляющих подготовку кадров для здравоохранения, практически отсутствуют центры коллективного пользования. Центр коллективного пользования – это научно-организационная структура, обладающая дорогостоящим современным оборудованием (специализированные установки, диагностические

установки, средства исследований), основной задачей которых является привлечение молодых специалистов к научно–инновационной деятельности в сфере медицинской науки с целью дальнейшего формирования пула высококвалифицированных кадров.

Одновременно центры коллективного пользования обеспечивают высокий уровень подготовки научных, в том числе диссертационных исследований, позволяет на высоком научном уровне осуществлять развитие «пионерских» исследований с широким привлечением студенческой молодежи, аспирантов и молодых преподавателей. Создание центров коллективного пользования планируется на базе высших учебных заведений с целью интеграции фундаментальных и ориентированных научных исследований с образовательным процессом.

Ожидаемыми конечными результатами реализации направлений по развитию обеспечивающей инфраструктуры научных исследований в сфере здравоохранения будут создание в Российской Федерации «центров роста фундаментальной и трансляционной медицины», создания «инновационных потоков», повышение результативности исследований, качественное повышение оснащенности и технической вооруженности учреждений, осуществляющих научную деятельность в сфере здравоохранения, а также разработки новых образовательных программ в целях инновационного развития здравоохранения.

Создание центров коллективного пользования планируется на базе высших учебных заведений имеющий опыт в научно–инновационной деятельности.

Характеристика мер государственного регулирования

Меры государственного регулирования разрабатываются ответственным исполнителем в первый год реализации Подпрограммы.

Прогноз сводных показателей государственных заданий по этапам реализации Подпрограммы (при оказании федеральными государственными учреждениями государственных услуг (работ) в рамках Подпрограммы)

Доведение государственного задания не предполагается.

Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации

Субъекты Российской Федерации принимают совместное участие с Российской Федерацией в мероприятиях, реализуемых в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации.

Участие субъектов Российской Федерации в Подпрограмме отражено в таблице 7.

Информация об участии государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации Подпрограммы

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 7.

Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. Предоставление и распределение субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации планируется осуществлять согласно Правилам предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование

объектов капитального строительства и реконструкции государственной собственности субъектов Российской Федерации (объектов капитального строительства муниципальных образований), закупку оборудования и расходных материалов, составленным в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 мая 2008 г. № 392 (Приложение № 1). Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы

Риски, которые могут возникнуть в ходе реализации Подпрограммы, и меры по управлению ими соответствуют описанным в разделе «Анализ рисков реализации государственной Программы» Государственной программы «Развитие здравоохранения».

www.rosminzdrav.ru

Подпрограмма 4 «Охрана здоровья матери и ребенка»

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Минздрав России
Соисполнители Подпрограммы	Не предусмотрены
Участники Подпрограммы	Не предусмотрены
Перечень основных мероприятий Подпрограммы	<p>Мероприятие 4.1. Развитие сети перинатальных центров.</p> <p>Мероприятие 4.2. Создание системы раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка.</p> <p>Мероприятие 4.3. Выхаживание детей с экстремально низкой массой тела.</p> <p>Мероприятие 4.4. Развитие специализированной медицинской помощи детям.</p> <p>Мероприятие 4.5. Совершенствование методов профилактики вертикальной передачи ВИЧ от матери к плоду.</p> <p>Мероприятие 4.6. Профилактика абортот. Развитие центров медико–социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.</p>
Программно–целевые инструменты Подпрограммы	Приоритетный национальный проект «Здоровье» (до 2014 года)
Цели Подпрограммы	<p>Создание условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи детям и матерям.</p> <p>Улучшение состояния здоровья детей и матерей.</p> <p>Снижение материнской, младенческой и детской смертности.</p> <p>Снижение уровня вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку.</p>
Задачи Подпрограммы	<p>Повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям.</p> <p>Развитие специализированной медицинской помощи матерям и детям.</p> <p>Совершенствование пренатальной диагностики.</p> <p>Развитие неонатальной хирургии.</p> <p>Снижение уровня первичной инвалидности детей.</p> <p>Профилактика и снижение количества абортот.</p> <p>Увеличение охвата трехэтапной химиопрофилактикой пар – мать дитя в целях предотвращения вертикальной передачи ВИЧ – инфекции.</p> <p>Снижение количества детей, заразившихся ВИЧ от ВИЧ–инфицированной матери во время беременности, в родах и послеродовой период.</p>
Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы	<p>Число обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка;</p> <p>охват неонатальным скринингом;</p>

	<p>охват аудиологическим скринингом;</p> <p>показатель ранней неонатальной смертности;</p> <p>смертность детей 0 – 17 лет;</p> <p>доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах;</p> <p>выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела, в первый год жизни;</p> <p>больничная летальность детей;</p> <p>первичная инвалидность у детей;</p> <p>результативность мероприятий по профилактике абортов;</p> <p>охват пар «мать – дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами.</p>
<p>Этапы и сроки реализации Подпрограммы</p>	<p>Подпрограмма реализуется в два этапа:</p> <p>1 этап – 2013 – 2015 гг.</p> <p>2 этап – 2016 – 2020 гг.</p>
<p>Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс.руб.</p>	<p>2013 г. – 11 050 415,40 тыс. руб.</p> <p>2014 г. – 10 831 739,90 тыс. руб.</p> <p>2015 г. – 8 845 833,20 тыс. руб.</p> <p>2016–2020 годы*</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы</p>	<p>Увеличение доли обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка до 70%;</p> <p>увеличение доли новорожденных, обследованных на наследственные заболевания, от общего числа новорожденных до 95%;</p> <p>увеличение доли новорожденных, обследованных на аудиологический скрининг от общего числа новорожденных до 95%;</p> <p>снижение показателя ранней неонатальной смертности до 2,7 случаев на 1000 родившихся живыми;</p> <p>снижение смертности детей 0 – 17 лет до 7,7 случаев на 10 000 населения соответствующего возраста;</p> <p>увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах до 85%;</p> <p>увеличение выживаемости детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела, в первый год жизни до 765,0 ‰;</p> <p>снижение доли умерших детей от числа поступивших до 0,19%;</p> <p>снижение первичной инвалидности у детей до 23,5 на 10 тыс. детей соответствующего возраста;</p> <p>увеличение доли женщин, принявших решение вынашивать беременность от числа женщин, обратившихся в медицинские организации по поводу прерывания беременности до 15%;</p> <p>увеличение процента охвата пар «мать – дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами до 99%.</p>

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

Реализация мероприятий в рамках национальных проектов в сфере здравоохранения, Концепции демографической политики до 2025 года, привела к позитивным изменениям демографической ситуации в стране, улучшению состояния здоровья детей, беременных женщин.

Сократились темпы уменьшения численности детского населения страны.

В последние годы в Российской Федерации отмечается улучшение качества оказания медицинской помощи женщинам во время беременности и родов и новорожденным, о чем свидетельствуют позитивные изменения состояния здоровья женщин и детей: снизилась частота осложнений беременности и родов, увеличилась доля нормальных родов.

Показатель общей заболеваемости новорожденных в 2010 году относительно 2005 года уменьшился на 14,1%, достигнув в 2010 году уровня 35,1 на 100 детей, родившихся живыми.

За период 2005–2011 гг. снизились показатели материнской и младенческой смертности на 36,2% (с 25,4 до 16,2 на 100 000 родившихся живыми) и 32,7% (с 11,0 до 7,4 на 1000 родившихся живыми) соответственно. Максимальные темпы снижения показателей (6 – 7% ежегодно) отмечены в период реализации ФЦП «Дети России», нацпроекта «Здоровье».

Однако даже при этой положительной динамике материнская и младенческая смертность в Российской Федерации в полтора–два раза превышают показатели развитых стран. Сохраняется их высокая дифференциация в разных регионах РФ, превышение указанных показателей среди сельского населения России. Потери детей до года составляют более половины всех случаев смерти детского населения. Остается высокой частота осложнений во время беременности и родов, что приводит к рождению недоношенных и маловесных детей, которые нуждаются в продолжительном лечении и реабилитации.

Продолжается рост заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет включительно. В 2011 году показатель общей заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет вырос на 7,6% в сравнении с 2005 годом. В данной возрастной группе выросла заболеваемость:

- на 34% – новообразованиями;
- на 23,1% – врожденными аномалиями и хромосомными нарушениями;
- на 15,8% – болезнями органов дыхания;
- на 14% – болезнями нервной системы.

Также по сравнению с 2005 годов возросла на 19% общая заболеваемость детей в возрасте от 15 до 17 лет включительно.

В данной возрастной группе увеличилось заболеваемость:

- на 35% – новообразованиями;
- на 29,4% – с травмами, отравлениями и воздействием других внешних причин;
- на 25,6% – болезнями нервной системы;
- на 20% – болезнями костно–мышечной системы и соединительной ткани.

Отмеченный рост заболеваемости во всех возрастных группах сопровождается значимым снижением смертности детей всех возрастных групп, что свидетельствует, что частично рост заболеваемости во всех возрастных группах связан с улучшением диагностики, эффективным лечении на ранних стадиях заболевания и правильности выбранных приоритетов.

По–прежнему на низком уровне остается удовлетворенность граждан медицинской помощью, в том числе в части оказания медицинской помощи матерям и детям. Причины неудовлетворенности чаще всего связаны с нарушением этики и деонтологии, допущенными медицинскими работниками, а также с недоступностью и недостаточным уровнем оказываемой медицинской помощи.

Данная ситуация объясняется тем, что не во всех регионах создана эффективная трехуровневая система, обеспечивающая своевременную и адекватную медицинскую помощь женщинам и детям как на уровне первичной медико-санитарной помощи, так и на уровне высокоспециализированной медицинской помощи. Создание и функционирование такой системы в ряде субъектов Российской Федерации невозможно из-за плохого состояния материально-технической базы учреждений, отсутствия современного оборудования, значительного дефицита и низкого профессионального уровня медицинских работников.

Кроме того, сохраняется дисбаланс системы оказания здравоохранения: чрезмерно высокий уровень госпитализации и высокий объем скорой медицинской помощи на фоне недостаточной работы первичного звена. Имеющийся коечный фонд в стационарах службы родовспоможения и детства не всегда коррелирует со структурой заболеваемости и смертности женщин и детей, что приводит к снижению доступности и качества оказываемой медицинской помощи. Специализированная медицинская помощь детям развивается без учета региональных особенностей структуры заболеваемости и смертности.

Для обеспечения дальнейшего снижения показателей перинатальной, младенческой и материнской смертности, особенно с учетом перехода с 2012 года на критерии регистрации рождений, рекомендованные ВОЗ, необходима модернизация существующих учреждений родовспоможения, организация реанимационных коек для новорожденных, создание отделений патологии новорожденных и недоношенных детей, дооснащение учреждений детства и родовспоможения современным диагностическим и лечебным оборудованием.

Переход Российской Федерации на критерии регистрации рождений, рекомендованные ВОЗ, требует широкого внедрения в практику учреждений родовспоможения и детства современных технологий выхаживания и реабилитации (в том числе направленных на профилактику слепоты, глухоты) недоношенных детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела.

Для обеспечения дальнейшего снижения показателей перинатальной, младенческой и материнской смертности, особенно с учетом перехода с 2012 года на критерии регистрации рождений, рекомендованные ВОЗ, необходимо дооснащение учреждений родовспоможения и детства современным диагностическим и лечебным оборудованием, обеспечение лекарственными препаратами, создание отделений анестезиологии и реанимации для женщин, организация дополнительных реанимационных коек для новорожденных, отделений патологии новорожденных и недоношенных детей, а также обеспечение выхаживания младенцев с отклонениями в состоянии здоровья в условиях первичного звена здравоохранения.

Целесообразно дальнейшее финансирование и развитие программы «Родовый сертификат», реализация которой позволит улучшить материально-техническую базу учреждений родовспоможения, сократить показатели материнской и младенческой смертности, снизить заболеваемость новорожденных, проводить мероприятия по ранней диагностике заболеваний и снижению первичной инвалидности и смертности детей.

Создание эффективной трехуровневой системы оказания помощи беременным и новорожденным возможно только при дальнейшей государственной поддержке строительства и реконструкции областных (краевых, республиканских) и федеральных перинатальных центров.

Внедрение современных технологий выхаживания и реабилитации недоношенных детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела, возможно при совершенствовании системы реабилитационной помощи и подготовки достаточного количества высококвалифицированных специалистов в области акушерства и гинекологии, неонатологии и педиатрии.

Одним из приоритетных направлений, способствующих улучшению состояния здоровья, снижению смертности и инвалидности детей является доступность и качество специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи детскому населению. Все это диктует необходимость разработки и внедрения комплекса мероприятий, направленных на решение данной задачи, как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Российской Федерации.

Распространение ВИЧ–инфекции среди беременных женщин способствовало росту рождаемости детей, имеющих перинатальный контакт по ВИЧ–инфекции, и как следствие росту численности детей, страдающих ВИЧ–инфекцией (более 93% случаев заболеваний ВИЧ–инфекцией у детей в возрасте 0–14 лет обусловлены вертикальной передачей вируса иммунодефицита человека).

Медицинская помощь, оказываемая детям, страдающим ВИЧ–инфекцией, требует существенных затрат на диагностику лечение и социальные выплаты на протяжении многих лет жизни ребенка, поэтому профилактика вертикальной передачей вируса иммунодефицита человека (от матери к ребенку во беременности, родов и грудного вскармливания) приобретает особую значимость.

Для обеспечения дальнейшего снижения детской смертности и инвалидности необходимо совершенствование организации и повышение эффективности единой системы лекарственной профилактики вертикальной передачи вируса иммунодефицита человека, в том числе унификации метода антиретровирусной профилактики, повышение до 99% охвата лекарственной профилактикой в соответствии с действующими стандартами и не менее 90% охвата трехэтапной профилактикой – пар «мать–ребенок».

В настоящее время одним из наиболее перспективных направлений улучшения демографической ситуации является охрана и восстановление репродуктивного здоровья населения. В современных условиях отмечается неуклонный рост гинекологических заболеваний по многим нозологическим формам, показатель женского бесплодия за последние 5 лет увеличился на 16%, значительное число семей нуждаются во вспомогательных репродуктивных технологиях. Анализ причин, приводящих к возникновению гинекологических заболеваний у женщин, нарушению репродуктивной функции и бесплодию, свидетельствует, что одним из ведущих факторов являются аборты.

Несмотря на снижение числа абортов за последние 5 лет на 24%, частота искусственного прерывания в стране остается высокой, что свидетельствует о необходимости продолжения комплекса мероприятий, направленных на их профилактику и снижение, включая создание центров медико–социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, с целью оказания медицинской и социально–психологической помощи женщинам в случаях незапланированной беременности,

Одним из резервов сохранения уровня рождаемости является увеличение объемов оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием современных вспомогательных репродуктивных технологий. Реализация мероприятий по повышению эффективности лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий увеличит доступность данного вида помощи и будет способствовать повышению рождаемости на 30% от числа пролеченных с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы, цели, задачи и показатели (индикаторы) достижения целей и решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов Подпрограммы, сроков и контрольных этапов реализации Подпрограммы

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы отражены в: Конституции Российской Федерации (принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г.)

Федеральном законе от 24 июля 1998 г. № 124–ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»

Семейном кодексе Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223–ФЗ

Федеральном законе от 21.11.2011 № 323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Федеральном законе от 24 июня 1999 г. № 120–ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»

Федеральном законе от 20.07.1995 № 95–ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»

В Указах Президента Российской Федерации:

от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».

от 9 июня 2010 г. № 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года».

от 13 апреля 2011 г. № 444 «О дополнительных мерах по обеспечению прав и защиты интересов несовершеннолетних граждан Российской Федерации».

от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

от 1 июня 2012 г. № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 – 2017 годы».

В Постановлениях и Распоряжениях Правительства Российской Федерации

от 18 декабря 2006 г. № 1760–р «О Стратегии государственной молодежной политики в Российской Федерации».

от 17 ноября 2008 г. № 1662–р «О Концепции долгосрочного социально–экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (раздел 9 «Молодежная политика»).

от 30 декабря 2009 г. № 2128–р «О Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 г.».

от 25 октября 2010 г. № 1873–р «Об утверждении Основ государственной политики РФ в области здорового питания населения на период до 2020 г.»

Мероприятие 4.1. Развитие сети перинатальных центров

В течение 2008–2011 гг. в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» при софинансировании из федерального бюджета осуществлено строительство и оснащение 22 региональных и одного федерального перинатального центра. Ежегодно в данных перинатальных центрах медицинскую помощь смогут получать более 90 000 рожениц и новорожденных высокого риска.

Создание сети перинатальных центров подразумевает не только их строительство, но и совершенно новый уровень организации их работы – организация потока беременных, рожениц и новорожденных в учреждение, в котором сконцентрирован материальный и

интеллектуальный ресурс, взаимосвязь со всеми акушерскими и педиатрическими учреждениями территории, организация повышения квалификации сотрудников, работы по единым протоколам. Наличие дистанционного консультативного центра с выездными анестезиолого–реанимационными акушерскими и неонатальными бригадами (неотъемлемая структура перинатального центра) для оказания скорой медицинской помощи позволит реализовать основные функции перинатального центра.

Основным барьером для полноценного функционирования трехуровневой системы перинатальной помощи в настоящее время является тот факт, что большинство регионов не полностью обеспечены койками реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, располагающих современным высокотехнологичным оборудованием. Международные данные свидетельствуют о необходимости развертывания четырех реанимационных коек на каждую тысячу родов в территории, однако до настоящего времени в большинстве территорий количество таких коек не превышает 2,5. Разумно организовывать такие койки именно в перинатальных центрах, где предусмотрена концентрация необходимого диагностического оборудования, и беременных высокого риска. В развитых государствах перинатальные центры организуются из расчета 1 центр на 1 млн. населения в странах с высокой плотностью населения, и на 500 тыс. населения в странах с низкой плотностью. При таком расчете количество перинатальных в России требует существенного увеличения.

Планируется создание системы мониторинга деятельности перинатальных центров в плане организации трехуровневой системы в регионе, качества клинической работы и результативности снижения показателей материнской, перинатальной и младенческой смертности.

Мероприятие 4.2. Создание системы раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка

Для повышения эффективности работы сети перинатальных центров и педиатрических учреждений, обеспечения маршрутизации беременных и, в конечном итоге – снижения смертности и инвалидности, необходимо обеспечить раннюю, в том числе дородовую диагностику патологии у детей.

Наиболее эффективным инструментом профилактики врожденных и наследственных болезней является комплексная пренатальная (дородовая) диагностика, представляющая перспективное направление медицинской генетики и включающая ультразвуковой и биохимический скрининг на сывороточные маркеры матери, программу индивидуального риска, инвазивные методы диагностики (молекулярно–генетические, цитогенетические исследования, секвенирование).

Новые возможности для пренатальной диагностики стали доступны с развитием современных молекулярно–генетических методов, позволивших выявить ДНК плода в плазме крови беременных женщин с ранних сроков беременности. За рубежом аналогичные подходы пока используются только в научных целях. В России уже начаты работы в этом направлении и клинически апробированы технологии неинвазивной пренатальной диагностики на основании обнаружения плодовой ДНК. Развитие этого направления с внедрением наиболее информативных методик, смещением пренатальной диагностики на первый триместр беременности позволит как своевременно предупреждать рождение детей с аномалиями развития, так и дифференцированно подходить к подбору оптимального учреждения для родоразрешения беременной и неотложному оказанию помощи ее ребенку. При этом в числе мероприятий предусматривается развитие фетальной (внутриутробной) и неонатальной хирургии.

В рамках региональных программ модернизации здравоохранения планируется развитие неонатальной хирургии в большинстве субъектов Российской Федерации. Однако технологии оперативного лечения детей раннего возраста требуют не только наличия определенного материально-технического оснащения учреждений, оказывающих хирургическую помощь детям раннего возраста, но и специально подготовленных кадров, обладающих навыками и опытом лечения таких пациентов.

Развитие неонатальной хирургии позволит сохранить жизнь тысячам детей и обеспечить им полноценное развитие и интеграцию в общество.

Другим важным направлением в снижении младенческой смертности, заболеваемости и инвалидности является проведение неонатального скрининга, как основы раннего выявления и профилактики наследственной патологии.

В Российской Федерации более 15 лет проводится массовое обследование новорожденных детей на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз, которые являются обязательными в системе неонатального скрининга во всем мире. Расширение перечня скринируемых заболеваний зависит от социально-экономического развития государства.

С 2006 года, помимо проводимого обследования на вышеуказанные заболевания начато обследование на выявление адреногенитального синдрома, галактоземии и муковисцидоза. Расширение массового обследования новорожденных детей на наследственные заболевания с 2006 года включен в приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения.

За период 2006 – 2011 года обследовано более 8 млн. новорожденных, выявлено около 6000 случаев наследственных заболеваний.

При всех выявленных случаях заболевания проводится уточняющая диагностика, дети поставлены на диспансерный учет, проводится лечение.

Неонатальный скрининг позволяет в будущем создать больному ребенку возможности и условия для нормального развития, получения образования, профессиональной подготовки, последующего трудоустройства и полноценной жизни.

Данное направление требует дальнейшего развития, как в плане перехода на новые более современные технологии неонатального скрининга (например тандемная массспектрометрия и др.), так и в плане расширения перечня скринируемых заболеваний (в ряде стран скринируется более 40 заболеваний).

В рамках описываемого мероприятия планируется и продолжение ранее начатого в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2008–2011 годах нового алгоритма аудиологического скрининга. В результате проведения аудиологического скрининга создается регистр детей, подлежащих диспансерному наблюдению и последующему отбору на оказание высокотехнологичной медицинской помощи – операции кохlearной имплантации.

Объем оказываемой высокотехнологичной помощи детям с нарушением слуха ежегодно увеличивается: в 2008 году детям проведено 200 операций кохlearной имплантации, в 2009 году – 461 операция, в 2010 году – 1 121 операция, в 2011 г. – 1 116 операций.

Российская Федерация занимает третье место в мире после Германии и Польши по оказанию хирургической (кохlearная имплантация) и реабилитационной помощи детям-инвалидам с врожденной глухотой и тугоухостью.

Таким образом, аудиологический скрининг является одним из важнейших компонентов в профилактике детской инвалидности и требует дальнейшего развития в каждом регионе страны. Однако до настоящего времени сохраняется значительная разница результативности скрининга в регионах, что связано, прежде всего, с недостаточной организацией проведения данного

мероприятия, подготовкой кадров, преемственностью между амбулаторно–поликлиническим и стационарным звеньями.

В рамках реализации этого мероприятия планируется повысить выявляемость врожденных пороков развития, хромосомных аномалий, что приведет к снижению рождения детей с неизлечимыми пороками и непредотвратимой инвалидностью на 30%, снижению смертности от курабельных пороков развития на 50%. Все это позволит снизить младенческую смертность на 10%, то есть сохранить жизни одной–двум тысячам детей.

Мероприятие 4.3. Выхаживание детей с экстремально низкой массой тела

Переход с 2012 года Российской Федерации на новые критерии регистрации рождений, рекомендованные ВОЗ, требует широкого внедрения в практику учреждений родовспоможения и детства современных технологий выхаживания и реабилитации недоношенных детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела, в том числе направленных на профилактику тяжелой инвалидности (слепоты, глухоты).

В лучших Российских федеральных клиниках достигнуты выдающиеся результаты выхаживания детей с экстремально низкой массой тела. Выживаемость детей составляет до 80%, при этом 80% среди выживших не имеют тяжелых инвалидизирующих заболеваний. По расчетам иностранных авторов среди этого контингента детей 75% заканчивают общеобразовательную школу, начинают работать и, выплачивая налоги, полностью окупают свое лечение. При экстраполяции этих данных на всю территорию России следует ожидать, что из пяти тысяч детей, родившихся с экстремально низкой массой тела выживет четыре тысячи, из них не будут иметь инвалидности более трех тысяч, что даст прирост ВВП на 18млрд.руб (расчеты 2011г).

Для оказания медицинской помощи новорожденным, родившимся с низкой и экстремально низкой массой тела, обеспечения дальнейшего снижения показателей перинатальной и младенческой смертности, в первую очередь необходима организация реанимационных коек для новорожденных в учреждениях родовспоможения и детства, что в основном решается в рамках мероприятия по развитию сети перинатальных центров.

В рамках реализации мероприятий по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела предусматривается приобретение современного медицинского оборудования для оснащения отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных и отделений патологии новорожденных и недоношенных детей федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь женщинам и новорожденным, так как эти учреждения должны располагать современной материально–технической базой, быть укомплектованы специалистами высокого уровня и оказывать организационную и методическую помощь регионам.

Важным является тот факт, что развитие мероприятий по выхаживанию детей с экстремально низкой массой тела позволит улучшить результаты лечения не только этой категории детей, но и всех недоношенных и новорожденных, то есть будет иметь весьма большую значимость для снижения смертности новорожденных. Мировой и передовой отечественный опыт показывают, что оптимизация лечения глубоко недоношенных детей с первых минут их жизни является наиболее результативной мерой не только снижения смертности, но и профилактики инвалидности, именно поэтому данное мероприятие подпрограммы чрезвычайно актуально.

В пилотных территориях будет продолжено ведение регистров по результативности выхаживания детей с экстремально низкой массой тела.

Мероприятие 4.4. Развитие специализированной медицинской помощи детям

Показатели, определяющие состояние здоровья детского населения в Российской Федерации, в течение последних лет свидетельствуют о наметившихся позитивных тенденциях.

Вместе с тем, педиатрическую службу ожидают серьезные перемены и в связи с изменением законодательства. Принятые Федеральные законы «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» значительно меняют не только саму систему организации медицинской помощи детям, ее доступность, но и формируют позитивное общественное мнение о медицине.

Стационарная медицинская помощь детям, в т.ч. специализированная, оказывается в 69 областных, краевых, республиканских детских больницах, в 231 детских городских больницах, в 28 детских инфекционных и 10 детских туберкулезных больницах, в дневных стационарах на койках при больничных и амбулаторно–поликлинических учреждениях.

В последние годы отмечается снижение числа детских стационарных медицинских учреждений, меняется номенклатура детских стационарных медицинских учреждений. На фоне функционирования многопрофильных стационаров, создаются специализированные учреждения и центры (травматология и ортопедия, медицинская генетика, сердечно–сосудистая хирургия, онкология и др.).

Ежегодно госпитализируется более 6 000,0 тысяч детей, однако до настоящего времени вопрос обеспечения доступности и качества специализированной медицинской помощи детям во всех регионах Российской Федерации остается не решенным.

Не во всех субъектах Российской Федерации имеются государственные учреждения, оказывающие специализированную медицинскую помощь детям, материально–техническая база действующих учреждений детства имеет значительный износ капитальных фондов, устаревшее оборудование, ограниченные возможности приобретения современного высокотехнологичного медицинского оборудования, что обусловлено его высокой стоимостью.

Кроме того, большое влияние на качество и доступность специализированной медицинской помощи детям оказывает тот факт, что во многих регионах медицинская помощь по ряду профилей оказывается в стационарах для «взрослых» пациентов, например по детской онкологии – в онкологических диспансерах, по офтальмологии – в офтальмологических больницах или республиканских, краевых, областных больницах и т.д.

Необходимо отметить, что лечение детей требует междисциплинарного подхода: как правило, у ребенка выявляется несколько заболеваний одновременно, лечение детей требует специальных навыков и умений от врачей всех специальностей, включая диагностику, дети чаще нуждаются в проведении реанимации и интенсивной терапии, дети требуют особого подхода при назначении и применении лекарственных препаратов, особенно при проведении терапии иммуносупрессивными и генноинженерными препаратами, у детей быстрее и чаще развиваются прогнозируемые осложнения терапии и др. Лечение детей в стационарах для взрослых пациентов не позволяет в полной мере обеспечить такой междисциплинарный подход.

В рамках региональных программ модернизации здравоохранения предусмотрен целый комплекс мер, направленных на повышение доступности специализированных видов медицинской помощи детям. Однако решить все проблемы реструктуризации педиатрического коечного фонда, улучшения материально–технической базы педиатрических лечебных учреждений, обеспечения высококвалифицированными кадрами не удастся.

В то же время с 2015 года предусматривается включение высокотехнологичной медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования и нельзя допустить снижения доступности данных видов помощи. Одним из условий такого эффективного включения

высокотехнологичной медицинской помощи детям в систему обязательного медицинского страхования является развитие возможности оказания высокотехнологичной медицинской помощи детскому населению в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации.

Для обеспечения дальнейшего снижения показателей младенческой и детской смертности, заболеваемости и инвалидности необходимо развивать специализированные виды медицинской помощи детям с учетом роста показателей заболеваемости и смертности в каждом регионе.

В связи с переходом с 2012 года на новые критерии регистрации живорождения крайне актуальной становится проблема ретинопатии недоношенных, которая занимает лидирующее положение среди причин слепоты и слабовидения с детства и остается в центре внимания офтальмологов всего мира последние десятилетия.

Ежегодно в Российской Федерации рождается около 100 тыс. недоношенных детей, по данным выборочных научных исследований среди этих детей около 70% относятся к группе риска по развитию нарушения зрения. Примерно у 25–37% (20–25 тысяч детей) формируется ретинопатия недоношенных. Среди этой категории детей 20–50% (4–10 тысяч) требуют хирургической коррекции.

Диагностика заболевания на ранних стадиях, а также своевременно начатое лечение, включая использование современных передовых технологий, позволяют предотвратить развитие тяжелых и необратимых стадий ретинопатии недоношенных, снизить число детей–инвалидов по зрению, в том числе с полной слепотой. Вместе с тем, данный вид помощи пока доступен только в отдельных лечебных учреждениях крупных городов некоторых регионов.

Да настоящего времени сохраняется высокая потребность в развитии большинства видов специализированной помощи для детей: не в полной мере обеспечены качественной медицинской помощью дети с онкологическими заболеваниями, не создана система оказания медицинской помощи детям с аутоиммунными заболеваниями и заболеваниями иммунного генеза, малодоступной остается нейрохирургическая и травматолого–ортопедическая помощь детям, требуют серьезной модернизации психиатрическая, наркологическая и фтизиатрическая помощь и т.д.

Залогом повышения качества медицинской помощи детям станет развитие в субъектах многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров, с учетом региональных потребностей в конкретных видах медицинской помощи.

Решение вопроса государственной поддержки строительства и реконструкции областных (краевых, республиканских) детских многопрофильных стационаров, структура которых должна полностью соответствовать современным требованиям позволит обеспечить реальное достижение целей и задач, поставленных в данном разделе подпрограммы.

Необходимо также кардинально изменить подходы к госпитализации детей: госпитализация должна быть обоснована, стационарное звено не может заменять собой амбулаторно–поликлиническое.

Одним из важнейших направлений развития детской медицины является более широкое внедрение стационарзамещающих технологий как на уровне амбулаторно–поликлинических, так и стационарных учреждений оказывающих медицинскую помощь детям.

Только улучшение материально–технической базы медицинских организаций субъектов Российской Федерации не позволит достичь поставленных целей.

Все это диктует необходимость развития в каждом регионе страны организационных технологий, предусматривающих четкую маршрутизацию больных детей в тесной привязке к

действующей сети медицинских организаций с учетом региональных особенностей заболеваемости и смертности детского населения.

В совершенствовании специализированной медицинской помощи детям важная роль принадлежит федеральным государственным учреждениям здравоохранения, в первую очередь многопрофильным педиатрическим стационарам.

Они являются научными и лечебными организациями, оказывающими специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь детям от 0 до 18 лет с различными заболеваниями по многим направлениям педиатрии, детской хирургии, травматологии–ортопедии, детской онкологии, детской хирургии и т.д.

В данных учреждениях работают высококвалифицированные медицинские кадры, задачей которых является не только оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи детям из всех субъектов Российской Федерации, но и разработка и внедрение новых технологий диагностики, лечения и реабилитации в педиатрическую практику, а также тиражирование инновационных подходов в оказанию данных видов помощи детям за счет обучения и подготовки квалифицированных кадров для регионов России.

Для выполнения целей и задач, поставленных государством для федеральных медицинских организаций, играющих координирующую роль в развитии и организации специализированной медицинской помощи детям, необходимо улучшение состояния их материально–технической базы с позиции создания условий для разработки инновационных технологий в педиатрии.

Таким образом, развитие специализированной медицинской помощи детям подразумевает строительство (реконструкцию) областных (краевых, республиканских) детских больниц, совершенствование онкологической, травматологической, кардиохирургической, офтальмологической помощи детям, улучшение материально–технической базы федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, помощь детям.

Мероприятие 4.5. Совершенствование методов борьбы с вертикальной передачей ВИЧ от матери к плоду

Российская Федерация последовательно выполняет обязательства, взятые в рамках принятой в 2001 году Генеральной Ассамблеей ООН Декларации «О приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД». Правительство страны, российские государственные и общественные организации осуществляют реализацию глобальной инициативы об обеспечении универсального доступа к профилактике, лечению и уходу при ВИЧ/СПИДе к 2010 году, поддерживаемую «Группой восьми» и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу.

В Российской Федерации создана комплексная система оказания медицинской помощи ВИЧ–инфицированным.

Оказание своевременной и эффективной лечебно–диагностической и профилактической помощи, а также социально–психологического сопровождения в амбулаторно–поликлинических и стационарных учреждениях здравоохранения ВИЧ–инфицированным беременным женщинам и их детям – одна из важных задач, стоящих перед службой охраны здоровья матери и ребенка.

Особенностью эпидемического процесса в последние 3 года является интенсивное вовлечение в эпидемический процесс женщин. К концу 2011 г. кумулятивное количество инфицированных ВИЧ женщин удвоилось по сравнению с 2005 и составило 232 тысячи (35,8% всех зарегистрированных случаев ВИЧ–инфекции).

Начиная с 2008г. ежегодно регистрируется от 22 до 24 тысяч новых случаев заражения среди женщин, при этом в 65% случаев оно связано с гетеросексуальными контактами, тогда как

мужчины в 72% инфицированы при внутривенном введении наркотиков. В 13 субъектах Российской Федерации в 2011 году женщины составляли уже более половины всех новых случаев ВИЧ-инфекции.

Внедрение в Российской Федерации современной бесплатной высокоактивной антиретровирусной терапии кардинально изменило отношение медицинских специалистов и людей, живущих с ВИЧ к беременности:

Доля ВИЧ-инфицированных женщин выявленных среди беременных в общей популяции, беременность которых закончилась родами, возросла с 0,39% в 2005г. до 0,64% в 2011 году.

Удельный вес беременностей, завершившихся родами, у этой группы женщин возрос с 50% в 2007г. до 68,5% в 2011г.

В 2011 году в Российской Федерации родилось 11699 детей от 11694 женщин с ВИЧ-инфекцией (в 2010 году – 10719 детей от 10661 женщины).

Организация и проведение комплекса профилактических мероприятий по предупреждению передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, прежде всего проведение антиретровирусной профилактики во время беременности, родов и новорожденному осуществляется в соответствии с утвержденным и единым для всей Российской Федерации стандартом.

В целях профилактики передачи вируса ВИЧ от матери ребенку в 2011 году получили АРВ препараты 11 105 инфицированных беременных женщин или 95, 2% завершивших беременность родами. Из них полный трехэтапный курс профилактики прошли 89,3 % матерей, на 1,6% больше чем в предыдущем году (в 2010г. – 87,7%).

Охват новорожденных химиопрофилактикой составил 98,4%.

По данным ведомственного мониторинга в последние годы наблюдается устойчивая тенденция по снижению числа детей инфицированных ВИЧ при перинатальных контактах с 724 человек в 2009 г. до 563 в 2011г. В ряде регионов уровень передачи ВИЧ от матери ребенку снижен до уровня от 2–4%.

Вместе с тем, несмотря на ежегодное повышение охвата антиретровирусной профилактикой беременных женщин и рожденных ими детей, частота вертикальной передачи ВИЧ-инфекции остается высокой и составляет в целом по стране 6%, что требует дальнейшего совершенствования организации системы профилактики вертикальной передачи вируса иммунодефицита человека и обеспечение условий для снижения заболеваемости ВИЧ-инфекции у детей.

Мероприятие 4.6. Профилактика аборт. Развитие центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации

В Российской Федерации в последние годы сохраняется стойкая тенденция к снижению числа аборт во всех возрастных группах. За последние 5 лет общее число аборт сократилось на 24% (с 1 302 480 в 2007 г. до 989 375 в 2011 г.), показатель аборт на 1000 женщин фертильного возраста уменьшился на 20,3% (с 33,5 в 2007 г. до 26,7 в 2011 г.), а показатель аборт на 100 родившихся живыми и мертвыми – на 31,7% (с 81,9 до 55,9). Начиная с 2006 года число родов в Российской Федерации превышает число аборт. В течение 2007 – 2011 гг. число аборт у первобеременных снизилось на 42,3%. Общее число аборт у девочек до 14 лет уменьшилось на 31,5% (с 793 в 2007 году до 543 в 2011 году), у подростков 15–17 лет – на 54,2% (с 34 609 до 15 847).

Однако, несмотря на положительную динамику, число аборт сохраняется достаточно высоким, что является одним из факторов, влияющих на процессы депопуляции. В связи с этим

снижение числа аборт в Российской Федерации является одним из резервов повышения рождаемости.

Важным компонентом комплекса мероприятий, направленных на профилактику и снижение аборт в Российской Федерации, является создание центров медико–социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Кроме того, приняты законодательные меры, к которым, в частности, относятся установление срока, отведенного женщине после обращения в медицинскую организацию по поводу искусственного прерывания беременности, для обдумывания данного решения и получения консультации психолога и специалиста по социальной работе. При сроке беременности четвертая – седьмая недели и одиннадцатая – двенадцатая недели – женщине на обдумывание решения предоставляется 48 часов, а при сроке беременности восьмая – десятая недели – не менее семи дней.

Создавать центры медико–социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, предполагается в структуре учреждений охраны материнства и детства субъектов Российской Федерации (на базе женских консультаций, центров планирования семьи и репродукции, центров охраны здоровья семьи и репродукции и др.).

Целью создания центров медико–социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации является организация и координация работы кабинетов медико–социальной помощи женских консультаций в субъектах Российской Федерации, а также деятельности специалистов по социальной работе и психологов акушерских стационаров.

Первостепенными задачами центров медико–социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, являются медицинская и социально–психологическая помощь женщинам в случаях незапланированной беременности, направленная на обеспечение позитивной альтернативы аборту; оказание содействия в предоставлении временного приюта в учреждениях социальной защиты; организация патронажа женщин, нуждающихся в медико–социальной помощи, реабилитации и поддержке.

Центры медико–социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, также призваны оказывать медико–социальные услуги женщинам, подвергшимся психофизическому насилию, потерявшим родных и близких, имеющим детей–инвалидов, женщинам–инвалидам, одиноким матерям с несовершеннолетними детьми, несовершеннолетним матерям и пр.

Создание центров медико–социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, позволит не только снизить общее число аборт в Российской Федерации, сохранить репродуктивное здоровье женщин, но и увеличить число родившихся детей на 5–10 тысяч ежегодно.

Характеристика мер государственного регулирования

Меры государственного регулирования разрабатываются ответственным исполнителем в первый год реализации Подпрограммы.

Прогноз сводных показателей государственных заданий по этапам реализации Подпрограммы (при оказании федеральными государственными учреждениями государственных услуг (работ) в рамках Подпрограммы)

Доведение государственного задания будет осуществляться в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «О некоммерческих организациях» и Федеральным законом «Об автономных учреждениях», а также иными нормативными актами, регулирующими формирование государственного задания.

Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации

Субъекты Российской Федерации принимают совместное участие с Российской Федерацией в мероприятиях, реализуемых в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации.

Участие субъектов Российской Федерации в Подпрограмме отражено в таблице 7.

Информация об участии государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации Подпрограммы

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 7.

Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, а также фондов обязательного медицинского страхования. Предоставление и распределение субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации планируется осуществлять согласно Правилам предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование объектов капитального строительства и реконструкции государственной собственности субъектов Российской Федерации (объектов капитального строительства муниципальных образований), закупку оборудования и расходных материалов, составленным в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 мая 2008 г. № 392 (Приложение № 1). Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблице 6.

Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы

Риски, которые могут возникнуть в ходе реализации Подпрограммы, и меры по управлению ими соответствуют описанным в разделе «Анализ рисков реализации Государственной программы» Государственной программы «Развитие здравоохранения».

Подпрограмма 5. «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе для детей»

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Минздрав России
Соисполнители Подпрограммы	Не предусмотрены
Участники Подпрограммы	Минсельхоз России; Росавтодор; Минэкономразвития России; ФНС России; Российская академия наук; ФССП России.
Перечень основных мероприятий Подпрограммы	Мероприятие 5.1. Развитие медицинской реабилитации, в том числе для детей. Мероприятие 5.2. Развитие санаторно-курортного лечения, в том числе для детей.
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	Не предусмотрено
Цели Подпрограммы	Увеличение продолжительности активного периода жизни населения. Предупреждение и снижение уровня взрослой и детской инвалидности.
Задачи Подпрограммы	Разработка и внедрение новых организационных моделей медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. Поддержка развития инфраструктуры учреждений медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. Развитие стационар замещающих форм медицинской реабилитации.

Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы	Охват санаторно–курортным лечением пациентов. Охват реабилитационной медицинской помощью пациентов. Охват реабилитационной медицинской помощью детей–инвалидов от числа нуждающихся.
Этапы и сроки реализации Подпрограммы	2013–2020 годы первый этап: 2013–2015 годы второй этап: 2016–2020 годы
Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. руб.	2013 г. – 10 119 320,80 тыс. руб. 2014 г. – 10 339 301,50 тыс. руб. 2015 г. – 11 965 230,60 тыс. руб. 2016–2020 годы*
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы	Увеличение доступности санаторно–курортного лечения для пациентов - не менее 45%. Увеличение процента охвата реабилитационной медицинской помощью пациентов - не менее 25%. Увеличение процента охвата реабилитационной медицинской помощью детей–инвалидов от числа нуждающихся до 85%.

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

На протяжении многих десятилетий в большинстве стран Европы и США развивается медицинская реабилитация наряду с профессиональной и социальной. Право граждан этих стран на оказание помощи по медицинской реабилитации регламентировано соответствующими законами, которыми установлено, что каждый инвалид или тот, кому угрожает инвалидность, независимо от причины, имеет право на необходимую помощь с тем, чтобы инвалидность предотвратить, устранить, компенсировать ее последствия, а также сообразно способностям и наклонностям обеспечить место в обществе, особенно в профессиональной сфере. Это право находится в процессе постоянной актуализации и приспособления к меняющимся общественным и экономическим обстоятельствам. Более полно содержание медицинской реабилитации можно характеризовать как комплекс медицинских, психотерапевтических, педагогических, профессиональных мероприятий, направленных на преодоление последствий заболеваний, на улучшение эмоционального состояния, способствование социальной компетенции, тренировке коммуникативных и практически–бытовых навыков. Такое отношение к процессу медицинской реабилитации пациентов и инвалидов обосновано положениями Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, предусматривающей многоплановый, а не только медицинский подход в понимании реабилитационного процесса.

Основополагающим принципом медико–социальной реабилитации должно стать предпочтение финансирования превентивных лечебно–реабилитационных мероприятий,

реинтеграция инвалидов в трудовую и общественную жизнь и осознанное предотвращение финансовых расходов на выплаты пенсий по нетрудоспособности. Государство сможет поддерживать целесообразную трудовую деятельность инвалидов как основную альтернативу выплатам им пенсионных пособий. В связи с этим, опираясь на данные об основных инвалидизирующих заболеваниях в Российской Федерации, предлагается создание преемственной системы реабилитационных структур, решающих вышеуказанные задачи.

Впервые Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вводится понятие медицинской реабилитации, предусматривающей создание системы по формированию, активному сохранению, восстановлению и укреплению здоровья населения Российской Федерации, реализацию потенциала здоровья для ведения полноценной производственной, социальной и личной жизни, снижение темпов старения, преждевременной смертности, заболеваемости, инвалидизации населения, увеличение средней продолжительности и качества жизни, а также улучшение демографической ситуации в стране.

Современная ситуация в Российской Федерации характеризуется недоступностью реабилитационной помощи больным при наиболее распространенных и одновременно инвалидизирующих заболеваниях нервной, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, онкологических заболеваниях. Особую категорию среди всех групп населения представляют дети, особенно дети – инвалиды. Только среди детей– инвалидов, в реабилитационной помощи нуждается более 340 тысяч человек. Потребность в реабилитационной помощи другим контингентам детей значительно выше.

Отсутствие системного подхода в организации оказания реабилитационной помощи населению Российской Федерации, дефицит коечного фонда для оказания помощи по медицинской реабилитации как взрослых, так и детей как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Российской Федерации, крайний дефицит амбулаторной формы оказания реабилитационной помощи, отсутствие патронажной формы оказания реабилитационной помощи не позволяют в полной мере обеспечить потребность в данных медицинских услугах.

Помимо высокой потребности в реабилитационных мероприятиях среди вновь заболевших и получивших травмы пациентов, хронически больных в настоящее время в Российской Федерации зарегистрировано более 13 млн. инвалидов, из них 500 тыс. дети. У более чем 900 тыс. человек в год развивается впервые инсульт или инфаркт миокарда. Высокими среди детей и молодежи остаются показатели травматизма. Улучшение диагностического и лечебного процессов увеличили сроки средней продолжительности жизни у пациентов с онкологическими заболеваниями, что предъявляет свои требования к процессу их возможно более полного излечения и улучшения качества жизни в этот и последующие периоды жизни. По оперативным данным, представленным субъектами Российской Федерации, в 2010 году медицинскую реабилитацию в стационарных учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, получили 280 тысяч детей–инвалидов, что составляет около 50% от потребности.

Таким образом, без создания и развития единой системы оказания специализированной, преемственной, максимально индивидуализированной, управляемой помощи по медицинской реабилитации при основных инвалидизирующих заболеваниях и повреждениях органов и систем в Российской Федерации, невозможно добиться значимого снижения показателей инвалидизации населения, увеличения периода активной жизни.

Эффективная система медицинской реабилитации позволят обеспечить сбалансированность объемов государственных гарантий предоставления населению медицинской помощи и повысить эффективность использования коечного фонда (улучшить

работу койки, увеличить оборот койки, снизить среднюю длительность пребывания в стационаре и продолжительность временной нетрудоспособности), в том числе за счет совершенствования оказания реабилитационной помощи непосредственно после оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с первых минут в условиях стационара. Развитие медицинской реабилитации позволяет создать полный цикл оказания эффективной медицинской помощи детям: ранняя диагностика – своевременное лечение – медицинская реабилитация.

Наряду с медицинской реабилитацией, важным компонентом восстановления и поддержания здоровья граждан является санаторно–курортное лечение. Курортное дело в Российской Федерации является составной частью государственной политики и важным разделом системы здравоохранения. С точки зрения системы организации лечения и оздоровления, курорты Российской Федерации являются одними из лучших в мире, так как имеют свой оригинальный научно–практический потенциал в становлении и развитии курортного дела, а технологии, применяемые на курортах Российской Федерации, вполне современны, имеют значительную коммерческую ценность, в том числе и экспортную. В связи с чем, крайне важно сохранить исторически сложившееся в Российской Федерации использование курортов, в первую очередь, для целей медицины.

Отсутствие научно обоснованной программы развития курортного дела в Российской Федерации приведет к снижению качества и эффективности оказания санаторно–курортной помощи, и, как следствие, к снижению резервов здоровья и социально–демографических показателей качества и уровня жизни, активности и трудоспособности населения.

Нерациональное использование природных лечебных ресурсов и отсутствие работ в области их разведки и выявления перспективных участков под лечебно–оздоровительные местности, приведет к уменьшению использования их в лечебной практике, возрастанию стоимости услуг с применением природных лечебных ресурсов, появлению их искусственных аналогов и сокращению доступности полноценного комплексного санаторно–курортного лечения.

Прогрессирующий износ материально–технической базы санаторно–курортных учреждений и инфраструктуры курортов в целом приведет к сокращению доступности и снижению объемов санаторно–курортного лечения населения страны, окажет негативное влияние на экологическую и санитарно–эпидемиологическую ситуацию на курортах, значительно снизит конкурентоспособность российских курортов на внешнем рынке.

Отказ от решения указанных проблем приведет к инерционному развитию курортного дела, когда показатели не будут улучшаться, а предоставление специализированного санаторно–курортного лечения будет невозможным. В этом случае санаторно–курортное лечение останется привилегией малочисленного слоя населения, а для социально–незащищенных категорий граждан станет недоступной. В конечном итоге будет происходить дальнейшее ухудшение демографических показателей (продолжительность жизни, рождаемость и смертность), показателей состояния здоровья населения (заболеваемость) и инвалидизации населения.

Разрабатываемые в настоящее время ведомственные и федеральные программы по линии туризма не отражают проблем в области курортного дела, так как специфика функционирования туристической и санаторно–курортных сфер при кажущейся схожести имеет принципиальные отличия. Так, основной задачей туризма является создание условий для путешествий в свободное время и удовлетворение потребностей граждан в организации отдыха и досуга, тогда как задачей курортного дела – профилактика заболеваний, лечение и реабилитация пациентов на основе использования природных лечебных ресурсов, укрепление здоровья и

снижение заболеваемости населения страны. По данным медицинской статистики более 50% пациентов нуждаются в санаторном этапе лечения в собственном регионе.

Таким образом, эффективно построенная система профильного санаторно–курортного лечения позволит не только повысить уровень здоровья населения, и тем самым внести существенный вклад в выполнение государственной социальной задачи, но и даст устойчивый поток финансирования в санатории, послужит стимулом развития их лечебной базы, улучшения условий временного проживания и сервисных служб.

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы, цели, задачи и показатели (индикаторы) достижения целей и решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов Подпрограммы, сроков и контрольных этапов реализации Подпрограммы

С целью реализации государственной политики в сфере охраны здоровья граждан, улучшению демографической ситуации, необходимо системное развитие медицинской реабилитации и санаторно–курортного лечения.

Основными целями подпрограммы являются увеличение активного периода жизни населения и предупреждение и снижение взрослой и детской инвалидности. Для достижения указанных целей планируется разработка и внедрение новых организационных моделей медицинской реабилитации и санаторно–курортного лечения, а также поддержка развития инфраструктуры учреждений медицинской реабилитации и санаторно–курортного лечения.

Реализация мероприятий Подпрограммы будет осуществляться в 2 этапа.

В рамках I этапа предполагается осуществить мероприятия:

по определению потребности в медицинской реабилитации и санаторно–курортном лечении согласно заболеваемости населения Российской Федерации;

по разработке и внедрению эффективных диагностических, реабилитационных и экспертных технологий в соответствии с требованиями Международной Классификации Функционирования;

по актуализации профилей санаториев в соответствии с профилем города–курорта, на территории которого расположена медицинская организация.

по подготовке квалифицированных кадров по организации оказания медицинской реабилитации и санаторно–курортного лечения.

по внедрению в работу учреждений системы мотивации медицинского персонала.

В рамках II этапа предполагается:

стандартизованное переоснащение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по медицинской реабилитации современным информационным и медицинским оборудованием и аппаратурой для диагностики, терапии и управления реабилитационным процессом в соответствии с утвержденными технологиями;

создание отделений реабилитации в МО, оказывающих специализированную, в том числе неотложную стационарную медицинскую помощь в каждом субъекте РФ из расчета 1 реабилитационная койка на 15 коек по профилю оказываемой помощи (неврологических, травматологических, ортопедических, кардиологических, онкологических) для взрослых и детей соответственно;

создание крупных межрегиональных специализированных центров медицинской реабилитации по профилю оказываемой помощи на базе существующих МО из расчета 30 коек на 600 тыс. населения;

создание отделений (кабинетов) реабилитации в МО, оказывающих амбулаторно–поликлиническую помощь в каждом субъекте РФ на базе каждого из существующих МО.

модернизация и улучшение материально–технической базы санаториев с учетом особенностей ландшафтно–климатических условий, профиля курорта.

Мероприятие 5.1. Развитие медицинской реабилитации, в том числе для детей

Анализ организации медицинской реабилитации в европейских странах показал, что система реабилитации предполагает наличие в ней в равной степени полноправных составных частей: медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

Проведение реабилитации возможно амбулаторно и стационарно. Основной упор должен делаться на стационарную форму лечения. При этом медицинская реабилитация должна начинаться уже при попадании пациента в реанимацию или палату и продолжаться весь период лечения пациента в стационаре. После острого периода заболевания и интенсивного курса лечения в стационаре пациенты могут быть переведены в реабилитационные центры, где реабилитационные мероприятия будут продолжены. Лечение в реабилитационном центре необходимо начинать непосредственно после выписки из стационара, по возможности без перерыва.

По окончании курса реабилитационного лечения в стационаре или реабилитационном центре при необходимости должно быть организовано продолжение реабилитационных мероприятий по месту жительства пациента.

Решающее значение при проведении реабилитационных мероприятий имеет коллективная работа персонала. В реабилитационной «команде» должны определяться отдельные шаги реабилитации и обсуждаться дальнейший ход лечения. Если «команда» не функционирует, то исход реабилитации должен быть поставлен под сомнение.

Решающее значение для успеха реабилитации имеет координация всех звеньев реабилитационного процесса. Медицинская реабилитация призвана способствовать скорейшему возвращению реабилитантов в трудовой процесс и их долгосрочной трудоспособности. Для этого необходимо четкое взаимодействие всех звеньев реабилитации и в особенности преемственность между медицинской и профессиональной фазами реабилитации. Для этого требуются понимание аспектов реабилитации последствий заболеваний, доступность знаний по реабилитологии, утверждение значимости реабилитации, опирающейся на данные доказательной медицины.

Учитывая опыт организации медицинской реабилитации в европейских странах, предполагается организация гарантированной трехэтапной помощи при различных urgentных состояниях, в том числе при обострении течения хронических заболеваний, при основных заболеваниях, приводящих к наиболее длительной временной нетрудоспособности, наибольшей инвалидизации населения, особенно в трудоспособном возрасте, а так же инвалидам и больным с хроническими заболеваниями, нуждающимся в помощи по медицинской реабилитации.

Первый этап – оказание медицинской реабилитационной помощи в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии, специализированных клинических отделениях стационаров по профилю оказываемой медицинской помощи при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации.

Второй этап – оказание медицинской реабилитационной помощи в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, при хроническом течении заболевания вне обострения пациентам, нуждающимся в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного

потенциала) в специализированных реабилитационных отделениях многопрофильных стационаров, реабилитационных центров, а также выездными бригадами на дому.

Третий этап – оказание медицинской реабилитационной помощи в ранний, поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения пациентам, при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, перемещения и общения в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии амбулаторно–поликлинических учреждений здравоохранения, фельдшерско–акушерских пунктов, стационаров одного дня, врачебно–физкультурных диспансеров, центров реабилитации, санаторно–курортных учреждений.

Определены основные принципы медицинского отбора и направления пациентов на реабилитацию, включающие порядок организации деятельности врачей, медицинских сестер, кабинетов, отделений учреждения, оказывающего медицинскую помощь по медицинской реабилитации, перечень методов лечения при оказании указанного вида медицинской помощи, штатные нормативы и стандарты оснащения кабинетов, отделений, которые будут являться обязательными для реабилитационных учреждений различных форм собственности.

Учитывая включение реабилитационных мероприятий в острый период заболеваний и при обострении хронических процессов (первый этап) в стандарты оказания медицинской помощи, основные усилия предполагается сосредоточить на создании учреждений (отделений, кабинетов), оказывающих помощь по медицинской реабилитации на втором и третьем этапах в соответствии с потребностью в данном виде медицинской помощи.

Начиная с 2013 года, в 15 субъектах Российской Федерации планируется создание в каждом федеральном округе многопрофильных реабилитационных центров для детей и взрослых (в зависимости от численности населения и потребности в медицинской реабилитации, в том числе как преобразование санаториев, использующих при проведении медицинской реабилитации природных и преформированных физических факторов, лечебной физкультуры; модернизация деятельности имеющихся реабилитационных учреждений), включающих в свою структуру стационарные отделения медицинской реабилитации пациентов (в соответствии с этапами МР) неврологического, травматологического, кардиологического, терапевтического, онкологического профилей для проведения реабилитационных мероприятий непосредственно после стационарного лечения, в том числе после оказания высокотехнологичной медицинской помощи, хроническим больным и инвалидам, нуждающимся в стационарной реабилитации, в том числе пострадавшим в результате несчастных случаев на производстве и при профзаболеваниях, а так же амбулаторно–поликлинические отделения.

Основные усилия обеспечения населения медицинской помощью по медицинской реабилитации предполагается сконцентрировать на следующих приоритетных направлениях:

- медицинская реабилитация больных непосредственно после оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- медицинская реабилитация хронических больных и инвалидов, в том числе пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профзаболеваний;
- медицинская реабилитация с целью оздоровления лиц из групп риска развития заболеваний.

В этой связи реализация мероприятия по медицинской реабилитации будут включать:

- разработку и внедрение эффективных диагностических, оздоровительных и реабилитационных технологий;

- подготовку квалифицированных медицинских кадров по медицинской реабилитации;
- стандартизованное переоснащение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по медицинской реабилитации современным медицинским оборудованием и аппаратурой;
- перевод федеральных учреждений, оказывающих медицинскую помощь по медицинской реабилитации на работу в условиях государственного задания;
- создание крупных межрегиональных центров медицинской реабилитации на базе существующих.

Планируемые мероприятия по оказанию медицинской помощи по медицинской реабилитации приведут к:

- сохранению и укреплению здоровья населения;
- сокращению сроков восстановления утраченного здоровья населения;
- снижению заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности;
- повышению качества жизни хронических больных и инвалидов;
- снижению показателей смертности от наиболее распространенных заболеваний (онкология, язвенные болезни, болезни мочеполовой системы, болезни нервной системы, материнская смертность) и инвалидизации населения.

В настоящее время острой проблемой остается доступность реабилитационной помощи детям, в том числе детям–инвалидам.

Только среди детей–инвалидов ежегодно нуждается в оказании помощи по медицинской реабилитации более 340 тысяч человек в рамках индивидуальных программ реабилитации. Потребность в реабилитационной помощи другим контингентам детей значительно выше.

В то же время дефицит коечного фонда для оказания помощи по медицинской реабилитации детей как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Российской Федерации, не позволяет в полной мере обеспечить потребность в данных медицинских услугах.

В настоящее время в Российской Федерации зарегистрировано более 500 тыс. детей–инвалидов. По оперативным данным, представленным субъектами Российской Федерации, в 2010 году медицинскую реабилитацию в стационарных учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, получили 280 тысяч детей–инвалидов, что составляет около 50% от потребности.

В целях повышения доступности медицинской реабилитации детей, снижения детской инвалидности в рамках программы модернизации здравоохранения в регионах предусмотрены мероприятия по совершенствованию организации оказания медицинской реабилитации детям первых лет жизни, в первую очередь родившимся с низкой и экстремально низкой массой тела, которые имеют наиболее высокий риск развития тяжелых инвалидизирующих заболеваний.

В то же время, дети других возрастных категорий также нуждаются в медицинской реабилитации с применением современных технологий, что диктует необходимость дальнейшего развития реабилитационной помощи детям в субъектах Российской Федерации.

Для решения данных задач в 2012 году необходимо провести анализ и оценку существующей системы оказания медицинской реабилитации детям в регионах, включая состояние материально–технической базы, применяемых методик и технологий, кадрового потенциала. По результатам анализа подготовить предложения по совершенствованию оказания данного вида медицинской помощи детям, в том числе детям–инвалидам, с учетом региональных особенностей детской заболеваемости и инвалидности.

В настоящее время острой проблемой остается доступность реабилитационной помощи детям, в том числе детям–инвалидам.

Только среди детей–инвалидов ежегодно нуждается в восстановительном лечении и реабилитации более 340 тысяч человек в рамках индивидуальных программ реабилитации. Потребность в реабилитационной помощи другим контингентам детей значительно выше.

В тоже время дефицит коечного фонда для оказания восстановительного лечения и реабилитации детей, как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Российской Федерации, не позволяет в полной мере обеспечить потребность в данных медицинских услугах.

В настоящее время в Российской Федерации зарегистрировано более 500 тыс. детей–инвалидов. По оперативным данным, представленным субъектами Российской Федерации, в 2010 году медицинскую реабилитацию в стационарных учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, получили 280 тысяч детей–инвалидов, что составляет около 50% от потребности.

В рамках программ модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы в регионах предусмотрены мероприятия по совершенствованию организации оказания медицинской реабилитации детям первых трех лет жизни, в первую очередь родившимся с низкой и экстремально низкой массой тела, которые имеют наиболее высокий риск развития тяжелых инвалидизирующих заболеваний.

Реализация данного направления требует дальнейшего развития, особенно в части внедрения и разработки новых современных технологий реабилитации.

В то же время, дети других возрастных категорий также нуждаются в медицинской реабилитации с применением современных технологий, что диктует необходимость дальнейшего развития реабилитационной помощи детям в субъектах Российской Федерации.

В последние годы многие заболевания у детей, относившиеся ранее к разряду фатальных, стали успешно лечиться. При этом роль медицинской реабилитации и абилитации значительно возрастает.

С 2013 года должна начать формироваться современная система оказания данного вида медицинской помощи детям, в том числе детям–инвалидам, с учетом региональных особенностей детской заболеваемости и инвалидности.

Развитие медицинской реабилитации позволит создать полный цикл оказания эффективной медицинской помощи детям: ранняя диагностика – своевременное лечение – медицинская реабилитация.

Системный подход к совершенствованию медицинской реабилитации детям предполагает развитие федеральных организаций медицинской реабилитации, развитие региональных центров комплексной медицинской реабилитации детям и развитие межрайонных центров (отделений) реабилитационной помощи детскому населению.

Большое значение имеет развитие данного вида медицинской помощи детям на базе федеральных медицинских организаций, которые должны располагать современной материально–технической базой, быть укомплектованы специалистами высокого уровня и оказывать организационную и методическую помощь регионам по формированию современной эффективной модели медицинской реабилитации детям.

Для достижения поставленной цели – обеспечения доступности и качества медицинской реабилитации детей, наряду с развитием федеральных реабилитационных учреждений, с 2014 года целесообразно предусмотреть средства федерального бюджета для развития на условиях софинансирования реабилитационных центров в субъектах Российской Федерации.

Мероприятие 5.2. Развитие санаторно–курортного лечения, в том числе для детей

В общегосударственной системе здравоохранения страны важное место отводится санаторно–курортному лечению, позволяющему целенаправленно и высоко эффективно

осуществлять оздоровление населения и проводить этап медицинской реабилитации пациентов. В основу санаторно–курортного лечения положены наиболее гуманные, социально и научно обоснованные прогрессивные принципы: профилактическая и реабилитационная направленность, преемственность между амбулаторно–диагностическими, стационарными и санаторно–курортными учреждениями, высокая квалификация и специализация оказываемой помощи. Значимость санаторно–курортного лечения обусловлена сохранением неблагоприятных тенденций в состоянии здоровья населения и той ролью в их преодолении, которая отводится курортному делу в современной концепции развития российской системы здравоохранения.

Санаторно–курортное дело в России традиционно является составной частью государственной политики и важным разделом национальной системы здравоохранения.

Внимание к проблемам организации санаторно–курортного лечения населению во многом обусловлено многообразием и богатством природных лечебных ресурсов России. Курорты России располагают практически всеми известными в мире типами лечебных минеральных вод, лечебных грязей и других природных лечебных факторов, ресурсы которых обеспечивают существующую потребность и перспективу развития курортного комплекса страны.

В условиях курорта, при использовании различных природных лечебных факторов, достигаются наилучшие результаты при минимальных затратах времени в лечении ряда хронических заболеваний, а такие тяжелые болезни как туберкулез, врожденные и приобретенные дефекты опорно–двигательного аппарата и, особенно, спинальные заболевания вообще не имеют альтернативы по сравнению с методами лечения в специализированных санаториях. Полученные научные факты убедительно свидетельствуют, что после этапа медицинской реабилитации в условиях санатория у пациентов с инфарктом миокарда, нарушениями мозгового кровообращения, после операций на сердце, крупных сосудах и других, значительно сокращаются сроки временной нетрудоспособности, существенно снижается уровень инвалидизации, резко увеличивается доля пациентов, вернувшихся после тяжелого недуга к труду и активной жизни.

Выполненными научными исследованиями доказано, что в условиях санатория достигаются наилучшие показатели в реабилитации лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, в оздоровлении часто болеющих детей и лиц, проживающих в экологически неблагоприятных регионах.

В целях сохранения и развития курортного дела в России принят Федеральный закон № 26–ФЗ от 23.05.1995 «О природных лечебных ресурсах, лечебно–оздоровительных местностях и курортах» (в ред. от 18.07.2011), которым определены принципы государственной политики и регулирования отношений в сфере изучения, использования, развития и охраны природных лечебных ресурсов, лечебно–оздоровительных местностей и курортов.

Санаторно–курортные учреждения, как любые хозяйствующие субъекты в нашей стране, функционируют в условиях рыночной экономики, поэтому все позитивные и негативные стороны рыночных отношений полностью распространяются на отношения в сфере курортного дела. Изменение формы собственности санаторно–курортных организаций, ослабление контроля над использованием природных лечебных ресурсов привело к возрастанию стоимости и уменьшению доступности санаторно–курортных услуг для населения, необоснованному уменьшению объема использования природных лечебных факторов в практике работы санаториев.

В значительной степени сократилось проведение научно–исследовательских и производственных работ в области разведки и использования природных лечебных ресурсов, разработки и внедрения в практику работы санаторно–курортных организаций современного технологического оборудования.

Идет процесс нерационального использования ценнейших месторождений минеральных вод и лечебных грязей.

Современный уровень развития мировой медицины требует объективной оценки (по критериям доказательной медицины) эффективности санаторно–курортного лечения, а также совершенствования имеющихся и разработки новых оздоровительных и лечебных методик.

Требует особого внимания вопрос подготовки и переподготовки кадров на основе новых образовательных программ с современным научно–методическим обеспечением.

Необходимо сохранение исторически сложившегося в России использования курортов в первую очередь для целей медицины. Россия имеет свой, оригинальный в мировой практике, научно–практический потенциал в становлении и развитии курортного дела. Претворение в жизнь основных положений Концепции позволит не только в определенной степени восстановить утраченные в период перестроек всемирно признанные научно–практические достижения в медицинской курортологии, но и значительно расширить сферу санаторно–курортного лечения, медицинской реабилитации и оздоровления. При этом предполагается максимально использовать новые экономические возможности, основанные на инвестиционной политике.

Министерством здравоохранения Российской Федерации планируется существенно обновить нормативную правовую базу организации оказания санаторно–курортного лечения, в части медицинских показаний и противопоказаний для санаторно–курортного лечения на курортах России, по организации отбора и направления пациентов на санаторно–курортное и амбулаторно–курортное лечение, по организации оказания этапа медицинской реабилитации в условиях санатория после стационарного лечения, по санаторно–курортной реабилитации лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профзаболеваний. Профильными научно–исследовательскими учреждениями был разработан целый ряд новых эффективных технологий санаторно–курортного лечения и оздоровления, которые требуют обновленных механизмов их внедрения в практику санаториев.

В настоящий момент существует острая необходимость в осуществлении комплекса мероприятий, направленных на сохранение потенциала курортной сферы и формирование современного курортного комплекса, способного решать как медико–социальные задачи обеспечения доступного населению, эффективного санаторно–курортного лечения, так и экономические проблемы формирования сферы курортного дела. При этом следует учитывать, что упадок курортного дела в России, безусловно, стал одним из важных факторов ухудшения показателей здоровья нации. В этих условиях восстановление системы санаторно–курортного лечения и оздоровления, доступности его для основной массы населения, возрождение российских курортов представляется важной общенациональной задачей, способной внести большой вклад в повышение уровня общественного здоровья народа.

Главной целью государственной политики развития курортного дела является создание в Российской Федерации современного высокоэффективного курортного комплекса, обеспечивающего широкие возможности для удовлетворения потребности граждан в санаторно–курортном лечении.

Важным фактором является медико–социальная поддержка инвалидов, в первую очередь инвалидов с особо тяжелыми заболеваниями, такими как нарушения зрения, слуха, а также с заболеваниями и травмами спинного мозга, опорно–двигательной системы. Для лечения данной категории инвалидов требуются особые условия пребывания для оказания санаторно–курортного лечения, которые могут обеспечить только специализированные санатории.

На территории Российской Федерации насчитывается лишь 12 специализированных здравниц, которые могут принимать на лечение граждан льготных категорий по соответствующим

нозологиям, которых недостаточно для обеспечения граждан указанным видом медицинской помощи.

В данной связи планируется как развитие федеральных санаторно–курортных учреждений, так и предоставление субсидий субъектам Российской Федерации на развитие существующих и открытие новых санаторно–курортных учреждений.

Экономическая эффективность и окупаемость от реализации мероприятий оцениваются исходя из показателей эффективности санаторно–курортного оздоровления и лечения: сокращение количества дней временной нетрудоспособности в 2,3–3 раза; уменьшение потребности в госпитализации в 2,4 раза; сокращение расходов на лечение больных в поликлиниках и стационарах в 2,6–3 раза; уменьшение выплаты пособий по временной нетрудоспособности в 1,8–2,6 раза; снижение ущерба производству в связи с заболеваемостью рабочих и служащих в 2–3 раза.

В результате реализации мероприятий значительно улучшится экологическая обстановка на курортных территориях и в окружающих их районах, что, в свою очередь, послужит оздоровлению постоянно проживающего в этих местах населения. Осуществление мероприятий обеспечит экономическую стабильность и увеличит прибыльность всего санаторно–курортного комплекса, что приведет к росту налоговых поступлений в бюджеты всех уровней, позволит сохранить и рационально использовать ценнейшие природные лечебные ресурсы России, повысить общий уровень санаторно–курортных услуг и их конкурентоспособность на международном рынке.

В состоянии здоровья детей и подростков России, являющихся интеллектуальным, кадровым, оборонным потенциалом общества и государства, сформировались устойчивые негативные тенденции. Среди этой возрастной группы населения растет заболеваемость, инвалидность, ухудшается физическое развитие, остается высокий уровень смертности.

Осуществление комплексных профилактических, лечебных и оздоровительных мероприятий позволяют добиться нормализации или прекращения прогрессирования заболеваний у детей.

Санаторно–курортное лечение является одним из ведущих направлений в реализации мероприятий по долечиванию больных детей после интенсивного стационарного лечения острых заболеваний, травм, отравлений, а также детей–инвалидов с последствиями травм, операций и заболеваний.

В настоящее время санаторно–курортное лечение детей осуществляется в 29 федеральных санаторно–курортных учреждениях, коечная мощность которых составляет 6484 койки для детей, в том числе 2650 коек для детей в сопровождении законного представителя, ежегодно получают лечение более 50 тысяч детей.

Коечный фонд многопрофильных санаторно–курортных учреждений в системе здравоохранения субъектов Российской Федерации составляет более 36,7 тысяч коек, в том числе более 2, 5 тысяч коек для детей в сопровождении законного представителя, ежегодно получают лечение более 280 тысяч детей.

Вместе с тем, потребность детей в санаторно–курортном лечении удовлетворяется лишь на 65%.

Недостаточна сеть санаториев для детей с хроническими заболеваниями, в том числе заболеваниями кожи, центральной нервной системы, детей, страдающих сахарным диабетом, врожденными пороками сердца, заболеваниями почек, детей, больных туберкулезом в возрасте до 7 лет.

Важным направлением улучшения санаторно–курортного лечения детей является развитие сети профильных детских санаториев, в том числе санаториев «Мать–дитя» как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Российской Федерации, которые позволят обеспечить эффективное лечение детей после интенсивного стационарного лечения острых заболеваний, травм, отравлений, а также детей–инвалидов с последствиями травм, операций и заболеваний.

Это предусматривает создание условий для оказания доступной и качественной медицинской реабилитации и санаторно–курортного лечения детскому населению, в том числе создание коек долечивания и реабилитационных филиалов крупных лечебных учреждений для детей, увеличение коечного фонда, повышение эффективности использования имеющегося коечного фонда (улучшить работу койки, увеличить оборот койки, снизить среднюю длительность пребывания в стационаре, сократить необоснованные случаи госпитализации), в том числе за счет совершенствования оказания санаторно–курортной помощи больным непосредственно после стационарного (консервативного, оперативного) лечения острых заболеваний, травм, отравлений и позволит создать условия для целенаправленного полноценного оздоровления, в системе эффективных круглогодичных учреждений различного типа.

Решению данной проблемы также должна способствовать реализация мероприятий по укреплению материально–технической базы санаторно–курортных учреждений, их оснащенности современным медицинским оборудованием, разработке и внедрению современных медицинских технологий, стандартов санаторно–курортного лечения детей, профессиональной подготовке медицинских кадров.

Финансовое обеспечение развития санаторно–курортного лечения и медицинской реабилитации будет осуществляться за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов и внебюджетных источников.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета будет осуществляться укрепление материально–технической базы и выполнение государственных заданий в федеральных санаторно–курортных учреждениях, а также софинансирование мероприятий субъектов Российской Федерации по развитию и совершенствованию санаторно–курортного лечения и медицинской реабилитации.

Реализация данных мер позволит сформировать целенаправленную социальную политику поддержки и укрепления системы, обеспечивающей каждому гражданину Российской Федерации необходимые и достаточные условия полноценного оздоровления.

Характеристика мер государственного регулирования

Меры государственного регулирования в рамках данной Подпрограммы не применяются.

Прогноз сводных показателей государственных заданий по этапам реализации Подпрограммы (при оказании федеральными государственными учреждениями государственных услуг (работ) в рамках Подпрограммы)

Доведение государственного задания будет осуществляться в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «О некоммерческих организациях» и Федеральным законом «Об автономных учреждениях», а также иными нормативными актами, регулирующими формирование государственного задания.

Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления в соответствии со своими полномочиями реализуют функцию управления

практической реализацией мероприятий Программы на территории соответствующего субъекта Российской Федерации.

Участие субъектов Российской Федерации в Подпрограмме отражено в таблице 7.

Информация об участии государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации Подпрограммы

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 7.

Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблице 6.

Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы

Риски, которые могут возникнуть в ходе реализации Подпрограммы, и меры по управлению ими соответствуют описанным в разделе «Анализ рисков реализации государственной Программы» Государственной программы «Развитие здравоохранения».

www.rosminzdrav.ru

Подпрограмма 6. «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»
Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Минздрав России
Соисполнители Подпрограммы	Не предусмотрены
Участники Подпрограммы	Не предусмотрены
Перечень основных мероприятий Подпрограммы	Мероприятие 6.1 Оказание паллиативной помощи взрослым. Мероприятие 6.2 Оказание паллиативной помощи детям.
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	Отсутствуют
Цели Подпрограммы	Повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания.
Задачи Подпрограммы	Создание эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам. Повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников. Адекватный контроль хронической боли и других тягостных симптомов. Повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством медицинской помощи.
Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы	обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым; обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям.
Этапы и сроки реализации Подпрограммы	Подпрограмма реализуется в два этапа: 1 этап: 2013 – 2015 годы 2 этап: 2016 - 2020 годы.
Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы	2013 г. – 0,00 тыс. руб. 2014 г. – 0,00 тыс. руб. 2015 г. – 0,00 тыс. руб. 2016-2020*
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы	Увеличение обеспеченности паллиативными койками взрослых до 10 коек на 100 тыс. взрослого населения Увеличение обеспеченности паллиативными койками детей не менее чем до 2,08 коек на 100 тыс. детского населения.

Характеристика сферы реализации Подпрограммы

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет паллиативную медицинскую помощь, как подход, который способствует улучшению качества жизни пациентов и их семей, сталкивающихся с проблемами, связанными с угрожающей жизни болезнью, благодаря предупреждению и облегчению страданий посредством раннего выявления, точной оценки и лечения боли и других страданий — физических, психосоциальных и духовных (World Health Organization, 2002).

В соответствии со ст. 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» введено понятие паллиативной медицинской помощи. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками. Паллиативная помощь может осуществляться как в стационаре, амбулаторных условиях, так и на дому. При этом непременным условием является наличие медицинских работников, прошедших обучение по оказанию такой помощи.

Паллиативная медицина — область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни пациентов с различными нозологическими формами хронических заболеваний преимущественно в терминальной стадии развития в ситуации, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны. Паллиативная помощь больным не ставит целью достижение длительной ремиссии заболевания и продление жизни (но и не укорачивает ее). Облегчение страданий — это этический долг медицинских работников. Каждый пациент с активным прогрессирующим заболеванием, приближающийся к смертельному исходу, имеет право на паллиативную помощь.

Паллиативная помощь призвана повышать качество жизни пациента, невзирая на предполагаемую небольшую продолжительность жизни. Главный принцип паллиативной медицины — от какого бы заболевания пациент не страдал, каким бы тяжелым это заболевание не было, какие средства не были бы использованы для его лечения, всегда можно найти способ повысить качество жизни больного в оставшиеся дни.

Паллиативная помощь не допускает эвтаназию и самоубийство при посредничестве врача. Просьбы об эвтаназии или о содействии в самоубийстве обычно свидетельствуют о необходимости улучшения ухода и лечения больного. При развитой современной междисциплинарной паллиативной помощи пациенты не должны испытывать непереносимых физических страданий и психосоциальных проблем, на фоне которых чаще всего возникают подобные просьбы.

Современная паллиативная медицина тесно связана с официальной клинической медициной, поскольку она обеспечивает действенный и целостный подход, дополняющий специальное лечение основного заболевания.

Целью паллиативной помощи пациентам с поздними стадиями активного прогрессирующего заболевания и небольшой предполагаемой продолжительностью жизни является максимальное повышение качества жизни, не предусматривающее ускорение или отдаление смертельного исхода. Поддержание максимально возможного качества жизни пациента является ключевым моментом в определении сущности паллиативной медицины, так как она ориентирована на лечение больного, а не поразившей его болезни.

Паллиативная помощь занимается целым рядом аспектов жизни инкурабельного пациента — медицинских, психологических, социальных, культурных и духовных. Помимо ослабления боли и купирования других патологических симптомов, необходимы психо-социальная и духовная поддержка пациента, а также оказание помощи близким умирающего при уходе за ним и в горе утраты. Целостный подход, объединяющий разные аспекты паллиативной помощи, является признаком высококачественной медицинской практики, существенную часть которой составляет паллиативная помощь.

Паллиативное лечение начинается тогда, когда все другие виды лечения больше не являются эффективными, когда человек начинает говорить о смерти, когда начинают отказывать жизненно важные органы. Целью такого лечения является создание для пациента возможностей лучшего качества жизни. Оно должно быть направлено не только на удовлетворение физических потребностей пациента, но и на удовлетворение не менее важных – психологических, социальных и духовных запросов больного.

В паллиативном лечении первостепенной целью является не продлить жизнь, а сделать оставшуюся как можно более комфортной и значимой.

Паллиативное лечение будет эффективным:

- если удастся создавать и поддерживать для пациента комфортные душевные и физические условия;
- если пациент максимально будет чувствовать свою независимость;
- если пациент не испытывает боли;
- если, несмотря на предстоящую потерю жизни, предоставленная пациенту система поддержки поможет ему жить настолько активно и творчески, насколько это для него возможно.

Паллиативная помощь – подход (реализуемый на разных уровнях медицинской и социальной помощи), целью которого является улучшение качества жизни больных и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Эта цель достигается путем предупреждения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке физического состояния пациента, купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки.

В соответствии с определением паллиативная помощь:

утверждает жизнь и рассматривает смерть (умирание) как естественный закономерный процесс;

не имеет намерений продления или сокращения срока жизни;

целью паллиативной помощи является обеспечение больному возможности наиболее активно и комфортно прожить последние дни;

предлагает помощь и поддержку (психологическую, социальную) семье пациента во время его тяжелой болезни и в период тяжелой утраты;

использует мультипрофессиональный подход с целью удовлетворения потребностей пациента и его семьи, в том числе и организацию ритуальных услуг, если это требуется;

улучшает качество жизни пациента и может также положительно влиять на течение болезни;

при достаточно своевременном проведении мероприятий в совокупности с другими методами лечения может продлить жизнь больного.

Статистический анализ данных, полученных из 118 онкологических диспансеров Российской Федерации, показал, что ежегодно умирают от рака более 300 000 человек, из них 75% нуждаются в паллиативной помощи (в первую очередь в обезболивании), и только 59% получают эту помощь. Сегодня в Российской Федерации функционирует или находится в стадии

организации всего 192 подразделения паллиативной помощи (68 кабинетов противоболевой терапии, 69 хосписов, 33 отделения паллиативной помощи и 22 территориальных организационно-методических центра).

Европейской ассоциацией паллиативной помощи (ЕАПП) в 2008 году было определено, что для населения численностью 1 000 000 человек требуется 50 коек паллиативной помощи. Оптимальным по размеру является отделение на 8–12 коек, следовательно, при этом потребуется до 5 таких отделений на 1 000 000 населения. Результаты недавно проведенных расчетов предоставили новые данные о потребности в койках паллиативной помощи, которая составляет 80–100 коек на 1 000 000 населения.

В настоящее время число коек паллиативной помощи в странах Западной Европы колеблется от 10–20 (Португалия, Турция) до 50–75 на 1 000 000 населения (Швеция, Великобритания, Ирландия, Люксембург). Следовательно число коек должно быть увеличено даже во многих странах Западной Европы – ситуация в большинстве стран Восточной Европы сложнее.

Немаловажное значение имеет отсутствие необходимого количества квалифицированных медицинских кадров и ограниченное число учебных баз по подготовке квалифицированных специалистов, имеющих теоретические знания и практические навыки по основополагающим аспектам паллиативной медицины.

Паллиативная помощь детям в современном мире представляет собой отдельную медицинскую специальность и отдельное направление медико-социальной деятельности. Данное направление только начинает свое развитие в России. Для создания эффективной системы паллиативной помощи детям в нашей стране необходимы понимание отличий от паллиативной помощи для взрослых, анализ мирового опыта организации паллиативной помощи детям и особенностей российского здравоохранения. Система паллиативной помощи детям подразумевает наличие служб, доступных всем детям, нуждающимся в ней, независимо от места их пребывания (дом, стационар общего профиля, специализированный стационар), координацию этих служб и информированность медицинского сообщества и общества в целом о потребностях и возможностях для этих больных.

Традиционно паллиативную помощь оказывают онкологическим больным, отчасти вследствие более высокой предсказуемости хода болезни, что упрощает выявление и прогнозирование нужд пациентов и их близких. Одним из последствий такого подхода является бытующее представление о том, что паллиативная помощь уместна лишь в течение нескольких последних недель жизни больного – когда другие методы лечения уже не приносят пользы. Однако в реальной жизни больные и их близкие сталкиваются с различными проблемами и нуждаются в помощи значительно раньше, а иногда с момента постановки фатального диагноза, а не только непосредственно перед наступлением смертельного исхода.

Принцип оказания паллиативной помощи только на финальном отрезке жизни не подходит для тех часто возникающих ситуаций, когда больные нуждаются в паллиативной помощи сразу же после постановки диагноза, несмотря на то, что им параллельно и до конца жизни проводят лечение, направленное против развития основного заболевания. Новые воззрения на применения паллиативной помощи более тесно привязывают ее к известным закономерностям течения тех или иных видов заболеваний.

При организации системы паллиативной помощи необходимо учитывать, что важнейшим условием для эффективной работы учреждений и бригад, оказывающих паллиативную помощь, является тщательный отбор квалифицированного персонала из опытных специалистов и постоянный процесс обучения. Паллиативная помощь требует больших затрат времени, а также душевных сил, поэтому важно иметь достаточное количество медицинского и немедицинского

персонала. Мировой и отечественный опыт показывает, что минимальные требования, предъявляемые врачам системы паллиативной медицинской помощи, должны включать:

- знание современного комплекса методов лечения боли и облегчения патологических симптомов;
- умение решать комплексные психосоциальные проблемы неизлечимых больных и их родственников;
- способность учитывать культурные и этнические особенности пациентов при оказании им паллиативной помощи;
- проявление внимания к духовным запросам терминальных пациентов;
- обладание навыками общения с неизлечимыми пациентами;
- знание этических проблем паллиативной помощи;
- умение оказать помощь людям, перенёсшим потерю близких людей;
- владение навыками коллективной работы в комплексной бригаде паллиативной помощи.

Минимальные требования к среднему медицинскому персоналу, оказывающему паллиативную помощь, включают всё перечисленное, но с меньшим акцентом на фармакологические методы лечения патологических симптомов. Медицинские сестры более подробно изучают разделы, касающиеся ухода и наблюдения за состоянием пациента, а также ведение соответствующей документации.

Таким образом, поддержание максимально возможного качества жизни пациента — ключевой момент при определении сущности паллиативной медицины, ориентированной на лечение больного, а не поразившей его болезни. Паллиативная помощь подразумевает положительное влияние на различные аспекты, составляющие жизнь неизлечимо больного человека, — медицинские, психологические, социальные, культурные и духовные. Целостный подход, объединяющий эти аспекты, — признак высококачественной и правильно организованной паллиативной медицинской помощи.

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы

Реализация Подпрограммы осуществляется в соответствии с целями и задачами определенными:

Концепцией долгосрочного социально экономического развития задачами которой являются повышение эффективности системы организации медицинской помощи, в том числе обеспечение доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех ее этапах, развитие системы оказания первичной медико–санитарной помощи и повышение роли профилактического лечения лиц, состоящих в группе риска по социально значимым заболеваниям, совершенствование службы скорой медицинской помощи и развитие санитарно–авиационной скорой медицинской помощи с оптимизацией сроков ее оказания и использованием эффективных методов лечения на догоспитальном этапе, оптимизация стационарной помощи, оказываемой населению на основе интенсификации занятости койки с учетом ее профиля, разработка и реализация мер по сокращению потерь трудоспособного населения путем снижения смертности от управляемых причин;

Перечнем проектов по реализации основных направлений деятельности Правительства Российской Федерации до 2012 года, основными из которых являются укрепление здоровья, создание условий для роста численности населения, увеличение продолжительности и качества жизни;

Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, направленной на увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня

смертности, рост рождаемости, сохранение и укрепление здоровья населения и улучшение на этой основе демографической ситуации в стране.

Цели, задачи и показатели (индикаторы) достижения целей и решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов Подпрограммы, сроков и контрольных этапов реализации Подпрограммы

Ожидаемым результатом Подпрограммы является формирование полноценной инфраструктуры для оказания паллиативной помощи взрослым и детям.

Целью паллиативной помощи пациентам с поздними стадиями активного прогрессирующего заболевания и небольшой предполагаемой продолжительностью жизни является максимальное повышение качества жизни, а именно: адекватное обезболивание и купирование других физических симптомов, психологическая поддержка больного и ухаживающих родственников, выработка отношения к смерти как к нормальному этапу жизни человека, удовлетворение моральных потребностей больного и его близких, решение вопросов медицинской биоэтики. Задачей паллиативной помощи является решение физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания. Подпрограмма реализуется в 1 этап: 2013 – 2020 годы.

Мероприятие 6.1. Оказание паллиативной помощи взрослым

Анализ лечения больных с фатальным исходом показал, что стационарную симптоматическую терапию (после выписки из специализированных учреждений) в общесоматических стационарах получала незначительная часть пациентов. Основная масса больных лечилась амбулаторно, в основном, наркотическими анальгетиками, которые бессистемно назначались участковыми терапевтами и хирургами. Такие больные выпадают из поля зрения специалистов, которые могли бы облегчить их страдания, уменьшить тяжесть течения отдельных расстройств здоровья современными, достаточно простыми медицинскими пособиями.

Часто таким больным требуется купирование выраженного болевого синдрома, психотерапевтическая и лекарственная коррекция. То есть существует значительная разница между тем, что больные могли бы получать, и тем, что они получают в действительности. Все эти факторы значительно усугубляют обстановку в семьях пациентов.

В рамках Программы планируется применить комплексный подход к решению этой проблемы с участием квалифицированного медицинского персонала и достаточным медико-психологическим обеспечением.

Паллиативная медицинская помощь больным с неизлечимыми заболеваниями должна оказываться в плановом порядке преимущественно по месту жительства граждан в следующих условиях:

- а) амбулаторно (в том числе на дому при вызове медицинского работника кабинета паллиативной помощи или выездной патронажной бригады паллиативной помощи);
- б) стационарно: отделение (центр) паллиативной помощи

Создание отделений паллиативной медицины является оптимальным вариантом организации паллиативной медицинской помощи больным с онкологическими или другими социально значимыми заболеваниями, поскольку, являясь структурным подразделением учреждения, отделение получает широкую возможность использования диагностической и клинической базы учреждения, проведения специальных методов поддерживающего лечения и

реабилитационных мероприятий. При этом достигается решение как чисто медицинской задачи – более адекватного лечения больного, так и изменение его социального статуса.

Основные задачи таких отделений и учреждений – создание оптимальных условий для больных и оказание им паллиативной помощи. Важным разделом работы данных структур является также реабилитация больных после проведенного лечения.

Основными направлениями деятельности учреждений паллиативной медицинской помощи является организация паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, создание и развитие выездной службы паллиативной помощи больным, оказание паллиативной помощи на дому, отработка моделей оптимальной организации поддерживающей помощи на всех этапах ее оказания.

Важным разделом деятельности учреждений и отделений паллиативной медицинской помощи является проведение комплекса мероприятий по реабилитации пролеченных больных – ликвидация последствий лечения, например, после операционных вмешательств, лучевой и химиотерапии.

Материально–техническая и ресурсная база данных подразделений отличается от общесоматических стационаров и не требует широкого перечня диагностического и лечебного оборудования. При этом развитие медико–социальной реабилитационной базы должно быть на самом высоком уровне, так как именно в оказании медико–социальной реабилитации и заключается главная функция подразделений паллиативной медицинской помощи.

Помимо развития сети стационарных отделений паллиативной помощи для пациентов необходимо обеспечить доступность амбулаторных форм паллиативной помощи.

Если принять во внимание тот факт, что большинство больных хотели бы провести остаток своей жизни и умереть дома (от 80 до 90 % опрошенных в разных странах, в том числе в России), то оказание помощи в домашних условиях было бы наиболее целесообразно.

Помощь на дому должна осуществляться специалистами выездной службы, организованной как структурное подразделение учреждения, оказывающего стационарную паллиативную медицинскую помощь. Данные бригады также могут оказывать паллиативную медицинскую помощь больным, находящимся на лечении в других стационарах, а также амбулаторно. Выездная служба оказания паллиативной помощи должна быть создана на базе отделения паллиативной медицины.

Для удовлетворения потребностей больного в комплексном уходе и различных видах помощи необходимо привлечение различных специалистов как медицинских, так и немедицинских специальностей. Поэтому бригада должна состоять из врачей, медицинских сестер, имеющих соответствующую подготовку, психолога и социального работника. Другие специалисты могут привлекаться к оказанию помощи по мере необходимости. Данные бригады должны использовать также помощь родственников и волонтеров.

В рамках реализации мероприятия планируется:

подготовить нормативные правовые акты, определяющие порядок и правила оказания паллиативной помощи;

в каждом субъекте Российской Федерации создать учреждения (отделения, койки) паллиативной помощи, из расчета 100 коек на 1 000 000 взрослого населения (всего 14 200 коек), обеспечить их оборудованием, средствами обслуживания и ухода, специализированным автотранспортом, организовать выездную службу;

разработать программу подготовки кадров для работников, оказывающих паллиативную помощь;

обеспечить укомплектование указанных коек квалифицированными медицинскими работниками, психологами, социальными работниками.

Таким образом, ожидаемым результатом реализации мероприятия будет создание эффективной службы паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам, повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников, адекватный контроль хронической боли и других тягостных симптомов.

Мероприятие 6.2. Оказание паллиативной помощи детям

Несмотря на совершенствование оказания медицинской помощи детям, к сожалению, в ряде случаев медицина бессильна излечить тяжело больного ребенка и сохранить ему жизнь. Для таких пациентов и членов их семей во всем мире развивается паллиативная помощь.

Главная задача данного вида помощи – избавление пациента от боли и других тягостных проявлений болезни, а также психологическая, социальная и духовная поддержка пациента и членов семьи. Целью внедрения паллиативной помощи является улучшение качества жизни пациентов и их близких.

Оказание паллиативной помощи детям – очень молодая отрасль медицины. Выделение паллиативной помощи детям в самостоятельное направление произошло с 90–х годов 20–го века.

В России первые учреждения, оказывающие паллиативную помощь детям, появились во второй половине 90–х годов.

До последнего времени в России функционировало только 7 учреждений, оказывающих специализированную паллиативную помощь детям.

Вместе с тем, имеется высокая потребность в развитии данного вида помощи детям во всех регионах России.

Впервые в стране в рамках региональных программ модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы запланировано развитие паллиативной помощи детям практически во всех регионах.

Вместе с тем, несмотря на необходимость более широкого внедрения данного вида помощи детям, что продиктовано социальной незащищенностью нуждающихся в паллиативной помощи пациентов и их семей в силу тяжести течения заболеваний, развитие сети учреждений для оказания паллиативной помощи детям тормозилось в связи с отсутствием законодательного закреплённого понятия паллиативной помощи.

Нововведением Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является введение определения паллиативной помощи, урегулирование вопросов организации медицинских мероприятий по паллиативной помощи, закрепление гарантий оказания паллиативной помощи в объеме и на условиях, установленных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, а также за счет безвозмездных поступлений от физических и юридических лиц.

Однако введение понятия паллиативной помощи не решает в полной мере вопросов нормативно–правового регулирования оказания данного вида помощи для детей.

Для развития паллиативной помощи детям планируется:

подготовить нормативные правовые акты, определяющие порядок и правила оказания паллиативной помощи детям;

в каждом субъекте Российской Федерации создать учреждения (отделения, койки) паллиативной помощи детям, из расчета не менее 2 коек на 100 000 детского населения, (всего 500–520 коек), обеспечить их оборудованием, средствами обслуживания и ухода, специализированным автотранспортом, организовать выездную службу;

обеспечить укомплектование указанных коек квалифицированными медицинскими работниками, психологами, социальными работниками;

разработать программу подготовки кадров для работников паллиативной помощи.

Кроме того, для совершенствования оказания данного вида помощи детям и их семьям планируется разработка и внедрение новых технологий.

Характеристика мер государственного регулирования

Меры государственного регулирования в рамках данной Подпрограммы не применяются.

Прогноз сводных показателей государственных заданий по этапам реализации Подпрограммы (при оказании федеральными государственными учреждениями государственных услуг (работ) в рамках Подпрограммы)

Доведение государственных заданий не предполагается.

Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации.

Субъекты Российской Федерации принимают совместное участие с Российской Федерацией в мероприятиях, реализуемых в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации.

Развитие данного вида помощи детям будет осуществляться, как на уровне медицинских организаций субъектов Российской Федерации, так и на базе федеральных учреждений, оказывающих помощь детям.

Участие субъектов Российской Федерации в Подпрограмме отражено в таблице 7.

Информация об участии государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации Подпрограммы

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 7.

Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы

Финансирование мероприятий Подпрограммы планируется осуществлять за счет средств федерального бюджета, а также средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы

Риски, которые могут возникнуть в ходе реализации Подпрограммы, и меры по управлению ими соответствуют описанным в разделе «Анализ рисков реализации государственной Программы» Государственной программы «Развитие здравоохранения».

Подпрограмма 7 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»
Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Минздрав России
Соисполнители Подпрограммы	ФМБА России
Участники Подпрограммы	Российская академия наук; Минобороны России.
Перечень основных мероприятий Подпрограммы	Мероприятие 7.1. Повышение квалификации и переподготовка медицинских и фармацевтических работников. Мероприятие 7.2. Повышение престижа медицинских специальностей. Мероприятие 7.3. Социальная поддержка отдельных категорий медицинских работников. Мероприятие 7.4. Развитие сети обучающих симуляционных центров. Мероприятие 7.5. Разработка профессиональных стандартов.
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	Приоритетный национальный проект "Здоровье" (до 2015 г.)
Цели Подпрограммы	Обеспечения системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами.
Задачи Подпрограммы	Уменьшение дисбаланса в распределении медицинских кадров в трехуровневой системе оказания медицинской помощи. Совершенствование системы практической подготовки медицинских и фармацевтических работников. Улучшение качества жизни медицинских и фармацевтических работников и их семей, снижение оттока кадров из отрасли. Разработка и внедрение аккредитации медицинских и фармацевтических специалистов. Повышение престижа профессии. Создание положительного образа медицинского и фармацевтического работника в общественном сознании. Формирование единых подходов к определению уровня квалификации и набора компетенций медицинских и фармацевтических специалистов, необходимых для занятия профессиональной деятельностью.
Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы	Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в образовательных учреждениях дополнительного профессионального образования; количество подготовленных специалистов по программам послевузовского медицинского и фармацевтического образования в образовательных учреждениях дополнительного профессионального образования; количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в образовательных учреждениях высшего профессионального образования; количество подготовленных специалистов по программам дополнительного

	<p>медицинского и фармацевтического образования в федеральных государственных образовательных учреждениях среднего профессионального образования;</p> <p>доля специалистов из числа административного персонала организаций здравоохранения, прошедших повышение квалификации;</p> <p>количество созданных обучающих симуляционных центров;</p> <p>количество обучающихся, прошедших подготовку в обучающих симуляционных центрах;</p> <p>доля медицинских и фармацевтических специалистов, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд соответствующего субъекта Российской Федерации, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации системы здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации;</p> <p>доля аккредитованных специалистов;</p> <p>количество разработанных профессиональных стандартов.</p>
<p>Этапы и сроки реализации Подпрограммы</p>	<p>Подпрограмма реализуется в один этап с 2013 по 2020 годы.</p>
<p>Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. руб.</p>	<p>2013 г. – 5 172 609,90 тыс. руб. 2014 г. – 3 750 741,40 тыс. руб. 2015 г. – 1 598 430,20 тыс. руб. 2016-2020 годы*</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы</p>	<p>Увеличение количества подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в образовательных учреждениях дополнительного профессионального образования до 46600 человек;</p> <p>увеличение количества подготовленных специалистов по программам послевузовского медицинского и фармацевтического образования в образовательных учреждениях дополнительного профессионального образования до 1450 человек;</p> <p>увеличение количества подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в образовательных учреждениях высшего профессионального образования до 166 000 человек;</p> <p>увеличение количества подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в федеральных государственных образовательных учреждениях среднего профессионального образования до 610 человек;</p> <p>поддержание доли специалистов из числа административного персонала организаций здравоохранения, прошедших повышение квалификации на уровне 20%;</p> <p>создание обучающих симуляционных центров – 80 единиц;</p> <p>увеличения количества обучающихся, прошедших подготовку в обучающих симуляционных центрах до 300 000 человек;</p> <p>увеличение доли медицинских и фармацевтических специалистов, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд соответствующего субъекта Российской Федерации, трудоустроившихся после завершения</p>

	<p>обучения в медицинские или фармацевтические организации системы здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации до 98%;</p> <p>увеличение доли аккредитованных специалистов до 80%;</p> <p>количество разработанных профессиональных стандартов – 104 единицы.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

Модернизация здравоохранения, целью которой является создание условий для равного доступа каждого россиянина к качественной медицинской помощи и фармацевтическим услугам, основана на проведении эффективной кадровой политики, включающей оптимальное распределение трудовых ресурсов в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи населению Российской Федерации, и построении современной системы непрерывного профессионального образования посредством совершенствования организации и проведения профессиональной подготовки, повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников.

В настоящее время наблюдается ряд существенных проблем в кадровом обеспечении системы здравоохранения.

1. Общий дефицит специалистов со средним и высшим медицинским образованием по определенным медицинским профилям.

Уровень обеспеченности населения врачебными кадрами по стране после положительной динамики до 2009 года (2000 г. – 42,2 на 10 тысяч населения, 2009 г. – 44,1 на 10 тысяч населения) снизился до 44,0 на 10 тысяч населения в 2011 году.

Уровень обеспеченности населения средними медицинскими работниками постоянно снижается и составил в 2011 году 92,4 на 10 тысяч населения (2000 г. – 96,9).

При этом в субъектах Российской Федерации отклонения от средних величин показателей обеспеченности врачами и средними медицинскими работниками составляют 2–3-кратную разницу. Асимметрия показателей обеспеченности медицинскими кадрами в субъектах Российской Федерации, разнонаправленность имеющихся тенденций не могут обеспечить равенство в доступности и качестве медицинской помощи для всех категорий населения Российской Федерации

Следует отметить, что обеспеченность врачами на 10 тысяч населения в зарубежных странах составляет: Франция – 37,0; Германия – 35,0; Дания – 32,0; Испания – 38,0; Нидерланды – 39,0; страны ОЭСР – 31,0. Однако в соответствии с международными требованиями показатель обеспеченности врачами рассчитывается, исходя из фактической численности врачей клинических специальностей, то есть, в международный показатель обеспеченности врачами не включаются врачи – стоматологи, провизоры и клинические фармакологи, врачи диагностических специальностей (врачи клинической лабораторной диагностики, рентгенологи, радиологи, патологоанатомы, эндоскописты, врачи по ультразвуковой и функциональной диагностике, судебно-медицинские эксперты); врачи санитарно-эпидемиологических служб и медико-санитарной помощи; организаторы здравоохранения.

Показатель обеспеченности врачами клинических специальностей на 10 тысяч населения в 2011 году в Российской Федерации составил 29,2. Численность врачей клинических специальностей в Российской Федерации – 412 854 человек, прочих врачей – 179 569 человек.

В настоящее время дефицит врачей в Российской Федерации составляет 148 203 человека. Численность средних медицинских работников в Российской Федерации – 1 320 020 человек.

В настоящее время дефицит средних медицинских работников в Российской Федерации составляет 982 768 человека.

Дефицит медицинских работников, как врачей, так и средних медицинских работников, отмечен во всех типах медицинских организаций и на всех его уровнях, при этом в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, он отмечается практически в каждом субъекте Российской Федерации.

Наиболее выражена потребность в таких специалистах, как врачи скорой медицинской помощи, врачи клинической лабораторной диагностики, анестезиологи–реаниматологи, фтизиатры, неонатологи, психиатры, психиатры–наркологи.

Кроме того, по оценке органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, доля медицинских работников, продолжающих трудиться после назначения пенсии (независимо от ее вида), составляет 12 %, а с учетом лиц «предпенсионного» возраста доходит до 25–30 %, что свидетельствует об имеющейся тенденции старения кадрового потенциала отрасли.

2. Дисбаланс в распределении медицинских кадров в трехуровневой системе оказания медицинской помощи с нарастающим дефицитом кадров в первичном звене здравоохранения.

Нехватку кадровых ресурсов испытывают, в первую очередь, медицинские организации, оказывающие амбулаторно–поликлиническую и скорую медицинскую помощь.

При этом в настоящее время дефицит врачей в амбулаторно–поликлинических учреждениях составляет 149 555 человек, в условиях наличия их профицита в стационарах – 1 352 человека.

3. Недостаточный уровень качества подготовки и квалификации медицинских и фармацевтических работников.

В настоящее время отмечается устаревание программ подготовки по медицинским и фармацевтическим специальностям послевузовского и дополнительного профессионального образования, требующих пересмотра, в том числе, с учетом федеральных государственных образовательных стандартов среднего и высшего профессионального образования третьего поколения, а также на основе анализа программ подготовки ведущих мировых образовательных центров.

Существующие программы подготовки медицинских и фармацевтических работников, реализуемые с учетом требований государственных образовательных стандартов среднего и высшего профессионального образования второго поколения, имеют недостаточный объем практической подготовки обучающихся, что существенно снижает уровень квалификации и объем компетенций молодого специалиста.

Кроме того, необходимо отметить снижение профессионального уровня педагогических кадров, обеспечивающих подготовку медицинских и фармацевтических работников, в части владения передовыми методами и технологиями не только преподавания, но и осуществления медицинской или фармацевтической деятельности.

Российская высшая школа с развитой инфраструктурой, высоким педагогическим и научным потенциалом, многолетними традициями подготовки врачей не соответствует развитию запросов общества и государства в условиях динамично развивающегося рынка медицинских и фармацевтических услуг. Снижение качества выпускаемых специалистов, консерватизм в применении современных образовательных технологий, медленное внедрение в учебный процесс знаний по ряду быстро развивающихся медицинской техники и технологий оказывают

непосредственное воздействие на обеспечение развития здравоохранения, включая повышение уровня обеспеченности населения качественными медицинской помощью и фармацевтическими услугами.

За счет увеличения доли практической подготовки в процессе обучения, а также развития существующих в государственных образовательных организациях, реализующих образовательные программы медицинского и фармацевтического образования, клинических структурных подразделений и формирования новой инфраструктуры практической подготовки медицинских и фармацевтических работников, включая создание обучающих симуляционных центров, будет обеспечено существенное повышение качества подготовки медицинских и фармацевтических работников.

Одновременно, запланированы мероприятия по оптимизации сети подведомственных Минздраву России образовательных учреждений посредством оценки эффективности их деятельности с целью определения ведущих образовательных учреждений (не более 10), интегрирующих передовые научные исследования и образовательные программы, и реорганизации в форме присоединения к указанным учреждениям в качестве обособленных структурных подразделений, реализующих исключительно программы дополнительного профессионального образования, неэффективно работающих образовательных учреждений. Проведение указанной работы планируется завершить до 2014 года.

Реализация образовательных инноваций потребует разработки качественно новой процедуры определения готовности лица, получившего медицинское или фармацевтическое образование, к практической работе в соответствии с утвержденными стандартами и порядками оказания медицинской помощи – аккредитации специалиста.

В отличие от действующей в настоящее время системы сертификации, аккредитация будет являться системой допуска к конкретным видам медицинской или фармацевтической деятельности.

Аккредитация специалистов будет осуществляться на основе приобретаемых в ходе обучения компетенций. Перечень допусков к видам медицинской и фармацевтической деятельности будет расширяться поэтапно по мере совершенствования профессиональных знаний, умений и навыков специалиста, в том числе посредством обучения по программам послевузовского и дополнительного профессионального образования, ведения активной научной деятельности.

При этом уже после первой процедуры аккредитации по специальности, проведение которой будет осуществляться по завершении подготовки по программам среднего и высшего профессионального образования, медицинский или фармацевтический работник сможет самостоятельно приступить к практической деятельности.

Особенно важно, что внедрение системы расширения перечня персональных профессиональных допусков непосредственно позволит реализовать стратегию непрерывного профессионального образования не только в области совершенствования теоретических знаний, но и практических навыков и умений, что обеспечит подготовку творчески мыслящего и конкурентоспособного специалиста.

В рамках данной Подпрограммы планируется разработка процедуры аккредитации специалистов и ее реализация с 2017 года. Полный охват аккредитацией специалистов, работающих в отрасли, планируется завершить к 2022 году.

Данное мероприятие неразрывно связано с разработкой профессиональных стандартов. Установление конкретного уровня квалификаций и набора компетенций, необходимых для занятия медицинскими и фармацевтическими работниками профессиональной деятельностью,

позволит сформировать на территории Российской Федерации единые подходы к определению готовности специалиста к занятию соответствующей должности медицинского или фармацевтического работника.

Разработка профессиональных стандартов для медицинских и фармацевтических работников будет осуществляться в соответствии с Планом мероприятий по данному направлению Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

Реализация мероприятий Подпрограммы, а также мероприятия «Обеспечение здравоохранения квалифицированным персоналом» подпрограммы 1 «Развитие профессионального образования» государственной программы «Развитие образования» позволит существенно повысить качество профессионального образования медицинских и фармацевтических работников, включая создание системы непрерывного профессионального образования с высокой долей практической подготовки, соответствующей современным потребностям практического здравоохранения, совершенствование системы определения степени готовности медицинского или фармацевтического работника к осуществлению профессиональной деятельности.

4. Недостаточный уровень соотношения врачей и средних медицинских работников, а именно: существенный недостаток специалистов со средним профессиональным образованием.

Снижение в Российской Федерации на протяжении ряда лет численности медицинских работников со средним медицинским образованием привело к усугублению диспропорции в соотношении врачей и средних медицинских работников.

В 2011 году соотношение составило 1:2,12, в то время как рекомендуемое Всемирной организацией здравоохранения соотношение врач/средний медицинский работник должно составлять 1:4.

В настоящее время дефицит средних медицинских работников в медицинских организациях Российской Федерации составляет 982 768 человек (с учетом нормативов обеспеченности врачами и средними медицинскими работниками, утвержденными распоряжением Правительства Российской Федерации от 3 июля 1996 г. № 1063-р «О социальных нормативах и нормах»).

Сокращение дефицита средних медицинских работников, в том числе, планируется осуществить посредством развития соответствующей подготовки на базе высших учебных заведений, среднегодовая численность обучающихся в которых в период с 2013 по 2015 гг. будет составлять свыше 7 тысяч специалистов.

Кроме того, нахождение большей части образовательных учреждений, осуществляющих подготовку специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием, в ведении субъектов Российской Федерации требует принятия региональных программ развития среднего медицинского и фармацевтического образования и разработки мер социальной поддержки данной категории специалистов.

5. Снижение престижа профессии, смена профиля деятельности, недостаточный уровень мер социальной поддержки специалистов отрасли, отсутствие эффективных инструментов закрепления молодых специалистов в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, низкую мотивацию к работе в отдельных направлениях отрасли (в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в сельских населенных пунктах, в медицинских организациях социально-значимого профиля (противотуберкулезных), на специальностях с вредными условиями труда (лучевая диагностика)).

Так, по данным Росстата среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников бюджетных учреждений в сфере здравоохранения и предоставления социальных

услуг за январь–март 2012 г. в Российской Федерации составила 17 933,5 рубля, или 73,5 % заработной платы по экономике Российской Федерации за соответствующий период. При этом среднемесячная заработная плата работников в учреждениях здравоохранения муниципальной формы собственности (45,7 % от общего числа занятых в здравоохранении по итогам 2010 года) составила всего 14 689 рублей (62,7 % от средней заработной платы по Российской Федерации).

За период с 2000 до 2010 гг. доля работников здравоохранения в возрасте до 45 лет от общего числа занятых в здравоохранении сократилась с 65,5 % до 53,7 %; доля врачей медико–профилактических специальностей снизилась с 27,8 % до 17,8 %.

Отмечается существенное ухудшение социального статуса медицинских работников, в том числе связанное с низкой заработной платой, отсутствием или низким уровнем предоставляемых мер социальной поддержки работников и членов их семей, преобладающим в обществе мнением о низком качестве медицинской помощи и фармацевтических услуг, в первую очередь, из–за недостаточной квалификации работников здравоохранения.

Требует особого внимания организация работы по формированию мотивации молодых специалистов к осуществлению профессиональной деятельности в государственной системе здравоохранения и постоянному профессиональному совершенствованию.

Кроме того, обязательным условием эффективного функционирования системы здравоохранения на всей территории Российской Федерации является региональное закрепление подготовленных кадров на рабочих местах с учетом потребности органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в конкретных специалистах и обеспечение их социального статуса и благополучия.

В настоящее время отмечается низкий процент выпускников, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд систем здравоохранения субъектов Российской Федерации, трудоустроившихся по полученной специальности на территории и по направлению субъекта Российской Федерации, являвшегося заказчиком подготовки (в среднем по Российской Федерации – до 70 %, в ряде субъектов Российской Федерации данный показатель составляет ниже 50 %).

Данный факт обуславливается отсутствием заинтересованности молодых специалистов в предлагаемом субъектами Российской Федерации трудоустройстве, в том числе, в связи с недостаточным уровнем заработной платы, социального обеспечения, отсутствием в ряде регионов мер по решению жилищных проблем специалистов, привлекаемых для работы в медицинских организациях на селе.

Кроме того, недостаточной является организация работы субъектов Российской Федерации по закреплению на местах медицинских и фармацевтических работников, проходивших обучение по целевому заказу данных субъектов Российской Федерации, посредством установления в заключаемом договоре о целевом обучении ответственности выпускников за отказ от трудоустройства в соответствии с направлением субъекта Российской Федерации.

В связи с чем, в рамках реализации Подпрограммы планируется формирование субъектами Российской Федерации региональных программ по кадровому обеспечению здравоохранения, направленных на привлечение молодых специалистов в отрасль, в первую очередь, имея в виду выпускников, подготовка которых осуществлялась в рамках целевого обучения, и сохранение имеющегося кадрового потенциала за счет повышения престижа профессии и мотиваций для занятия профессиональной деятельностью.

Наряду с указанными мероприятиями по насыщению системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами, обеспечению привлечения молодых специалистов

в отрасль и сохранению имеющихся кадров, возрастает необходимость повышения престижа медицинской профессии.

Одним из важных аспектов престижа профессии является адекватная оценка обществом, государством роли и труда медицинских работников – в частности отражающаяся через уровень заработной платы.

Мероприятиями Подпрограммы предусмотрено поэтапное повышение заработной платы к 2018 году врачей и работников медицинских организаций, имеющих медицинское и иное высшее образование до 200 % средней заработной платы в соответствующем регионе, среднего медицинского (фармацевтического) персонала и младшего медицинского (фармацевтического) персонала – до 100 % средней заработной платы в соответствующем регионе.

Вместе с тем, существенное влияние на уровень заработной платы медицинского персонала, непосредственно участвующего в оказании медицинской помощи, оказывает многочисленный штат руководителей в здравоохранении, уровень заработной платы которых имеет значительный отрыв от уровня заработной платы рядовых сотрудников медицинских организаций.

Численность руководящего состава в государственных организациях здравоохранения необходимо привести в оптимальное соответствие с реальными потребностями отрасли, расширив профессиональные возможности и уровень полномочий руководителей без увеличения их штатной численности, создать условия для их эффективной профессиональной служебной деятельности, в том числе посредством проведения повышения квалификации сотрудников администраций медицинских организаций в области управления здравоохранением, включая вопросы работы с персоналом и правового регулирования деятельности медицинских организаций.

Одновременно с мероприятиями по повышению уровня материальной обеспеченности работников отрасли планируется продолжить просветительскую работу в сфере позиционирования высокого социального статуса работников здравоохранения, формирующих основу российского общества, ориентированного на непосредственное участие в обеспечении функционирования и развитии государства за счет достижения и сохранения постоянного высокого качества своей профессиональной деятельности.

Сохранится практика проведения ежегодных конкурсов среди молодых врачей, ведущих специалистов в разных областях здравоохранения, медицинских организаций, позволяющих оценить наиболее значимые достижения и выявить перспективные проекты.

Координация действий Минздрава России, Минобрнауки России, ФМБА России, РАМН, Московского государственной университета имени М.В.Ломоносова, Санкт-Петербургского государственного университета, субъектов Российской Федерации, образовательных и научных организаций, реализующих программы подготовки медицинских и фармацевтических работников, создание саморазвивающейся системы образовательно-производственного континуума, своевременное внедрение всех запланированных этапов развития кадровой политики, медицинского и фармацевтического образования являются необходимыми условиями и основой для инновационного поступательного совершенствования системы здравоохранения и обеспечения населения Российской Федерации доступными и качественными медицинской помощью и фармацевтическими услугами.

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы, цели, задачи и показатели (индикаторы) достижения целей и решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов Подпрограммы, сроков и контрольных этапов реализации Подпрограммы

В соответствии с Концепцией долгосрочного экономического развития Российской Федерации одним из приоритетных направлений является развитие человеческого потенциала России.

Немалая роль в решении этой задачи принадлежит системе здравоохранения.

Одним из гарантов этого процесса является эффективная система кадрового обеспечения отрасли, строящаяся на основе организации непрерывного профессионального образования с учетом профессиональных стандартов, внедрения передовых технологий, не только в профессиональную деятельность, но и в образовательный процесс, разработки стандартов подготовки руководящих кадров в системе здравоохранения, а также совершенствование системы повышения мотивации к качественному труду.

Вместе с тем, существующие финансово–экономические механизмы, организационно–правовые формы и структура системы здравоохранения пока не обеспечивают необходимые доступность и качество медицинской помощи, особенно для населения малых городов и сельской местности, снижают эффективность управления ресурсами и сдерживают структурные изменения в отрасли.

В настоящее время одним из приоритетов направления деятельности Правительства Российской Федерации является повышение социального статуса работников здравоохранения, включая увеличение размера заработной платы, расширения пакета мер социальной поддержки.

Данные мероприятия напрямую взаимосвязаны с действиями Правительства Российской Федерации по повышению качества профессиональной подготовки медицинских и фармацевтических работников за счет развития системы практической подготовки, обеспечивающей освоение обучающимися современных медицинских и фармацевтических технологий, увеличение объема приобретаемых знаний и умений, с целью повышения качества их профессиональной деятельности.

Мероприятие 7.1 Повышение квалификации и переподготовка медицинских и фармацевтических работников

Реализация мероприятия направлена на обеспечение совершенствования профессиональных знаний, умений и навыков медицинскими и фармацевтическими работниками с целью повышения качества оказываемой медицинской помощи и предоставляемых фармацевтических услуг.

Повышение квалификации и профессиональная переподготовка медицинских и фармацевтических работников будут организованы на базе государственных образовательных учреждений, реализующих образовательные программы дополнительного медицинского и фармацевтического образования, в рамках соответствующего государственного задания на оказание государственных услуг по реализации программ дополнительного профессионального образования.

Ежегодный объем указанного государственного задания подведомственным Минздраву России образовательным учреждениям среднего, высшего и дополнительного профессионального образования составит до 213 тысяч человек.

Кроме того, образовательными учреждениями Федерального медико–биологического агентства 6 476 человек.

Также, будет организована подготовка медицинских и фармацевтических работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием на базе образовательных учреждений

среднего профессионального образования, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации.

Общий объем финансирования данного мероприятия составит до 2015 года включительно 3 603 572,4 тысячи рублей, без учета средств федерального бюджета, предусмотренных на реализацию программ дополнительного профессионального образования медицинских и фармацевтических работников образовательными учреждениями Минобрнауки России, ФМБА России, содержащихся в ресурсном обеспечении государственной программы «Развитие образования», и субъектов Российской Федерации, необходимых для реализации региональных программ кадрового обеспечения здравоохранения.

Данные ежегодные объемы подготовки работников здравоохранения по программам дополнительного профессионального образования, позволяют раз в 5 лет обновлять знания всех медицинских работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, в том числе 619,4 тысячи врачей и 1 320,02 средних медицинских работников.

При этом, начиная с 2013 года, Минздравом России будет организована разработка типовых программ дополнительного профессионального образования по 96 медицинским и фармацевтическим специальностям, в том числе с учетом имеющегося опыта ведущих зарубежных образовательных организаций.

По завершении данной работы и до конца 2013 г. будет организован пересмотр имеющихся программ дополнительного профессионального образования образовательных организаций, реализующих программы подготовки медицинского и фармацевтического профиля, с целью начала подготовки по обновленным программам дополнительного профессионального образования не позднее 1 января 2014 г.

Таким образом, до конца 2019 года будет обеспечено повышение квалификации всех медицинских и фармацевтических работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, программы подготовки которого будут учитывать потребности системы здравоохранения Российской Федерации в современных знаниях, умениях и навыках медицинских и фармацевтических работников.

При этом с целью обеспечения эффективности реализации проводимых в отрасли реформ, напрямую зависящей от уровня подготовки не только рядовых работников, но и руководящих работников медицинских и фармацевтических организаций, до конца 2015 года в рамках указанных объемов государственного задания на подготовку специалистов по программам дополнительного профессионального образования будет организовано повышение квалификации административного персонала медицинских и фармацевтических организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения по вопросам совершенствования организации управления здравоохранением в условиях динамичного развития отрасли.

Указанная подготовка обеспечит овладение руководящими работниками медицинских и фармацевтических организаций современными управленческими компетенциями и технологиями в здравоохранении, что, в свою очередь, будет способствовать оптимальному использованию ресурсов, направляемых на модернизацию здравоохранения, повышению качества медицинской помощи и фармацевтических услуг.

Одновременно, учитывая начавшуюся с 2011 года подготовку медицинских и фармацевтических специалистов по федеральным государственным образовательным стандартам среднего и высшего профессионального образования третьего поколения, отличительной особенностью которых от стандартов второго поколения является увеличение в общем объеме образовательной программы доли практической подготовки, до 2017 года будут

разработаны и внедрены в процесс обучения новые образовательные программы послевузовского профессионального образования по 96 специальностям ординатуры.

Вместе с тем, степень и качество реализации указанных мероприятий будут непосредственно связаны с уровнем квалификации педагогических работников образовательных организаций, участвующих в подготовке медицинских и фармацевтических работников на всех этапах профессионального образования.

С целью обеспечения качества профессионального образования медицинских и фармацевтических работников в течение 2013–2014 гг. запланировано повышение квалификации свыше 25 000 педагогических работников государственных образовательных организаций, находящихся в ведении Минздрава России.

Мероприятие будет реализовываться с учетом целей, задач, механизмов, сроков и индикаторов эффективности реализации мероприятия «Обеспечение здравоохранения квалифицированным персоналом» подпрограммы 1. «Развитие профессионального образования» государственной программы «Развитие образования».

Мероприятие 7.2. Повышение престижа медицинских специальностей

Повышение качества оказываемых населению медицинских услуг невозможно обеспечить без наличия высококвалифицированных специалистов.

Одним из направлений реализации мероприятия по повышению престижа медицинской профессии являются конкурсы «Лучший по профессии». Наряду с проведением конкурса «Лучший врач года» планируется проведение, начиная с 2013 года, конкурса лучшего среднего медицинского работника, а с 2014 года – конкурса на лучшего преподавателя образовательного учреждения высшего и среднего профессионального образования, реализующего образовательные программы медицинского и фармацевтического образования.

Вместе с тем, одним из основных компонентов реформирования отраслей бюджетной сферы (включая здравоохранение) является оплата труда, которая рассматривается в современных условиях как эффективный инструмент управления персоналом в целях повышения качества профессиональной деятельности.

Основной причиной оттока высококвалифицированных специалистов из медицинских организаций государственной системы здравоохранения, а также нежелания выпускников с медицинским образованием работать по специальности и, как следствие, снижение объемов и качества оказания населению медицинской помощи является низкий уровень заработной платы в государственных медицинских организациях.

В отдельных субъектах Российской Федерации среднемесячная номинальная начисленная заработная плата врачей за 2011 год была ниже заработной платы по экономике соответствующего региона (в Тюменской области – 72,4 %, в Республике Саха (Якутия) – 81,5 %, в Республике Северная Осетия–Алания – 94,6 %, в Санкт – Петербурге – 96,1 %, в Рязанской области – 98,5 %).

Среднемесячная заработная плата среднего медицинского персонала в большинстве субъектов Российской Федерации не превышает 50–60 % средней заработной платы в соответствующем регионе.

В целях сохранения кадрового потенциала, повышения престижа медицинской профессии, ликвидации оттока медицинских кадров в учреждения негосударственных форм собственности необходимо обеспечить медицинских работников государственных медицинских организаций конкурентным уровнем заработной платы.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» Правительству Российской Федерации поручено обеспечить:

повышение к 2018 году средней заработной платы врачей, работников медицинских организаций, имеющих высшее фармацевтическое или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) до 200 процентов средней заработной платы в соответствующем регионе;

повышение к 2018 году средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала до 100 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе;

повышение к 2018 году средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) до 100 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе.

Реализация данного направления программы будет осуществляться на федеральном и региональном уровнях.

На региональном уровне повышение заработной платы медицинским работникам государственных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений предусмотрено в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения.

Внутреннего резерва части тарифа обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), расходующегося на оплату труда, при дальнейшей реализации программ модернизации ориентировочно достаточно, чтобы сохранить необходимые темпы роста заработной платы до 2015 года включительно.

В дальнейшем для достижения необходимого целевого ориентира к 2018 году органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации необходимо производить ежегодную индексацию заработной платы медицинских работников государственных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений в целях сохранения необходимых темпов роста заработной платы по отношению к предыдущему году (врачи: 2016 г. – 125,9 %, 2017 г. – 138,1 %, 2018 г. – 110,4 %; средний медицинский персонал: 2016 г. – 117 %, 2017 г. – 128,6 %, 2018 г. – 110,4 %; младший медицинский персонал: 2016 г. – 148,5 %, 2017 г. – 157,3 %, 2018 г. – 110,4 %).

В целях наиболее эффективной реализации данного направления необходимо сформировать обязательства органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по увеличению заработной платы работников государственных учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений здравоохранения путем заключения соглашений между регионами и федеральным центром.

В данных соглашениях следует описать поэтапное увеличение заработной платы работников государственных учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений здравоохранения.

Действующая система оплаты труда в федеральных государственных учреждениях здравоохранения предполагает самостоятельность руководителя в установлении оплаты труда, прежде всего размеров должностных окладов, работников, возглавляемого им учреждения (постановление Правительства Российской Федерации от 5 августа 2008 г. № 583).

Таким образом, на федеральном уровне стоит задача по установлению в качестве одного из критериев оценки деятельности руководителя – эффективность темпов роста заработной платы работников, возглавляемого им учреждения.

Внутреннее перераспределение субсидии федерального государственного учреждения на выполнение государственного задания, оптимизация неэффективных структур и сокращение избыточной численности работников (прежде всего из числа административно–управленческого персонала), выведение непрофильных функций учреждения на аутсорсинг – являются необходимыми и первостепенными мерами по обеспечению сбалансированности финансово–хозяйственной деятельности федеральных государственных учреждений здравоохранения и, как следствие, высвобождение дополнительных средств на повышение заработной платы медицинским работникам.

Кроме того, начиная с 2013 года в качестве оптимизационных мер предполагается увеличение доли услуг, оказываемых федеральными государственными учреждениями здравоохранения за счет средств ОМС в зависимости от типа учреждения, соответственно: в 2013 г. – от 15 до 25 %; в 2014 г. – от 20 до 30 %; в 2015 г. – от 25 до 35 %; в 2016 г. – от 30 до 40 %; в 2017 г. – от 33 до 55 %.

Общий объем финансирования данного мероприятия составит до 2015 года включительно 243 900,0 тысяч рублей, с учетом 210 600,0 тысяч рублей из средств субъектов Российской Федерации.

Вместе с тем, для установления действенных механизмов зависимости уровня оплаты труда работников медицинских организаций от объема и качества предоставляемой ими медицинской услуги (обеспечения предоставления медицинской услуги) необходимо обеспечить поэтапный перевод медицинских работников на «эффективный контракт», то есть на систему построения трудовых отношений между работодателем (государственным или муниципальным учреждением здравоохранения) и работником основанную на зависимости уровня оплаты труда работника от результативности его работы.

Мероприятие 7.3 Социальная поддержка отдельных категорий медицинских работников

С целью улучшения кадровой ситуации в отрасли здравоохранения необходимо совершенствование системы оказания мер социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников.

В 2012 году в соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326–ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования предоставляются иные межбюджетные трансферты для осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011–2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта, из расчета 1 млн. рублей на одного медицинского работника.

С учетом результатов реализации данной программы, за 2012 г. для работы в сельских учреждениях здравоохранения было привлечено – 3 900 медицинских работников, видится целесообразным рассмотрение вопроса о формировании аналогичной программы, со сроком начала реализации в 2014 году.

Вместе с тем, значительная доля ответственности за организацию и предоставление мер социальной поддержки медицинским и фармацевтическим работникам возложена на субъекты Российской Федерации.

В связи с чем, будет организовано формирование региональных программ кадрового обеспечения системы здравоохранения, содержащих механизмы привлечения молодых специалистов в отрасль и сохранения имеющегося кадрового потенциала, в том числе за счет:

- обеспечение дополнительных выплат врачам остродефицитных специальностей, врачам, трудоустроившимся в сельских учреждениях здравоохранения, врачам с вредными условиями труда, молодым специалистам (до 35 лет);
- предоставление жилых помещений, земельных участков, жилищных субсидий, субсидирование процентной ставки по кредиту на приобретение жилого помещения медицинскими и фармацевтическими работниками;
- предоставление детям отдельных категорий медицинских и фармацевтических работников права на внеочередное зачисление в дошкольные образовательные учреждения.

Реализацию данного мероприятия предлагается осуществить за счет средств субъектов Российской Федерации, как непосредственных заказчиков подготовки медицинских и фармацевтических специалистов, в том числе посредством заключения соответствующих договоров с гражданами, направляемыми на обучение по программам медицинского и фармацевтического образования, содержащими гарантии субъекта Российской Федерации по предоставлению определенного набора мер социальной поддержки.

Общий объем финансирования данного мероприятия может быть определен после утверждения субъектами Российской Федерации соответствующих региональных программ кадрового обеспечения здравоохранения.

Мероприятие 7.4. Развитие сети обучающих симуляционных центров

В современных условиях постоянно развивающихся и меняющихся высокотехнологичных методов диагностики и лечения заболеваний требуется формирование, как у студентов, так и практикующих специалистов, навыков, необходимых при работе с современным лечебно-диагностическим оборудованием, и широкое внедрение инновационных методов образования, симуляционных технологий.

В настоящее время на базе всех 44 медицинских образовательных учреждений, находящихся в ведении Минздрава России, созданы и функционируют в различной организационной форме структурные подразделения, обеспечивающие практическую подготовку обучающихся по программам среднего, высшего, послевузовского и дополнительного профессионального образования с использованием современных симуляторов и фантомов.

Количество обучающихся, ежегодно проходящих обучение в указанных структурных подразделениях, составляет до 10 % от общего числа обучающихся по программам среднего, высшего, послевузовского и дополнительного профессионального образования (до 40 тысяч человек).

Вместе с тем, деятельность данных структурных подразделений, включая объемы и виды практических навыков, осваиваемых обучающимися, напрямую зависящие от уровня их оснащенности, имеет неоднородный характер и в значительной степени неэффективна.

С целью обеспечения совершенствования системы практической подготовки в каждой государственной образовательной организации высшего и дополнительного профессионального образования, реализующей образовательные программы медицинского образования, будут созданы, в том числе, имея в виду реорганизацию существующих структурных подразделений, обучающие симуляционные центры, в том числе по профилю высокотехнологичных видов медицинской помощи (в том числе неонатология, акушерство и гинекология), с использованием новейших технологий и достижений современной медико-биологической науки и техники.

С 2016 по 2019 гг. будет создано 80 обучающих симуляционных центров (20 центров в год), представляющих собой комплекс связанных между собой и работающих по единым стандартам и технологиям обучения структурных подразделений образовательных организаций.

В этой связи, планируется определение не более 10 ведущих образовательных организаций, обучающие симуляционные центры которых будут наделены координирующими полномочиями в области подготовки определенного перечня медицинских специальностей, по которым осуществляется подготовка в соответствующем обучающем симуляционном центре.

Кроме того, будет создан единый всероссийский инновационный образовательный центр – координирующий деятельность всех обучающих симуляционных центров.

Планируемое количество обучающихся, ежегодно проходящих подготовку в запланированных к созданию обучающих симуляционных центрах, в 2016 г. составит 90 тысяч человек, в 2017 г. – 190 тысяч человек, в 2018 г. – 290 тысяч человек, в 2019 г. – 300 тысяч человек.

Развитие сети обучающих симуляционных центров позволит обеспечить:

высокий уровень практической подготовленности обучающихся, соответствующий современным потребностям практического здравоохранения;

разработку единого стандарта оснащения и обучения в центрах в сопряжении с мировыми тенденциями и практиками применения симуляционного обучения;

объективную оценку уровня практической подготовки специалиста.

Предлагаемый общий объем финансирования данного мероприятия, начиная с 2016 года, составит 2 млрд. рублей ежегодно.

Мероприятие 7.5. Разработка профессиональных стандартов

Актуальный в настоящее время вопрос для каждого субъекта экономической деятельности состоит в том, чтобы согласовать специфические специальности и профессии, требующие различного уровня образования и квалификации, с существующей системой стандартизации профессиональной деятельности и образования.

Институтом, который определяет единые требования на рынке труда в вопросах формирования и использования квалифицированной рабочей силы, а также берет на себя функции базы согласования спроса и предложения на рабочую силу через установление соответствия между системой подготовки кадров (на основе образовательных стандартов) и сферой их использования (на основе установления единых профессионально–квалификационных требований), становится профессиональный стандарт.

Использование профессиональных стандартов устанавливает согласованные требования к качеству труда посредством влияния на производительность, повышение качества подготовки медицинских и фармацевтических работников в системе профессионального образования, повышение уровня квалификации действующих работников. Возможность своевременной адаптации к постоянным изменениям, происходящим в сфере оказания медицинской помощи и фармацевтических услуг, становится ключевым показателем качества системы подготовки медицинских и фармацевтических кадров, что особенно важно для сферы развития профессиональных компетенций работников здравоохранения.

Профессиональный стандарт должен раскрывать современное содержание профессиональной деятельности в сфере здравоохранения, а также требования к квалификации медицинских и фармацевтических работников и представлять наиболее полную и актуальную информацию о требованиях к квалификациям, необходимым для выполнения конкретных видов медицинской помощи.

Профессиональные стандарты могут внести существенный вклад в разработку качественных образовательных программ профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников.

Разработку профессиональных стандартов планируется осуществить по всем 96 специальностям медицинских и фармацевтических работников (в 2013 г. – 10, в 2014 г. – 40,

в 2015 г. – 46) с привлечением в качестве разработчиков и экспертов представителей работодателей государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, общественно–профессиональных организаций.

Одновременно, с учетом запланированных изменений системы подготовки медицинских и фармацевтических работников, а именно: получение выпускником права на занятие профессиональной деятельностью по определенным специальностям непосредственно после завершения подготовки в отличие от существующего на сегодняшний день порядка допуска к медицинской и фармацевтической деятельности – выпускники со средним профессиональным образованием обязаны пройти обучение по программам дополнительного профессионального образования, выпускники с высшим профессиональным образованием – по программам послевузовского профессионального образования, в 2017 году будет осуществлен пересмотр профессиональных стандартов по 8 специальностям медицинских и фармацевтических работников.

Вместе с тем, организация разработки и утверждения профессиональных стандартов отнесены к полномочиям Минтруда России, в связи с чем, планируемые мероприятия по разработке профессиональных стандартов, включая число запланированных к разработке профессиональных стандартов по специальностям медицинских и фармацевтических работников, сроки начала и завершения их разработки и утверждения могут быть уточнены после утверждения и начала реализации Минтрудом России соответствующего Плана мероприятий, в том числе, предусматривающих законодательное закрепление понятия профессионального стандарта, нормативно правовое регулирование порядка их разработки, утверждения и применения.

Характеристика мер государственного регулирования

Меры государственного регулирования разрабатываются ответственным исполнителем в первый год реализации Подпрограммы.

Характеристика мер правового регулирования в сфере реализации Подпрограммы

Меры правового регулирования разрабатываются ответственным исполнителем в первый год реализации Подпрограммы.

Для реализации Подпрограммы необходима разработка и принятие нормативных правовых актов по утверждению типовых программ дополнительного профессионального образования медицинских и фармацевтических работников, утверждение уровня оснащенности обучающих симуляционных центров отдельно по специальностям подготовки, о мерах социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников, включая их реализацию на региональном уровне, порядке аккредитации специалистов.

Ожидаемые сроки принятия нормативных актов – 2013–2014 годы, по порядку аккредитации специалистов – 2016 год.

Прогноз сводных показателей государственных заданий по этапам реализации Подпрограммы (при оказании федеральными государственными учреждениями государственных услуг (работ) в рамках Подпрограммы)

Доведение государственного задания будет осуществляться в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «О некоммерческих организациях» и Федеральным законом «Об автономных учреждениях», а также иными нормативными актами, регулирующими формирование государственного задания.

Ежегодное государственное задание на оказание государственных услуг по реализации программ дополнительного профессионального образования Минздрава России составит до 213 тысяч человек.

Ежегодное государственное задание на оказание государственных услуг по реализации программ послевузовского профессионального образования в учреждениях дополнительного профессионального образования Минздрава России составит до 1,5 тысяч человек.

Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации в случае их участия в разработке и реализации Подпрограммы (в случае если Подпрограмма направлена на достижение целей, относящихся к предмету совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации)

Для эффективной реализации цели Подпрограммы необходима разработка и реализация в субъектах Российской Федерации программ кадрового обеспечения здравоохранения, направленных на поэтапное устранение дефицита кадров, в первую очередь, за счет развития системы целевой подготовки специалистов и дифференцированных мер социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников.

До 2013 года планируется утверждение и доведение до сведения субъектов Российской Федерации методики расчета потребности здравоохранения в профессиональных кадрах, на основе которой до конца 2013 года при непосредственном участии Минздрава России будут разработаны региональные программы кадрового обеспечения здравоохранения, реализация мероприятий которых должна быть начата не позднее 2014 года.

Информация об участии государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации Подпрограммы

С 2013 года за счет средств обязательного медицинского страхования будет осуществляться финансирование отдельных мероприятий по социальной поддержке отдельных категорий медицинских и фармацевтических работников. В рамках указанных мероприятий будет осуществляться финансовое обеспечение дополнительных выплат медицинским работникам первичного звена и скорой медицинской помощи, а также финансовое обеспечение пособий по социальной помощи населению в соответствии с подстатьей 262 расходов Классификации операций сектора государственного управления, включающие, в том числе, оплату путевок медицинским работникам на санаторно-курортное лечение, оплату льгот отдельным категориям граждан по оплате жилищно-коммунальных услуг, другие аналогичные расходы.

В 2010 году расходы на социальное обеспечение консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и системы ОМС (в рамках одноканального финансирования) составили 18 202 966 тысяч рублей.

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 7.

Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы

Повышение квалификации и профессиональная переподготовка медицинских и фармацевтических работников осуществляется на базе государственных образовательных организаций, реализующих образовательные программы медицинского и фармацевтического профиля в соответствии с устанавливаемым государственным заданием на оказание

государственных услуг по реализации дополнительного профессионального образования, а также послевузовского профессионального образования образовательными учреждениями дополнительного профессионального образования Минздрава России.

Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы.

Основные риски реализации Подпрограммы связаны с тем, что не реализация или частичная реализация предлагаемых мероприятий окажет негативное влияние на систему здравоохранения в целом.

В число наиболее предполагаемых рисков можно отнести:

невозможность консолидации мероприятий кадрового обеспечения системы здравоохранения в рамках реализации государственной программы «Развитие здравоохранения»;

отсутствие исчерпывающего финансирования мероприятий, направленных на кадровое обеспечение;

отсутствие (снижение) финансирования реализации мероприятий, направленных на повышение уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала;

противодействие мероприятиям реформирования подведомственных Минздраву России образовательных учреждений;

отсутствие мероприятий социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников;

формально разработанные и реализуемые субъектами Российской Федерации программы кадрового обеспечения систем здравоохранения.

Меры управления рисками:

при невозможности консолидации мероприятий, направленных на кадровое обеспечение системы здравоохранения в рамках реализации государственной программы «Развитие здравоохранения» необходимо предусмотреть разработку федеральной целевой программы кадрового обеспечения системы здравоохранения;

резервирование бюджетных средств на мероприятия по повышению заработной платы врачей и среднего медицинского персонала, модернизации образовательных учреждений и средств бюджетов субъектов Российской Федерации, направленных на социальную поддержку медицинских и фармацевтических работников;

осуществление контроля мероприятий кадрового обеспечения субъектов Российской Федерации со стороны Минздрава России;

разработка «дорожной» карты реформирования подведомственных Минздраву России образовательных учреждений с привлечением профессионального сообщества и общественных организаций.

Подпрограмма 8. «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Минздрав России
Соисполнители Подпрограммы	Не предусмотрены
Участники Подпрограммы	Не предусмотрены
Перечень основных мероприятий Подпрограммы	Мероприятие 8.1 Формирование национальной системы содействия международному развитию. Мероприятие 8.2 Международное сотрудничество в сфере охраны здоровья, связанное с выполнением принятых на себя Российской Федерацией обязательств.
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	Отсутствуют
Цели Подпрограммы	Увеличение значимости Российской Федерации в глобальном здравоохранении
Задачи Подпрограммы	Повышение роли Российской Федерации в международных организациях в сфере охраны здоровья. Продвижение продуктов, производимых в Российской Федерации, и проектов на рынки зарубежных стран. Разработка национальной системы оказания помощи развитию другим странам (системы содействия международному развитию), включая систему ее целевых показателей и индикаторов. Подготовка предложений по совершенствованию нормативно-правовой и институциональной базы российского участия в международных отношениях в сфере охраны здоровья. Развитие международных многосторонних исследовательских и иных проектов, в которых участвует Российская Федерация. Поддержание устойчивых отношений с иностранными государствами в сфере охраны здоровья. Привлечение отечественных организаций к выполнению международных проектов. Обеспечение согласованной и скоординированной деятельности российских ведомств, участвующих в международных отношениях в сфере охраны здоровья.

Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы	Количество реализованных совместных международных проектов в области здравоохранения
Этапы и сроки реализации	Подпрограмма реализуется в один этап с 2013 по 2020 годы
Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. рублей	2013 г. – 406 762,20 тыс. руб. 2014 г. – 306 787,20 тыс. руб. 2015 г. – 316 845,80 тыс. руб. 2016-2020 годы*
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы	Увеличение количества реализованных совместных международных проектов в области здравоохранения до 50 единиц.

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

В условиях исчезновения различий между внутренними и внешними средствами обеспечения национальных интересов и безопасности внешняя политика становится одним из важнейших инструментов поступательного развития страны, обеспечения ее конкурентоспособности в глобализирующемся мире.

Представляется необходимым учитывать тесную связь проблем социально-экономического характера с вызовами в сфере защиты окружающей среды, стихийных бедствий, а также национальной безопасности. Так, основными направлениями международных отношений в сфере охраны здоровья должны стать обеспечение безопасности страны, сохранение и укрепление ее суверенитета и территориальной целостности.

Вместе с тем, на передний план в качестве главных факторов влияния государств на международную политику, выдвигаются экономические, научно-технические, экологические, демографические и информационные. Экономическая взаимозависимость государств становится одним из ключевых факторов поддержания международной стабильности. Соответственно, особую роль в международных отношениях играют элементы «мягкой силы».

Российская Федерация является одним из влиятельных центров современного мира, логика развития которого требует разработки дополнительных инструментов, обеспечивающих рост его политического, экономического, интеллектуального и духовного потенциала. Важно и то, чтобы такие инструменты носили долгосрочный и комплексный характер, а также, учитывая указанные задачи развития, не поверялись исключительно экономическими оценками.

В настоящее время Российская Федерация выступает с рядом важных инициатив в сфере здравоохранения на международной арене. И в то же время эти усилия нельзя признать достаточными: так, количество инициатив, предлагаемых в международную повестку дня зарубежными партнерами, по ряду направлений заметно выше.

В этом смысле содействие международному развитию стран становится наиболее активно используемым инструментом внешней деятельности развитых государств. Так, мировой опыт показывает, что содействие международному развитию способствует увеличению политического и экономического влияния на мировой арене. Средства его представлены широким перечнем, включающим льготные кредиты, техническое и консультативное содействие, учреждение культурных центров, финансирование местных неправительственных организаций.

Российская Федерация, занимая авторитетные позиции в «Группе Восьми», «Группе Двадцати» и являясь самым влиятельным участником СНГ, регулярно выступает с инициативами, направленными на облегчение социально-экономического положения нуждающихся стран и исполняет конкретные обязательства, связанные с указанными инициативами.

Текущие глобальные кризисы придают дополнительную актуальность международному сотрудничеству: так, использование международных связей для своевременного и эффективного реагирования на внешние и внутренние вызовы становится объективной необходимостью.

Соответственно, содействие международному развитию должно быть оформлено в систему. Текущий этап позволяет в максимальной степени согласовать указанную систему с объективными общенациональными интересами и возможностями. Ориентация осуществляемого Российской Федерацией содействия международному развитию имеет мультипликативный эффект, связанный прежде всего с укреплением прочных и авторитетных позиций Российской Федерации в мировом сообществе, устойчивости ее международного положения к колебаниям внешнеполитической конъюнктуры.

Содействие международному развитию должно также стать основой для популяризации в иностранных государствах отечественного здравоохранения.

Осуществление мероприятий, связанных с формированием в Российской Федерации системы международного содействия, на настоящем этапе должно ограничиваться узким перечнем географических и тематических приоритетных направлений, работа по которым принесла бы российскому государству наиболее политические дивиденды. Так, указанные мероприятия требуют значительных денежных средств, а также институциональных ресурсов, что не может быть обеспечено в короткие сроки. Так, Российская Федерация несет обязательства, связанных с ее нахождением в международных организациях и также требующих направления финансовых средств.

Вместе с тем, содействие международному развитию, ввиду инновационного потенциала указанного инструмента и множества задач, решение которых сопряжено с его использованием, должно стать приоритетным направлением данной Подпрограммы.

Программно-целевой метод представляется наиболее выгодным, поскольку уровень развития, на котором находится предоставления в Российской Федерации содействия международному развитию, не соответствует современным стандартам в этой области и требует совершенствования, как с точки правовой его базы, так и с точки зрения институциональных решений, его обеспечивающих.

Подпрограмма учитывает приоритеты внешней политики России, а именно сотрудничество с государствами – членами Содружества Независимых Государств, Евразийского экономического сообщества.

Реноме, которым пользуется Российская Федерация в «Группе Восьми», государствах БРИКС, может быть укреплено за счет усиления сотрудничества по здравоохранительной тематике со странами-партнерами по указанным объединениям, а также странами, входящими в Европейский союз.

Вне указанных сообществ приоритетным для Российской Федерации является сотрудничество со странами Востока, в том числе Китаем и Японией, представляющие собой исторически адаптированные к российской продукции емкие рынки. Представляется необходимым укреплять сотрудничество со странами Восточной Европы. Необходимо также налаживание контактов с Африканским союзом, Сообществом развития Юга Африки и другими организациями, представляющими интересы стран Африки, в настоящее время нуждающихся в оказании медицинской помощи, которая со стороны Российской Федерации может быть

выражена в подготовке специалистов для системы здравоохранения указанных стран (включая их переподготовку), поставке им лекарственных средств и вакцин, медицинских изделий. В перспективе все указанные страны могут составить спрос на инвестиции и инвестиционные товары.

Укрепление международных позиций России в здравоохранении, а также решение задач, связанных с установлением равноправных, взаимовыгодных, партнерских отношений со всеми странами, успешное продвижение ее внешнеэкономических интересов, обеспечение влияния за рубежом требуют задействования всех имеющихся в распоряжении государства механизмов.

Для достижения поставленных целей необходимо комплексирование усилий по множеству направлений. Международное сотрудничество, реализуемое на профессиональном уровне (сотрудничество научных и образовательных учреждений, медицинских организаций и т.д.), должно также быть вовлечено в этот процесс. Зарубежная деятельность учреждений, находящихся в ведении Минздрава России, ФМБА России и учреждений, находящихся в его ведении, Росздравнадзора, а также РАМН и его учреждений должна осуществляться с учетом политических приоритетов.

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы, цели, задачи и показатели (индикаторы) достижения целей и решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов Подпрограммы, сроков и контрольных этапов реализации Подпрограммы

Согласно Концепции внешней политики Российской Федерации, утвержденной Президентом Российской Федерации (утверждена 12.07.2008 № Пр–1440 в соответствии с высшим приоритетом национальной безопасности – защитой интересов личности, общества и государства – главные внешнеполитические усилия должны быть сосредоточены на достижении следующих основных целей:

обеспечение безопасности страны, сохранение и укрепление ее суверенитета и территориальной целостности, прочных и авторитетных позиций в мировом сообществе, в наибольшей мере отвечающих интересам Российской Федерации как одного из влиятельных центров современного мира и необходимых для роста ее политического, экономического, интеллектуального и духовного потенциала;

создание благоприятных внешних условий для модернизации России, перевода ее экономики на инновационный путь развития, повышения уровня жизни населения, консолидации общества, укрепления основ конституционного строя, правового государства и демократических институтов, реализации прав и свобод человека и, как следствие, обеспечение конкурентоспособности страны в глобализирующемся мире;

воздействие на общемировые процессы в целях установления справедливого и демократического миропорядка, основанного на коллективных началах в решении международных проблем и на верховенстве международного права, прежде всего на положениях Устава ООН, а также на равноправных и партнерских отношениях между государствами при центральной и координирующей роли ООН как основной организации, регулирующей международные отношения и обладающей уникальной легитимностью;

формирование отношений добрососедства с сопредельными государствами, содействие устранению имеющихся и предотвращению возникновения новых очагов напряженности и конфликтов в прилегающих к Российской Федерации регионах и других районах мира;

поиск согласия и совпадающих интересов с другими государствами и международными организациями в процессе решения задач, определяемых национальными приоритетами России,

создание на этой основе системы двусторонних и многосторонних партнерских отношений, призванной обеспечить устойчивость международного положения страны к колебаниям внешнеполитической конъюнктуры;

всесторонняя защита прав и законных интересов российских граждан и соотечественников, проживающих за рубежом;

содействие объективному восприятию Российской Федерации в мире как демократического государства с социально ориентированной рыночной экономикой и независимой внешней политикой;

поддержка и популяризация в иностранных государствах русского языка и культуры народов России, вносящих уникальный вклад в культурно–цивилизационное многообразие современного мира и в развитие партнерства цивилизаций.

Цели, задачи, показатели, результаты, сроки и контрольные этапы реализации Подпрограммы отражены в паспорте Подпрограммы.

Мероприятие 8.1. Формирование национальной системы содействия международному развитию.

В рамках данного мероприятия планируется осуществить мобилизацию усилий органов власти на интенсификацию деятельности Российской Федерации по оказанию содействия развитию международных отношений в сфере здравоохранения. В ходе реализации указанного мероприятия должен быть усовершенствован механизм координации органов власти, сформирована нормативно–методическая и материально–техническая база национальной системы содействия международному развитию, разработаны программы и проекты в странах–получателях российской официальной помощи, а также методы, позволяющие наблюдать за их реализацией. Особое значение должно быть отдано освещению российской деятельности в области содействия международному развитию в средствах массовой информации (в том числе зарубежных) и на различного рода форумах.

Мероприятие 8.2. Международное сотрудничество в сфере охраны здоровья, связанное с выполнением принятых на себя Российской Федерацией обязательств.

В рамках данного мероприятия планируется формирование и дальнейшее продвижение в международных организациях предложений Российской Федерации, а также активизация сотрудничества Российской Федерации с иными государствами.

Одними из приоритетных партнеров по международному диалогу в сфере здравоохранения станут страны СНГ, «Группы Восьми», БРИКС и ШОС.

Данное мероприятие предусматривает обмен компетенциями с зарубежными партнерами в целях перехода к новому технологическому укладу, а также выведение на зарубежные рынки российской инновационной продукции (в частности, иммунобиологических препаратов).

Характеристика мер государственного регулирования

Меры государственного регулирования разрабатываются ответственным исполнителем в первый год реализации Подпрограммы.

Характеристика мер правового регулирования в сфере реализации Подпрограммы

Меры правового регулирования разрабатываются ответственным исполнителем в первый год реализации Подпрограммы.

Прогноз сводных показателей государственных заданий по этапам реализации Подпрограммы (при оказании федеральными государственными учреждениями государственных услуг (работ) в рамках Подпрограммы)

Доведение государственного задания будет осуществляться в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «О некоммерческих организациях» и Федеральным законом «Об автономных учреждениях», а также иными нормативными актами, регулирующими формирование государственного задания.

Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации.

Субъекты Российской Федерации принимают совместное участие с Российской Федерацией в мероприятиях, реализуемых в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации.

Участие субъектов Российской Федерации в Подпрограмме отражено в таблице 7.

Информация об участии государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации Подпрограммы

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 7.

Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. Предоставление и распределение субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации планируется осуществлять согласно Правилам предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование объектов капитального строительства и реконструкции государственной собственности субъектов Российской Федерации (объектов капитального строительства муниципальных образований), закупку оборудования и расходных материалов, составленным в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 мая 2008 г. № 392 (Приложение № 1). Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы, представлена в таблице 6.

Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы.

Риски, которые могут возникнуть в ходе реализации Подпрограммы, и меры по управлению ими соответствуют рискам, описанным в разделе «Анализ рисков реализации Государственной программы» Государственной программы «Развитие здравоохранения».

Подпрограмма 9. «Экспертиза и контрольно–надзорные функции в сфере охраны здоровья»

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Минздрав России
Соисполнители Подпрограммы	ФМБА России
Участники Подпрограммы	Росздравнадзор; Роспотребнадзор.
Перечень основных мероприятий Подпрограммы	<p>Мероприятие 9.1. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности.</p> <p>Мероприятие 9.2. Государственный контроль в сфере обращения лекарственных средств.</p> <p>Мероприятие 9.3. Государственный контроль за обращением медицинских изделий.</p> <p>Мероприятие 9.4. Развитие государственной судебно–экспертной деятельности.</p> <p>Мероприятие 9.5. Государственный санитарно–эпидемиологический надзор.</p> <p>Мероприятие 9.6. Организация обеспечения санитарно–эпидемиологического благополучия населения.</p>
Программно–целевые инструменты Подпрограммы	Отсутствуют
Цели Подпрограммы	<p>Создание системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности.</p> <p>Предупреждение обращения на территории Российской Федерации фальсифицированных, контрафактных и недоброкачественных лекарственных средств и медицинских изделий.</p> <p>Совершенствование государственной судебно–экспертной деятельности в Российской Федерации.</p> <p>Обеспечение санитарно–эпидемиологического благополучия населения.</p>
Задачи Подпрограммы	<p>Создание эффективной системы управления качеством в здравоохранении.</p> <p>Усиление государственного контроля в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий.</p> <p>Предупреждение, обнаружение, пресечение нарушений законодательства Российской Федерации по обеспечению санитарно–эпидемиологического благополучия населения, предотвращение распространения инфекционных болезней, предотвращение ввоза и</p>

	<p>реализации товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов, иных грузов, представляющих опасность для человека на территорию Российской Федерации.</p> <p>Создание Федеральной государственной судебно–экспертной службы Российской Федерации.</p> <p>Обеспечение реализации мероприятий, предусмотренных Федеральным законом от 19.11.2008 № 242–ФЗ «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации».</p> <p>Внедрение обязательной первичной лабораторной диагностики трупной крови на ВИЧ, ВГ В, ВГ С и туберкулез с помощью иммуноферментных тест–систем и приборных методов в государственных судебно–медицинских экспертных учреждениях.</p> <p>Поддержка развития инфраструктуры судебно–экспертных учреждений.</p>
Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы	<p>Доля лечебно–профилактических учреждений, осуществляющих свою деятельность в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи;</p> <p>выполнение мероприятий по обеспечению контроля (надзора);</p>
Этапы и сроки реализации Подпрограммы	Подпрограмма реализуется в один этап с 2013–2020 годы
Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. руб.	<p>2013 г. – 30 145 334,50 тыс. руб.</p> <p>2014 г. – 30 578 838,60 тыс. руб.</p> <p>2015 г. – 30 475 022,10 тыс. руб.</p> <p>2016 г. – 2020 годы*</p>
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы	<p>Увеличение доли лечебно–профилактических учреждений, осуществляющих свою деятельность в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи до 100%;</p> <p>обеспечение выполнения мероприятий по обеспечению контроля (надзора) на 100%;</p>

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

В настоящее время состояние системы государственных судебно–медицинских экспертных учреждений (ГСМЭУ), находящихся в субъектах Российской Федерации, характеризуется недостаточным уровнем аппаратно–технического оснащения и возрастающими требованиями правоохранительных органов к сокращению сроков проведения судебно–медицинских экспертиз и повышению их качества.

Основным требованием для объективности и полноты проведения экспертных исследований является материально и технически обеспеченная возможность их выполнения различными экспертами всех государственных судебно–медицинских экспертных учреждений, но работающих по единым методикам.

Система государственной судебно–психиатрической экспертной службы в Российской Федерации представлена единственным судебно–психиатрическим экспертным учреждением федерального подчинения ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» и специализированными судебно–психиатрическими экспертными отделениями в структуре психиатрической службы субъектов РФ. Для осуществления диагностических процедур при производстве экспертной деятельности используется материально–техническая база психиатрических учреждений субъектов Российской Федерации.

Особую сложность составляет производство судебно–психиатрических экспертиз лицам, содержащимся под стражей, т.к. не решен вопрос охраны отделений для лиц, содержащихся под стражей, регламентируемый действующим законодательством. В связи с этим из 693 экспертных коек, развернутых в субъектах РФ 166 (24%) находятся в СИЗО и ИВС.

Судебно–психиатрическая экспертная служба в субъектах РФ на сегодняшний день не располагает достаточным кадровым потенциалом, как в отношении численности экспертов, так и уровнем их профессиональной подготовки.

Федеральным законом от 26 декабря 2008 года № 294–ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», постановлениями Правительства Российской Федерации, принятыми в его развитие, введены механизмы, позволяющие оградить хозяйствующих субъектов от необоснованных и избыточных проверок, что, безусловно, является положительным фактором для развития предпринимательской активности и экономического развития Российской Федерации.

Результатом проведенных Роспотребнадзором мероприятий по реализации Федерального закона № 294–ФЗ стали снижение за последние три года более чем в три раза количества проверок, осуществляемых территориальными органами Роспотребнадзора, реализация уведомительного порядка осуществления предпринимательской деятельности. В установленном законодательством порядке проводятся плановые проверки, внеплановые проверки осуществляются только по согласованию с органами прокуратуры.

Отдельные положения, внесенные в санитарное законодательство, привели к снятию административных барьеров, но при этом осложнили обеспечение конституционных прав граждан на здоровье и благополучную среду обитания.

Большая часть субъектов надзора – 71 % юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, в отношении которых проводились проверки, административные расследования, осуществляли свою деятельность с нарушениями действующего санитарного законодательства и законодательства по защите прав потребителей.

В связи со снижением кратности обследований субъектов надзора, особенно в части, касающейся общественного питания, розничной и оптовой торговли продовольственными товарами, резко увеличился уровень вспышечной заболеваемости населения инфекционными и массовыми неинфекционными заболеваниями (отравлениями). Особенно резко возросла заболеваемость среди детей и подростков.

В этой связи, необходимо, с одной стороны, формировать эффективный механизм, направленный на снижение административных барьеров, улучшение условий ведения предпринимательской деятельности, с другой стороны, ужесточать меры наказания для субъектов предпринимательской деятельности не соблюдающих установленные требования.

Организация и проведение контрольно–надзорных мероприятий направлены на обеспечение санитарно–эпидемиологического благополучия и охрану здоровья населения Российской Федерации.

Эффективность осуществления федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора достигается совокупной деятельностью территориальных органов Роспотребнадзора, непосредственно осуществляющих контрольно-надзорную деятельность, а также учреждений Роспотребнадзора, обеспечивающих контроль и надзор, проведение широкого спектра лабораторных исследований, осуществление научно-исследовательских и научно-методических разработок, выполнение мероприятий по профилактике чумы.

Снижение вредного воздействия факторов среды обитания на население обеспечивается мероприятиями по профилактике массовой неинфекционной заболеваемости населения, включающими обеспечение безопасной среды обитания населения – атмосферного воздуха, водных объектов, почвы; повышение качества и безопасности пищевых продуктов, профилактику алкоголизма и табакокурения; обеспечение радиационной безопасности населения.

Реализация мер, направленных на снижение инфекционной и массовой неинфекционной заболеваемости позволяет обеспечить стабильную санитарно-эпидемиологическую обстановку в стране. В тоже время заболеваемость холерой в ряде стран Карибского бассейна, в том числе на Гаити, привела к летальным исходам около полутора тысяч заболевших, число заболевших – сотни тысяч, произошло резкое, коренное изменение возбудителя гриппа, возврат полиомиелита в Российскую Федерацию, отмечен рост заболеваемости корью.

Остается актуальной проблема вспышечной заболеваемости. Ежегодно в Российской Федерации регистрируется от 600 до 1200 вспышек инфекционных и паразитарных болезней с числом пострадавших в среднем около 13 тысяч человек, число эпидемических очагов по сравнению со среднемноголетними значениями выросло в 1,6 раза.

Отмечается рост заболеваемости коклюшем, корью, туляремией, сибирской язвой, бруцеллезом, бешенством, трихинеллезом, а также по группе острых кишечных инфекций.

В последние годы отмечены завозы на территорию Российской Федерации полиомиелита, вызванного «диким» полиовирусом малярии, лихорадки Западного Нила, лихорадки Денге, холеры и других. Обостряются проблемы с рядом природно-очаговых болезней и болезней, общих для человека и животных, в том числе и бешенству

Профилактические и противоэпидемические мероприятия, прежде всего иммунизация контингентов из групп риска против гриппа, позволяют удерживать эпидемический процесс гриппа и ОРВИ на социально-приемлемом уровне, уменьшить продолжительность и интенсивность подъема заболеваемости гриппом и ОРВИ, предупредить тяжелые осложнения и летальные исходы от гриппа. Благодаря проводимым мероприятиям экономический ущерб от заболеваемости гриппом и ОРВИ снизился на 30%.

Основными задачами по обеспечению лечения ВИЧ-инфицированных является ежегодное обследование на ВИЧ-инфекцию с профилактической целью не менее 22 млн. человек; охват антиретровирусной терапией около 100 тысяч ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в лечении.

Продовольственная безопасность Российской Федерации является одним из главных направлений обеспечения национальной безопасности страны, важнейшей составляющей демографической политики. Мониторинг безопасности пищевых продуктов свидетельствует о повышении удельного веса продукции, не отвечающей санитарно-эпидемиологическим требованиям по таким социально значимым группам как рыба, мясо птицы, молоко – этот показатель за последние годы вырос по птице и птицепродуктам до 12,3%, рыбе до 11,2%, детскому питанию до 2,0%.

Предполагается до 2020 года достичь снижения в два раза количества продуктов, не отвечающих требованиям безопасности по мясу птицы и птицепродуктам, рыбе и детскому питанию.

Показатели хронических заболеваний школьников, где в школах организовано горячее питание, в два раза ниже, чем в школах с неорганизованным горячим питанием. В настоящее время 30% школьников страдают такими заболеваниями как задержка роста, анемия, кариес, болезни желудочно–кишечного тракта. Особенно острой проблемой следует считать дефицит ряда микронутриентов, в частности витамина С, железа, кальция, йода, фолиевой кислоты, что является причиной заболеваемости среди детей и подростков.

Предполагается до 2020 года обеспечить охват горячим питанием, профилактику микронутриентной недостаточности 100 % учащихся образовательных учреждений.

В настоящее время в Российской Федерации свыше 13 млн. человек, проживающих в 12 тыс. населенных пунктах, вынуждены использовать питьевую воду, не соответствующую требованиям санитарного законодательства. Основными причинами неблагоприятной обстановки с водообеспечением населения являются: интенсивное загрязнение источников питьевого водоснабжения, особенно – поверхностных водоёмов; недостаточная эффективность устаревших технологий водоочистки и обеззараживания (коагуляция, фильтрация, отстаивание и хлорирование) в отношении ряда химических и биологических загрязнителей, и прежде всего, при высоком их содержании в воде водоисточника; нарушение технологических условий эксплуатации сооружений водоподготовки; вторичное загрязнение воды, прошедшей водообработку, в изношенных водоразводящих сетях, находящихся зачастую в крайне неудовлетворительном санитарно–техническом состоянии.

Последние годы в стране характеризуются стабильно высоким уровнем алкоголизма среди населения. Рост числа потребителей алкогольных напитков приводит к ухудшению состояния здоровья населения, определяет высокий уровень смертности.

В ближайшее время предполагается внести предложения по усилению ответственности как административной, так и уголовной за нарушения, связанные с ограничениями розничной продажи алкогольной продукции, в том числе пива, и табачной продукции; внесению изменений в Федеральный закон от 22.11.1995 № 171–ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции» в части запрета продажи слабоалкогольных напитков вблизи детских, образовательных, медицинских учреждений, физкультурно–оздоровительных и спортивных сооружениях, а также в ларьках, киосках, палатках, контейнерах; в Федеральный закон от 13.03.2006 № 38–ФЗ «О рекламе», в части полного запрета рекламы алкогольных напитков (в том числе энергетических напитков и пива) и табачных изделий.

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы, цели, задачи и показатели (индикаторы) достижения целей и решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов Подпрограммы, сроков и контрольных этапов реализации Подпрограммы

Приоритетами государственной политики по осуществлению контрольно – надзорных функций в сфере охраны здоровья, в рамках компетенции Роспотребнадзора, является повышение эффективности осуществления федерального государственного санитарно–эпидемиологического надзора в целях обеспечения санитарно–эпидемиологического благополучия населения.

Основными задачами в области обеспечения санитарно–эпидемиологического благополучия населения являются:

Реализация Концепции социально–экономического развития Российской Федерации до 2020 года, Концепции демографической политики Российской Федерации до 2025 года, Соглашения Таможенного союза по санитарным мерам.

Оптимизация федерального государственного санитарно–эпидемиологического надзора и контроля в установленной сфере деятельности в соответствии с Федеральным законом от 26.12.2008 № 294–ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»;

Обеспечение эффективности осуществления государственного санитарно–эпидемиологического надзора, профилактики инфекционной и массовой неинфекционной заболеваемости.

Осуществление эффективного контроля и надзора за лицами, прибывающими из эпидемически неблагополучных стран и пересекающими Государственную границу; контроля за потенциально опасными партиями грузов (товаров).

Окончательные сроки реализации подпрограммы – 2020 год.

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы отражены:

- в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- в Федеральном законе от 26 декабря 2008 г. № 294–ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»;
- в Федеральном законе от 12.04.2010 № 61–ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;
- в Федеральном законе от 30.03.1999 № 52–ФЗ «О санитарно–эпидемиологическом благополучии населения»,
- в Федеральном законе от 02.01.2000 № 29–ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов»,
- в Федеральном законе от 04.05.2011 № 99–ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»,
- в Федеральном законе от 27.12.2002 № 184–ФЗ «О техническом регулировании»,
- в Федеральном законе от 02.05.2006 № 59–ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»,
- в Федеральном законе от 09.01.1996 № 3–ФЗ «О радиационной безопасности населения»;
- в Федеральном законе от 04.05.1999 № 96–ФЗ «Об охране атмосферного воздуха»;
- в Федеральном законе от 7.12. 2011 № 416–ФЗ "О водоснабжении и водоотведении";
- в Посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации;
- в Концепции долгосрочного социально–экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1662–р);
- в Основных направлениях деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года (распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1663–р);

– Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 года № 1351);

– поручении Председателя Правительства Российской Федерации от 22 февраля 2012 г. № ВП–П4–1006 по вопросу обеспечения выполнения подпунктов «а» и «б» пункта 1 перечня поручений Президента Российской Федерации от 3 февраля 2012 г. № Пр–267 по передаче государственных судебно–медицинских экспертных учреждений из ведения субъектов Российской Федерации в ведение Министерства здравоохранения Российской Федерации и обеспечению производства судебно–психиатрических экспертиз исключительно в медицинских учреждениях и подразделениях, относящихся к ведению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения;

– Федеральном законе от 19.11.2008 № 242–ФЗ «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации», по созданию в структуре ГСМЭУ генетических лабораторий с оснащением специализированных рабочих мест и укомплектование персоналом, обладающим соответствующими знаниями и практическими навыками;

– Федеральном законе от 29.02.2012 № 14–ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних».

Характеристика основных мероприятий Подпрограммы

Мероприятие 9.1. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности

Управление качеством в здравоохранении – это организация и контроль медицинской деятельности (её качества и безопасности) для обеспечения потребности населения в медицинской помощи и удовлетворение потребителей.

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323–ФЗ к полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья относится организация и осуществление контроля в сфере охраны здоровья.

В целях улучшения здоровья населения, достижения стабильных показателей качества оказываемой медицинской помощи населению, поддержания их на соответствующем уровне и обеспечения непрерывного процесса повышения качества необходимо создание системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности, включающей: государственный контроль, ведомственный контроль и внутренний контроль.

Основными принципами системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности должны стать:

- Ориентированность на потребителя;
- Единство терминологии и методов оценки качества медицинской помощи на всей территории Российской Федерации;
- Ответственность каждого субъекта системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- Доступность информации о результатах деятельности системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- Формирование мотивации медицинских работников к улучшению качества медицинской помощи.

В целях выполнения требований Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323–ФЗ в 2012 году будет подготовлено и принято постановление Правительства Российской Федерации об утверждении порядка организации и проведения государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

В соответствии со ст. 87 Федерального закона от 21.11.2011 N 323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

1) соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;

2) определения показателей качества деятельности медицинских организаций;

3) соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

4) создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;

5) создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности.

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

1) проведения проверок соблюдения органами государственной власти Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья;

2) осуществления лицензирования медицинской деятельности;

3) проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

4) проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

5) проведения проверок соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

6) проведения проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

7) проведения проверок организации и осуществления ведомственного контроля и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 323 Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения осуществляет государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности посредством проведения проверок:

соблюдения органами государственной власти Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями, а также индивидуальными

предпринимателями, осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность, прав граждан в сфере охраны здоровья;

соблюдения медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

соблюдения медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

соблюдения медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации;

организации и осуществления ведомственного контроля и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности соответственно федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в целях реализации основных принципов охраны здоровья:

соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; доступность и качество медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи.

Мероприятие 9.2. Государственный контроль в сфере обращения лекарственных средств

Управление качеством, безопасностью эффективностью лекарственных средств – это контроль за обращением лекарственных средств на территории Российской Федерации с целью обеспечения населения качественными, эффективными и безопасными лекарственными средствами.

Основными принципами системы государственного контроля (надзора) в сфере обращения лекарственных средств должны стать:

- ориентированность на потребителя;
- ответственность каждого субъекта обращения лекарственных средств за сохранение и обеспечение качества лекарственных средств;
- доступность информации о результатах государственного контроля (надзора) в сфере обращения лекарственных средств.

Основной целью государственного контроля (надзора) в сфере обращения лекарственных средств будет являться контроль за обращением лекарственных средств и соответствия его действующему законодательству Российской Федерации.

Инструментами (методами) государственного контроля (надзора) в сфере обращения лекарственных средств могут быть: анализ статистических данных, результатов проверок (плановой, внеплановой, документарной, выездной), данные проводимого мониторинга (федерального и субъекта Российской Федерации), результаты социологических опросов (анкетирование) потребителей.

Государственный контроль (надзор) в сфере обращения лекарственных средств включает в себя:

- 1) лицензионный контроль в сфере фармацевтической деятельности;
- 2) федеральный государственный надзор в сфере обращения лекарственных средств.

Лицензионный контроль в сфере производства лекарственных средств и в сфере фармацевтической деятельности осуществляется уполномоченными федеральным органом исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации согласно их компетенции в порядке, установленном Федеральным законом от 26 декабря 2008 года № 294–ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», с учетом особенностей организации и проведения проверок, установленных Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99–ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Лицензионный контроль в сфере фармацевтической деятельности включает в себя:

– лицензирование фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств, предназначенных для медицинского применения, проведения проверок соблюдения лицензионных требований;

– лицензирование деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирования наркосодержащих растений, проведения проверок соблюдения лицензионных требований.

Федеральный государственный надзор в сфере обращения лекарственных средств осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти согласно компетенции в порядке, установленном Федеральным законом от 26 декабря 2008 года № 294–ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».

Федеральный государственный надзор в сфере обращения лекарственных средств включает в себя:

1) организацию и проведение проверок соблюдения субъектами обращения лекарственных средств требований, установленных Федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, к доклиническим исследованиям лекарственных средств, клиническим исследованиям лекарственных препаратов, хранению, перевозке, ввозу в Российскую Федерацию, отпуску, реализации лекарственных средств, применению лекарственных препаратов, уничтожению лекарственных средств, а также соблюдения уполномоченными органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации методики установления предельных размеров оптовых надбавок и предельных размеров розничных надбавок к фактическим отпускным ценам, установленным производителями лекарственных препаратов, на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;

2) организацию и проведение проверок соответствия лекарственных средств, находящихся в обращении, установленным обязательным требованиям к их качеству;

3) выдачу разрешений на ввоз лекарственных средств на территорию Российской Федерации;

4) организацию и проведение мониторинга безопасности лекарственных препаратов;

5) применение в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, мер по пресечению выявленных нарушений обязательных требований и (или) устранению последствий таких нарушений, выдачу предписаний об устранении выявленных нарушений обязательных требований и привлечение к ответственности лиц, совершивших такие нарушения.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 323 Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения осуществляет федеральный государственный надзор в сфере обращения лекарственных средств посредством:

- проведения проверок соблюдения субъектами обращения лекарственных средств правил лабораторной практики и правил клинической практики при проведении доклинических исследований лекарственных средств и клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения, правил организации производства и контроля качества лекарственных средств, правил оптовой торговли лекарственными средствами, правил отпуска лекарственных препаратов, правил изготовления и отпуска лекарственных препаратов, правил хранения лекарственных средств, правил уничтожения лекарственных средств;

- контроля качества лекарственных средств при гражданском обороте;

- проведения мониторинга безопасности лекарственных препаратов;

- получения от органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, от субъектов обращения лекарственных средств для медицинского применения информации по вопросам установления и применения цен и надбавок к ним;

- государственного контроля за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Государственный контроль (надзор) в сфере обращения лекарственных средств осуществляется с целью обеспечения населения качественными, эффективными и безопасными лекарственными средствами.

Мероприятие 9.3. Государственный контроль за обращении медицинских изделий

Государственный контроль за обращением медицинских изделий включает в себя контроль за техническими испытаниями, токсикологическими исследованиями, клиническими испытаниями, эффективностью, безопасностью, производством, изготовлением, реализацией, хранением, транспортировкой, ввозом на территорию Российской Федерации, вывозом с территории Российской Федерации медицинских изделий, за их монтажом, наладкой, применением, эксплуатацией, включая техническое обслуживание, ремонт, применением, утилизацией или уничтожением.

Государственный контроль за обращением медицинских изделий осуществляется посредством:

- 1) проведения проверок соблюдения субъектами обращения медицинских изделий утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти правил в сфере обращения медицинских изделий;

- 2) выдачи разрешений на ввоз на территорию Российской Федерации медицинских изделий в целях их государственной регистрации;

- 3) проведения мониторинга безопасности медицинских изделий в целях выявления и предотвращения побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакций при его применении, особенностей взаимодействия медицинских изделий между собой, фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий.

Государственный контроль за обращением медицинских изделий осуществляется в целях обеспечения качества, эффективности, безопасности медицинских изделий, а также применения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, мер по пресечению нарушений обязательных требований и (или) устранению последствий таких нарушений, выдачи

предписаний об устранении выявленных нарушений и привлечения к ответственности лиц, их совершивших.

Мероприятие 9.4. Развитие государственной судебно–экспертной деятельности.

Государственная судебно–медицинская экспертная служба представляет на сегодняшний день обширную структурную сеть, включающую федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский центр судебно–медицинской экспертизы» Минздравсоцразвития России и 86 региональных бюро судебно–медицинской экспертизы, которые имеют в своем составе более тысячи (1179) территориально обособленных подразделений (районных и межрайонных отделений). Региональные бюро судебно–медицинской экспертизы находятся в подчинении органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и финансируются из субъектовых бюджетов. В настоящее время состояние системы государственных судебно–медицинских экспертных учреждений (ГСМЭУ), находящихся в субъектах Российской Федерации, характеризуется недостаточным уровнем аппаратно–технического оснащения и возрастающими требованиями правоохранительных органов к сокращению сроков проведения судебно–медицинских экспертиз и повышению их качества.

Основным требованием для объективности и полноты проведения экспертных исследований является материально и технически обеспеченная возможность их выполнения различными экспертами всех государственных судебно–медицинских экспертных учреждений, но работающих по единым методикам.

Учитывая изложенное, необходимо повысить качество проводимых в ГСМЭУ экспертиз, что возможно только при внедрении единого порядка организации и производства судебно–медицинских экспертиз в ГСМЭУ Российской Федерации в соответствии с требованиями приказа Минздравсоцразвития России от 12.05.2011 № 346н, которым утверждены не только общие принципы и особенности производства отдельных видов судебно–медицинских экспертиз, но и рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения ГСМЭУ медицинскими приборами и оборудованием для проведения основных видов экспертиз.

В целях обеспечения реализации мероприятий, предусмотренных Федеральным законом от 19.11.2008 № 242–ФЗ «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации, необходимо обеспечить создание в структуре ГСМЭУ генетических лабораторий с оснащением специализированных рабочих мест и укомплектование персоналом, обладающим соответствующими знаниями и практическими навыками.

Во многих ГСМЭУ Российской Федерации лаборатории молекулярно–генетического профиля отсутствуют. Для развития в указанных учреждениях данного вида экспертной деятельности необходимо первоначально провести организационно–штатные мероприятия с развертыванием указанных лабораторий, подготовку (переподготовку) сотрудников, а в последующем обеспечить необходимым оборудованием и расходными материалами.

Учитывая, что единственным учреждением, проводящим все виды экспертных исследований, является ФГБУ «Российский центр судебно–медицинской экспертизы» Минздравсоцразвития России (РЦСМЭ), на него планируется возложить координирующую роль по вопросам подготовки кадров, разработки и внедрения современных технологичных методов экспертных исследований.

Такой подход обусловлен тем, что в структуре научно–практической деятельности РЦСМЭ приоритетно развиваются отрасли, которые принято называть «высокотехнологичными». В первую очередь речь идет о применении приемов и методов молекулярной генетики в решении вопросов идентификации, установлении кровного родства, а в ближайшей перспективе и

геномной регистрации. Особенно это важно в условиях массового одномоментного появления неопознанных погибших, при объективной невозможности проведения начальных этапов их исследований в условиях стационарного ГСМЭУ, в частности, в случаях выполнения профессиональных функций в условиях чрезвычайных ситуаций и техногенных катастроф.

Адекватного развития требует другое, не менее важное направление деятельности ГСМЭУ – судебно–химические и химико–токсикологические исследования, которые все чаще решают вопросы, связанные как с фармакокинетикой и фармакодинамикой, так и с синергизмом воздействия групп веществ (отравляющих, токсических, наркотических и др.) на организм человека.

Пожары на промышленных производствах, аварии на воздушном и железнодорожном транспорте, кораблекрушения речных и морских судов, выход из строя технических сооружений (прорывы плотин, взрывы шахт, зданий и туннелей), взрывы и радиоактивные выбросы на атомных электростанциях, выход токсических веществ в атмосферу, аварии на предприятиях, относятся к техногенным катастрофам. Техногенные аварии и катастрофы, локальные вооруженные конфликты, террористические акты – эти новые термины конца XX столетия прочно вошли в нашу жизнь, и требуют принципиально нового решения в подготовленности к работе в экстремальных условиях чрезвычайных ситуаций судебно–медицинских экспертов.

Каждая авария, либо техногенная катастрофа имеет свои отличительные черты по виду, масштабу разрушений; комплексу действующих повреждающих факторов, длительности их воздействия, которые в совокупности определяют количество человеческих жертв и характер разрушений объектов. Указанные факторы: определяют потребность в различных силах и средствах, обуславливают необходимость проведения определенного объема работы.

Особенности участия специалистов судебно–медицинских экспертных учреждений Минздрава России при проведении судебно–медицинской экспертизы погибших в результате ЧС техногенного характера, а также в обеспечении следственных действий, осуществляемыми правоохранительными органами в настоящее время сопровождаются объективными трудностями, связанными прежде всего с отсутствием необходимого оборудования.

Для повышения результативности работы специалистов судебно–медицинских экспертов требуется закупка и широкое внедрение в практику специальной техники, позволяющей решать судебно–медицинские задачи по сопровождению органов следствия на месте обнаружения трупа и при чрезвычайных ситуациях.

Особого внимания требует работа по посмертному выявлению у трупов прижизненных инфекционных заболеваний (ВИЧ, гепатитов В, С, туберкулеза) у тех умерших, которые при жизни не стояли на учете как инфицированные. Внедрение экспресс–тестирования до момента проведения судебно–медицинского исследования трупа позволит более эффективно проводить противоэпидемические мероприятия, направленные на выявление инфицированных лиц, контактировавших с умершим и снизить профессиональную заболеваемость судебно–медицинских экспертов. Учитывая актуальность и постоянно возрастающую значимость данной проблемы, необходимо проведение работ по испытанию тест–систем для выявления гепатитов В, С, ВИЧ, туберкулеза в трупной крови, адаптировав их методику и организацию под исследование трупной крови, а также внедрение обязательной первичной лабораторной диагностики трупной крови на ВИЧ, ВГ В, ВГ С и туберкулез с помощью аппаратных методов (ИФА, иммуноблоттинг, иммуногистохимия) в государственных судебно–медицинских экспертных учреждениях.

Необходимость совершенствования государственной судебно–медицинской экспертной деятельности обусловлена также решением руководства РФ о переподчинении ГСМЭУ.

Министерство здравоохранения Российской Федерации во исполнение поручения Председателя Правительства Российской Федерации от 22 февраля 2012 г. № ВП–П4–1006 по вопросу обеспечения выполнения подпункта «а» пункта 1 перечня поручений Президента Российской Федерации от 3 февраля 2012 г. № Пр–267 по передаче государственных судебно–медицинских экспертных учреждений из ведения субъектов Российской Федерации в ведение Министерства здравоохранения Российской Федерации разработало проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «О государственной судебно–экспертной деятельности в Российской Федерации» и передаче государственных судебно–экспертных учреждений органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и их подразделений в ведение федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно–правовому регулированию в сфере здравоохранения».

В ходе реализации мероприятия планируется реализация комплекса мер по совершенствованию правовых, организационных и финансовых механизмов обеспечения деятельности ГСМЭУ, включая:

внедрение единого порядка организации и производства судебно–медицинских экспертиз в ГСМЭУ Российской Федерации в соответствии с требованиями приказа Минздравсоцразвития России от 12.05.2011 № 346н, которым утверждены общие принципы и особенности производства отдельных видов судебно–медицинских экспертиз, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения ГСМЭУ медицинскими приборами и оборудованием для проведения основных видов экспертиз;

обеспечение реализации мероприятий, предусмотренных Федеральным законом от 19.11.2008 № 242–ФЗ «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации», обеспечить создание в структуре ГСМЭУ генетических лабораторий с оснащением специализированных рабочих мест и укомплектование персоналом, обладающим соответствующими знаниями и практическими навыками;

совершенствование деятельности судебно–медицинских экспертов на месте обнаружения трупа и при чрезвычайных ситуациях;

внедрение обязательной первичной лабораторной диагностики трупной крови на ВИЧ, ВГ В, ВГ С и туберкулез в ГСМЭУ.

Осуществление судебно–психиатрической экспертной деятельности в Российской Федерации регулируется: Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации в области здравоохранения, Законом Российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3184–1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Федеральным законом от 31.05.2001г. № 73–ФЗ «О государственной судебно–экспертной деятельности в Российской Федерации», Гражданским Кодексом Российской Федерации от 30.11.1994 года № 51–ФЗ; Уголовным кодексом Российской Федерации от 13.06.1996г. № 63–ФЗ, Гражданским процессуальным кодексом Российской Федерации от 14 ноября 2002 года № 138–ФЗ; Уголовно–процессуальным кодексом Российской Федерации от 18 декабря 2001 года № 174–ФЗ, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Инструкцией об организации производства судебно–психиатрических экспертиз в отделениях судебно–психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений), а также Федерального закона от 15.07.1995 №103–ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений (с изменениями и дополнениями).

В настоящее время в Российской Федерации система государственной судебно–психиатрической экспертной службы представлена единственным судебно–психиатрическим

экспертным учреждением федерального подчинения ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» и специализированными судебно–психиатрическими экспертными отделениями в структуре психиатрической службы субъектов Российской Федерации. Для осуществления диагностических процедур при производстве экспертной деятельности используется материально–техническая база психиатрических учреждений субъектов Российской Федерации.

Особую сложность составляет производство судебно–психиатрических экспертиз лицам, содержащимся под стражей, т.к. не решен вопрос охраны отделений для лиц, содержащихся под стражей, регламентируемый действующим законодательством. В связи с этим из 693 экспертных коек, развернутых в субъектах РФ, 166 (24%) находятся в СИЗО и ИВС.

Судебно–психиатрическая экспертная служба в субъектах РФ на сегодняшний день не располагает достаточным кадровым потенциалом, как в отношении численности экспертов, так и уровнем их профессиональной подготовки.

Министерство здравоохранения Российской Федерации во исполнение поручения Председателя Правительства Российской Федерации от 22 февраля 2012 г. № ВП–П4–1006 по вопросу обеспечения выполнения подпункта «б» пункта 1 перечня поручений Президента Российской Федерации от 3 февраля 2012 г. № Пр–267 по принятию мер, обеспечивающих производство судебно–психиатрических экспертиз исключительно в медицинских учреждениях и подразделениях, относящихся к ведению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения разработало проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «О государственной судебно–экспертной деятельности в Российской Федерации» и передаче государственных судебно–экспертных учреждений органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и их подразделений в ведение федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно–правовому регулированию в сфере здравоохранения».

Ожидаемые результаты:

увеличение количества ежегодно проводимых судебно–психиатрических экспертиз государственными судебно–психиатрическими экспертными учреждениями на 15 % к 2020 году;

обеспечение производства судебно–психиатрических экспертиз исключительно в медицинских учреждениях и подразделениях, относящихся к ведению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения;

возможность осуществления комплексной судебно–психиатрической экспертизы в каждом федеральном округе.

Сроки реализации мероприятий 2013–2015 гг.

Мероприятие 9.5. Государственный санитарно–эпидемиологический надзор

Реализация данного мероприятия включает в себя:

Осуществление федерального государственного санитарно–эпидемиологического надзора и контроля в установленной сфере деятельности в соответствии с Федеральным законом от 26.12.2008 № 294–ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».

Осуществление федерального государственного санитарно–эпидемиологического надзора и контроля, в том числе за средой обитания человека (атмосферным воздухом, водой, почвой), качеством и безопасностью пищевых продуктов, ионизирующим и неионизирующим излучением, образовательными и лечебно–профилактическими учреждениями, условиями труда.

Осуществление эпидемиологического надзора за инфекционными заболеваниями, вакцинопрофилактикой населения, вспышечной заболеваемостью, особо опасными

инфекционными заболеваниями, «забытыми» тропическими болезнями; усиление мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции.

Обеспечение санитарной охраны территории Российской Федерации, в том числе обеспечение мероприятий по санитарной охране территории Таможенного союза.

Реализацию планов медицинского и санитарно-эпидемиологического обеспечения, обеспечение контроля за проведением профилактических мероприятий в период подготовки и проведения зимних олимпийских игр в Сочи, Универсиады в Казани, саммита АТЭС во Владивостоке, чемпионата мира по футболу.

Обеспечение контрольно-надзорных мероприятий лабораторно-диагностическими исследованиями, экспертизами; проведение работ в очагах особоопасных инфекционных заболеваний, в том числе в очагах чумы; проведение дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий в очагах инфекционных заболеваний.

Обеспечение контрольно-надзорных мероприятий научно-исследовательскими и научно-методическими разработками, направленными на диагностику и лечение инфекционных и неинфекционных заболеваний, разработку и внедрение санитарных нормативов.

Мероприятие 9.6 Организация обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Реализация данного мероприятия включает в себя:

Организацию ведения федерального статистического наблюдения в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в том числе наблюдение за состоянием заболеваемости инфекционными и массовыми неинфекционными заболеваниями (отравлениями) в связи с вредным воздействием факторов среды обитания на человека, формирование открытых и общедоступных государственных информационных ресурсов в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Организацию и осуществление деятельности по социально-гигиеническому мониторингу, включая оценку, выявление изменений и прогноз состояния здоровья населения и среды обитания, установление и устранение вредного воздействия на человека факторов среды обитания.

Организацию внедрения системы оценки риска воздействия факторов среды обитания на здоровье человека.

Модернизацию материально-технической базы, информатизацию органов и организаций Роспотребнадзора.

Организацию и осуществление деятельности по повышению уровня санитарной культуры населения, формированию навыков здорового образа жизни.

Наблюдение за исполнением требований санитарного законодательства, анализ и прогнозирование состояния исполнения требований санитарного законодательства.

Совершенствование санитарного законодательства, в том числе в части реализации соглашений Таможенного союза и документов Евразийской экономической комиссии.

Реализацию концепции формирования электронного правительства в Российской Федерации, переход на предоставление государственных услуг Роспотребнадзора в электронном виде, внедрение информационных технологий в деятельность Роспотребнадзора, его органов и учреждений.

Реализацию Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений" по выполнению

государственных заданий и их финансовому обеспечению в отношении федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Роспотребнадзора;

Реализацию международных договоренностей, в части компетенции Роспотребнадзора, в рамках «Большой восьмерки – G –8», ВОЗ, ШОС, СНГ, Таможенного союза, Евразийской экономической комиссии, двухсторонних соглашений о сотрудничестве.

Характеристика мер государственного регулирования

Меры государственного регулирования в рамках данной Подпрограммы не применяются.

Прогноз сводных показателей государственных заданий по этапам реализации Подпрограммы (при оказании федеральными государственными учреждениями государственных услуг (работ) в рамках Подпрограммы)

Доведение государственного задания не предусмотрено.

Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации.

Субъекты Российской Федерации принимают совместное участие с Российской Федерацией в мероприятиях, реализуемых в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации.

Участие субъектов Российской Федерации в Подпрограмме отражено в таблице 7.

Информация об участии государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации Подпрограммы

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 7.

Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. Предоставление и распределение субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации планируется осуществлять согласно Правилам предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование объектов капитального строительства и реконструкции государственной собственности субъектов Российской Федерации (объектов капитального строительства муниципальных образований), закупку оборудования и расходных материалов, составленным в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 мая 2008 г., № 392 (Приложение № 1). Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблице 6.

Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы.

Риски, которые могут возникнуть в ходе реализации Подпрограммы, и меры по управлению ими соответствуют описанным в разделе «Анализ рисков реализации Государственной программы» Государственной программы «Развитие здравоохранения».

Подпрограмма 10. «Медико–санитарное обеспечение отдельных категорий граждан»

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	ФМБА России.
Соисполнители Подпрограммы	Не предусмотрены.
Участники Подпрограммы	Не предусмотрены.
Мероприятия Подпрограммы	<p>Мероприятие 10.1 Совершенствование медицинской помощи населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда</p> <p>Мероприятие 10.2 Медико-биологическое и медико-санитарное обеспечение спортсменов сборных команд Российской Федерации</p> <p>Мероприятие 10.3 Обеспечение функциональной готовности к оказанию медико-санитарной помощи в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций техногенного, природного и искусственного характера, инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлениях).</p> <p>Мероприятие 10.4 Развитие и внедрение инновационных технологий в сфере защиты отдельных категорий граждан от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы, а также обеспечение безопасности пилотируемых космических программ, водолазных и кессонных работ.</p>
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	Приоритетный национальный проект «Здоровье» (до 2015 г.). Ведомственная целевая программа ФМБА России «Медико-биологическое и медико-санитарное обеспечение спортсменов сборных команд Российской Федерации на 2011-2013 годы»
Цели Подпрограммы	<p>Повышение уровня здоровья и снижение смертности обслуживаемых контингентов лиц.</p> <p>Обеспечение потребности в медико-биологическом и медико-санитарном обеспечении спортсменов сборных команд Российской Федерации.</p> <p>Повышение своевременности и качества оказания медико-санитарной помощи при возникновении чрезвычайных ситуаций техногенного, природного и искусственного характера, инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлениях).</p> <p>Обеспечение защиты отдельных категорий граждан от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы.</p>
Задачи Подпрограммы	<p>Повышение эффективности мероприятий в области профилактики профессиональных заболеваний и оказания специализированной медицинской помощи больным с профессиональной патологией.</p> <p>Поддержка развития инфраструктуры лечебно-профилактического назначения, территориально интегрированной с базами подготовки спортивных сборных команд Российской Федерации.</p>

	<p>Повышение функциональной готовности медицинских формирований к оказанию медико-санитарной помощи при чрезвычайных ситуациях.</p> <p>Разработка инновационных технологий в сфере защиты отдельных категорий граждан от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы.</p>
<p>Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы</p>	<p>Процент охвата периодическими медицинскими осмотрами лиц из числа работников обслуживаемых организаций и населения обслуживаемых территорий;</p> <p>укомплектованность врачами-профпатологами;</p> <p>число пролеченных больных на профпатологических койках;</p> <p>количество учреждений, участвующих в медико-биологическом и медико-санитарном обеспечении кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта по годам;</p> <p>укомплектованность спортивных сборных команд Российской Федерации врачами и массажистами;</p> <p>количество внедренных инновационных технологий медико-биологического и медико-санитарного обеспечения в процесс подготовки кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта по годам;</p> <p>количество мероприятий по обеспечению постоянной готовности к оказанию медико-санитарной помощи в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций техногенного, природного и искусственного характера, инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлениях);</p> <p>количество гигиенических нормативов и государственных стандартных образцов.</p>
<p>Этапы и сроки реализации Подпрограммы</p>	<p>2013-2020 годы</p> <p>первый этап: 2013-2015 годы</p> <p>второй этап: 2016-2020 годы</p>
<p>Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. руб.</p>	<p>2013 г. – 36 680 857,70 тыс. руб.</p> <p>2014 г. – 41 140 431,10 тыс. руб.</p> <p>2015 г. – 41 876 407,30 тыс. руб.</p> <p>2016-2020 годы*</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы</p>	<p>Увеличение процента охвата периодическими медицинскими осмотрами работников обслуживаемых предприятий – до 98,2%;</p> <p>обеспечение потребности в медико-биологическом и медико-санитарном обеспечении кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации и спортивных сборных команд Российской Федерации;</p> <p>постоянная готовность к оказанию медико-санитарной помощи в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций техногенного, природного и искусственного характера, инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлениях);</p> <p>увеличение количества инновационных технологий в сфере защиты отдельных категорий граждан от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы</p>

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

Оказание медико–санитарной помощи работникам предприятий с особо опасными условиями труда, следуя принципам современного здравоохранения и, являясь одним из приоритетных направлений деятельности ФМБА России, требует постоянного совершенствования и дальнейшего развития.

Наделение Федерального медико–биологического агентства дополнительными полномочиями способствовало совершенствованию основных направлений деятельности в области медико–санитарного обеспечения работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения, проживающего в районах их расположения.

Необходимо отметить, что в 2009 году Агентство наделено еще одной важнейшей функцией – по медико–санитарному и медико–биологическому обеспечению спортсменов сборных команд Российской Федерации и их ближайшего резерва.

Особенность медицинской помощи, оказываемой Агентством, состоит в том, что оно осуществляет обслуживание:

контингента, работающего в стратегических отраслях промышленности (ракетно–космической, атомной, химического и биологического комплекса, водного транспорта), населения, проживающего вблизи предприятий стратегических отраслей промышленности,

контингента, попадающего в экстремальные ситуации в результате аварий и инцидентов, происшествий, терактов и др.

спортсменов сборных команд РФ и их ближайшего резерва.

Федеральное медико–биологическое агентство обслуживает около 1000 предприятий с вредными и опасными производственными факторами.

Специфическим направлением деятельности, отличающим ФМБА России от общей системы здравоохранения, является промышленное здравоохранение – раздел государственного здравоохранения, представляющий комплекс социально–экономических и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья работников предприятий.

Задачами промышленного здравоохранения, являются: оказание высококвалифицированной медико–санитарной помощи работающим с целью снижения заболеваемости, инвалидности и смертности, профилактики профессиональных заболеваний и производственного травматизма, сохранения трудоспособности работающих и обеспечение постоянной готовности к оказанию медицинской помощи в условиях возникновения чрезвычайных и аварийных ситуаций на обслуживаемых предприятиях.

Ключевым звеном промышленного здравоохранения в системе ФМБА России является цеховая служба, сохраненная и полноценно работающая в комплексе с психофизиологической службой и службой санитарно–эпидемиологического надзора, врачами по гигиене труда, по радиационной гигиене, проводящие совместные мероприятия по профилактике профпатологии.

Важной составляющей промышленного здравоохранения ФМБА России являются центры профпатологии. Сегодня в системе ФМБА России функционирует 10 центров профпатологии по всем основным профилирующим факторам и 405 профпатологических коек.

Центры профпатологии ФМБА России обеспечивают выполнение основной задачи – проведение углубленного обследования, экспертизы профпригодности и связи заболевания с профессией у лиц, работающих в опасных условиях труда и условиях воздействия вредных производственных факторов.

Ежегодно в среднем на 50–60 предприятиях, работники которых подвергались воздействию вредных производственных факторов фиксируются профессиональные заболевания, в среднем до 300 новых случаев в год.

Наибольшее количество профессиональных заболеваний обусловлено воздействием таких факторов как: шум и вибрация, а так же химический фактор.

Медико–санитарное обеспечение персонала и населения при радиационной или химической аварии входит в состав неотложных мероприятий, проводимых в кратчайшие сроки: спасение людей и оказание специализированной медицинской помощи пострадавшим, предупреждение разноса радиактивных и химических загрязнений за пределы территорий особого режима, введение и организация соблюдения на этих территориях санитарно–гигиенических ограничений для предотвращения переоблучения или отравления, предупреждение возникновения или распространения инфекционных заболеваний.

Решение данной задачи направлено на повышение готовности медицинской службы системы ФМБА России к преодолению последствий аварий и других чрезвычайных ситуаций.

Принципы сотрудничества и взаимодействия МЧС России с ФМБА России, как и с другими федеральными органами исполнительной власти, определены в законодательных и нормативных актах Российской Федерации. Однако, заключенное в мае 2009 года Соглашение о сотрудничестве и взаимодействии между МЧС России и ФМБА России расширяет рамки взаимодействия ведомств в решении проблем, представляющих интерес для обеих сторон.

Одной из основных функций ФМБА России является организация и проведение комплекса медико–санитарных мероприятий при чрезвычайных ситуациях на обслуживаемых предприятиях и территориях, оказание в необходимом объеме медицинской помощи пострадавшим.

Сложившаяся за многолетний период работы система предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций ФМБА России тесно интегрирована с соответствующими службами промышленных министерств и ведомств, МЧС России, Всероссийской службой медицины катастроф.

Свою деятельность ФМБА России осуществляет непосредственно или через свои территориальные органы, подведомственные организации во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления.

На обслуживаемых территориях и объектах учреждения и организации ФМБА России обеспечивают функционирование всех созданных Министерством функциональных подсистем Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.

В организации медико–санитарного обеспечения на других территориях Комиссии по ЧС ФМБА России взаимодействуют с Главными управлениями МЧС России по субъектам Российской Федерации, путем заключения соответствующих соглашений о взаимодействии.

В последнее десятилетие в Российской Федерации отмечается ухудшение медико–демографической ситуации, особенно среди лиц трудоспособного возраста. Отмечается резкий рост заболеваемости, инвалидности, смертности трудоспособного населения, ухудшение репродуктивного здоровья. Поэтому приоритетным направлением государственной социальной политики становится сохранение и укрепление важнейшей производительной силы общества – его трудовых ресурсов, которые определяют экономическое развитие и национальную безопасность страны.

Для оценки демографической ситуации на отдельных территориях, медико–санитарное обеспечение которых осуществляет ФМБА России, проведен анализ демографических показателей в закрытых административно–территориальных образованиях (далее – ЗАТО) и 10

городах АЭС. Демографическая ситуация на указанных территориях отражает общие тенденции в стране и характеризуется естественной убылью населения. В большинстве городов отмечается отрицательный естественный прирост населения.

Несмотря на увеличение численности населения в ЗАТО и сокращение в городах АЭС, процентное соотношение детей, работающих и неработающих лиц остается стабильным.

Численность детей в ЗАТО и городах АЭС за анализируемый период практически не изменилась и составила 16–17 % от численности всего населения ЗАТО и городов АЭС соответственно. По России в целом этот показатель равен 20%.

Основные проблемы государственной политики в области обеспечения медико-санитарного обеспечения отдельных категорий граждан определены Основами государственной политики в области ядерной и радиационной безопасности Российской Федерации на период до 2025 года по решению актуальных задач в области усиления защиты персонала, населения и окружающей среды, Основами государственной политики в области обеспечения химической и биологической безопасности Российской Федерации на период 2010 года и дальнейшую перспективу. Постановлением Правительства Российской Федерации от 16 мая 2005 г. № 303 «О разграничении полномочий федеральных органов исполнительной власти в области обеспечения химической и биологической безопасности Российской Федерации» определены проблемы медико-санитарной защиты населения и окружающей среды. Вопросы и проблемы космической медицины отражены в Федеральной комической программе на 2006 – 2015 годы.

Мероприятия 10.4 «Развитие и внедрение инновационных технологий в сфере защиты отдельных категорий граждан от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы, а также обеспечение безопасности пилотируемых космических программ, водолазных и кессонных работ» в первую очередь направлены на решении проблемных вопросов определённых вышеуказанными документами.

Целевая программа ведомства «Медико-биологическое и медико-санитарное обеспечение спортсменов сборных команд Российской Федерации на 2011–2013 годы» (далее – ведомственная программа) направлена на реализацию перечня практических мероприятий, обеспечивающих эффективную организацию оказания указанных государственных услуг, включая мероприятия по медико-биологическому и медико-санитарному обеспечению спортсменов сборных команд Российской Федерации – участников Паралимпийских игр и Сурдлимпийских игр.

Развитие инновационных медико-биологических технологий в спорте высших достижений за рубежом дает соперникам российских олимпийцев неоспоримые преимущества. Так, например, в Королевстве Нидерланды, одним из этапов развития спортивной медицины стала организация в учреждениях здравоохранения отделений спортивной медицины, которые включают физиолаборатории для диагностики и контроля за состоянием здоровья спортсменов. Контроль за состоянием здоровья профессиональных спортсменов осуществляют спортивно-медицинские консультационные центры, равномерно распределенные по всей стране и осуществляющие решение лечебно-профилактических задач, а также оснащенные всем необходимым для выполнения различных видов физической нагрузки спортсменов.

В Великобритании медицинское обеспечение спортсменов осуществляется медицинскими и научными институтами: Институты спорта Соединенного Королевства – сеть центров и экспертных групп, Английский институт спорта – национальная медицинская сеть по оказанию услуг и научным исследованиям, Национальный институт спортивной медицины – специализированная база данных о специалистах, оборудовании и оказываемых услугах, Британский олимпийский медицинский центр – всестороннее обслуживание спортсменов, тренеров и сотрудников органов управления олимпийским движением, Олимпийский

медицинский институт – оказывает услуги преимущественно олимпийцам, спортсменам мирового класса и другим профессиональным спортсменам.

Имеющиеся отечественные медико–биологические разработки, положительно зарекомендовавшие себя в практике здравоохранения, в том числе, в центрах ФМБА России, при их адаптации под задачи спорта высших достижений, могут составить реальную конкуренцию зарубежным аналогам, а по некоторым направлениям – и превзойти.

Учитывая изложенное, решение указанных задач требует реализации комплекса мер организационно–нормативного, материально–технического, научного, кадрового и координационного характера с учетом имеющегося мирового опыта.

Таким образом, эффективное медико–биологическое и медико–санитарное обеспечение спортсменов сборных команд Российской Федерации может быть обеспечено лишь при использовании программно–целевого метода.

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы, цели, задачи и показатели (индикаторы) достижения целей и решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов Подпрограммы, сроков и контрольных этапов реализации Подпрограммы

Реализация Подпрограммы осуществляется в соответствии с целями и задачами определенными:

Концепцией долгосрочного экономического развития Российской Федерации задачами которой являются повышение эффективности системы организации медицинской помощи, в том числе обеспечение доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех ее этапах, развитие системы оказания первичной медико–санитарной помощи и повышение роли профилактического лечения лиц, состоящих в группе риска по социально значимым заболеваниям, совершенствование службы скорой медицинской помощи и развитие санитарно–авиационной скорой медицинской помощи с оптимизацией сроков ее оказания и использованием эффективных методов лечения на догоспитальном этапе, оптимизация стационарной помощи, оказываемой населению на основе интенсификации занятости койки с учетом ее профиля, разработку и реализацию мер по сокращению потерь трудоспособного населения путем снижения смертности от управляемых причин.

Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года направленной на увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, рост рождаемости, сохранение и укрепление здоровья населения и улучшение на этой основе демографической ситуации в стране.

Цели, задачи, показатели, результаты, сроки и контрольные этапы реализации Подпрограммы отражены в паспорте Подпрограммы.

Целью ведомственной программы «Медико–биологическое и медико–санитарное обеспечение спортсменов сборных команд Российской Федерации на 2011–2013 годы» является – поддержание высокой физической работоспособности кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации, обеспечивающей достижение высших спортивных результатов, а также создание условий для профилактики, диагностики, лечения и реабилитации спортсменов после заболеваний и травм.

Формирование инфраструктуры лечебно–профилактического назначения, территориально интегрированной с базами подготовки спортивных сборных команд Российской Федерации, позволяющей обеспечить 100%–й охват кандидатов в спортивные сборные команды Российской

Федерации по видам спорта всеми видами медицинской помощи в ходе тренировочно-соревновательной деятельности.

Обеспечение квалифицированными медицинскими кадрами спортивных сборных команд Российской Федерации.

Реализация медико-биологических технологий, обеспечивающих тренировочно-соревновательный уровень подготовки кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта.

Поддержание физического состояния и здоровья спортсменов во время проведения спортивных мероприятий, повышение функциональных возможностей организма спортсменов.

В ходе реализации программы будут достигнуты следующие результаты:

Снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности спортсменов вследствие заболеваний и травм в результате занятий профессиональным спортом.

Обеспечение кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта эффективными медико-биологическими технологиями достижения и поддержания спортивной формы на заданном уровне.

Увеличение продолжительности спортивной карьеры рекордсменов Мира и Европы, победителей и призеров международных соревнований на срок от 3-х до 5-ти лет.

Мероприятие 10.1 Совершенствование медицинской помощи населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда

Основная цель деятельности медучреждений ФМБА России направлена на сохранение и укрепление здоровья персонала предприятий и объектов, а также населения прилегающих территорий от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы в условиях ракетно-ядерного и химического разоружения, конверсии и разработки новых технологий, снижение неблагоприятного влияния особо опасных производств на окружающую среду и сохранение профессиональной трудоспособности работающих.

Важным фактором в обеспечении радиационной, химической и биологической безопасности населения и территорий, обслуживаемых Федеральным медико-биологическим агентством, является система медико-санитарного обеспечения ФМБА России, одной из основных задач которой является проведение мероприятий по выявлению и устранению влияния особо опасных факторов физической, химической и биологической природы на здоровье работников обслуживаемых организаций и населения обслуживаемых территорий.

Система медицинского обеспечения таких предприятий и объектов включает проведение предварительных медицинских осмотров, пред- и после- сменных медицинских осмотров, периодических медицинских осмотров, проведение лечебно-профилактических и реабилитационно-восстановительных мероприятий, осуществление мониторинга здоровья персонала предприятий и населения.

В ходе реализации данного мероприятия планируется организация оказания специализированной медицинской помощи взрослому населению, подлежащему обслуживанию ФМБА России, путем внедрения современных методов диагностики и лечения различных заболеваний, в том числе социально-значимых.

По повышению доступности и качества специализированной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов, новорожденным, детям, в том числе первого года жизни, и подросткам, проживающим на обслуживаемых территориях, планируется:

участие в реализации мероприятий программы «Родовый сертификат» для прикрепленного контингента по оказанию в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, новорожденным, а также по наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет;

оснащение оборудованием (создание) современных учреждений родовспоможения, в том числе перинатальных центров, в которых будут концентрироваться наиболее сложные контингенты беременных женщин из числа обслуживаемого контингента с тяжелой акушерской и перинатальной патологией, и где в полном объеме на современном уровне будет оказываться специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь.

Совершенствование специализированной медицинской помощи женщинам и детям предусматривает обеспечение доступности и качества медицинской помощи, оказываемой службами репродуктивного здоровья, перинатальной и педиатрической помощи; укрепление материально–технической базы лечебно–профилактических учреждений родовспоможения и детства; обеспечение профилактики заболеваемости, инвалидности и смертности в детском и подростковом возрасте.

В целях повышения доступности и качества высокотехнологичной медицинской помощи для обслуживаемого населения планируется обеспечить федеральные специализированные медицинские учреждения и государственные образовательные учреждения высшего профессионального и послевузовского образования современным медицинским оборудованием для развития новых высоких медицинских технологий и внедрения их в медицинскую практику.

Предполагается дальнейшее участие в реализации мероприятий по повышению эффективности и усилению первичного звена здравоохранения, сохранению и оптимальному использованию кадрового потенциала медицинских работников за счет поддержки и развития инфраструктуры амбулаторно–поликлинической помощи, усиления мотивации персонала (осуществление денежных выплат врачам–терапевтам участковым, врачам–педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) и медицинским сестрам, работающим с названными врачами за оказание дополнительной медицинской помощи, а также медицинскому персоналу фельдшерско–акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медсестрам скорой медицинской помощи) работающим в учреждениях ФМБА России и оказывающим медицинскую помощь прикрепленному контингенту

С целью реализации мероприятий по выявлению социально значимых заболеваний на ранних стадиях необходимо разработать и обеспечить реализацию профилактических программ скрининговых обследований работающего населения из обслуживаемого контингента, активной диспансеризации с целью раннего выявления, эффективного лечения и профилактики заболеваний, в том числе социально значимых, являющихся основной причиной смертности и инвалидности трудоспособного населения Российской Федерации.

В целях усиления контроля за здоровьем работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами и для сохранения и укрепления здоровья работающих граждан и продления их профессионального долголетия в перечень профилактических мероприятий дополнительно будут включены: развитие цеховой службы, материально–техническое переоснащение здравпунктов, дополнительно к участковому принципу оказания медицинской помощи работающим гражданам планируется внедрение в практику

работы цеховой службы «скрининг–программ», разработка и внедрение автоматизированного рабочего места цехового врача.

Планируется создание и обеспечение действия системы оценки, контроля и управления профессиональными рисками на рабочем месте, что потребует создания необходимой нормативно–правовой и информационно–технической базы с последующим проведением комплекса организационно–правовых, финансово–экономических, производственно–технологических, социальных, медицинских и санитарно–гигиенических мероприятий, направленных на минимизацию воздействия неблагоприятных производственных факторов на здоровье работников.

Снижение риска воздействия опасных химических, биологических и радиационных факторов на человека и окружающую среду будет решаться путем систематического мониторинга опасных химических, биологических и радиационных факторов и контроля исполнения законодательства Российской Федерации в области химической и биологической безопасности.

Особое внимание уделяется вопросам обеспечения готовности лечебно–профилактических учреждений ФМБА России к деятельности в условиях чрезвычайных ситуаций и оказанию медицинской помощи пострадавшим.

Профиль, количество, сроки готовности нештатных формирований функциональной подсистемы, а также лечебно–профилактические и санитарно–эпидемиологические учреждения, на базе которых они создаются, определяются руководителями органов управления здравоохранением исходя из медико–санитарной обстановки при возможных чрезвычайных ситуациях.

В составе лечебно–профилактических учреждениях ФМБА России, обслуживающих объекты промышленности, другие опасные объекты (в том числе объекты по хранению и уничтожению химического оружия) созданы специализированные аварийные формирования. В системе ФМБА России действуют специализированные центры, в том числе токсикологический и профпатологии. На базе специализированных центров созданы специализированные профильные бригады, оснащенные современным оборудованием и медикаментами.

В рамках реализации настоящей подпрограммы предусмотрено:

дальнейшая модернизация и развитие лечебно–профилактических учреждений, задействованных в подсистеме медико–санитарной помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях в организациях (на объектах), находящихся в ведении ФМБА России;

разработка и внедрение современных медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации населения при воздействии факторов физической, химической и биологической природы;

обеспечение прикрепленного контингента средствами индивидуальной защиты, приборами радиационного, химического и биологического контроля, лекарственными средствами, медицинскими препаратами, вакцинами, антитоксинами и другими средствами медицинской защиты.

Проводимые мероприятия позволят улучшить профессиональный отбор работников на участки производств с особо опасными условиями труда, увеличить интенсивность труда и снизить риск аварийных ситуаций.

Мероприятие 10.2 Медико–биологическое и медико–санитарное обеспечение спортсменов сборных команд Российской Федерации.

В рамках реализации ведомственной программы предусмотрены мероприятия:

Обеспечение проведения информативных углубленных медицинских обследований 100 % кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта, в том числе с использованием специализированных средств и методов на базе существующих лечебно-профилактических учреждений.

Проведение модернизации учреждений, участвующих в медико-санитарном и медико-биологическом обеспечении кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта.

Обеспечение спортивных сборных команд Российской Федерации лекарственными препаратами (в т.ч. инновационными), биологическими активными добавками, изделиями медицинского назначения.

Обеспечение деятельности психофизиологической службы спортивных сборных команд Российской Федерации.

Создание и ведение электронного регистра состояния здоровья кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта.

Амбулаторно-поликлиническое и стационарное лечение спортсменов в создаваемых Отделениях спортивной медицины.

Оплата труда врачей и среднего медицинского персонала спортивных сборных команд Российской Федерации

Оплата командировочных расходов врачей и среднего медицинского персонала спортивных сборных команд Российской Федерации

9. Выполнение медико-биологических исследований в интересах обеспечения подготовки кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта

В рамках первого мероприятия ведомственной программы предполагается обеспечить проведение информативных углубленных медицинских обследований 100 % кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации в соответствии с требованиями Приказа Минздравсоцразвития России от 9 августа 2010 г. № 613н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий" по видам спорта, в том числе с использованием специализированных средств и методов на базе существующих лечебно-профилактических учреждений.

Второе мероприятие ведомственной программы предусматривает приведение материально-технической базы подведомственных ФМБА России, участвующих в медико-санитарном и медико-биологическом обеспечении спортсменов сборных команд Российской Федерации, в соответствии с требованиями, предъявляемым к перечню оборудования для проведения углубленных медицинских обследований кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта, в том числе с использованием специализированных средств и методов.

Третье мероприятие ведомственной программы предполагает обеспечение спортивных сборных команд Российской Федерации лекарственными препаратами (в т.ч. инновационными), биологически активными добавками, изделиями медицинского назначения в ходе подготовки и проведении спортивных мероприятий. Реализация указанного мероприятия позволит обеспечить контроль над использованием спортсменами эффективной и качественной продукции, соответствующей особенностям тренировочно-соревновательной деятельности.

В рамках четвертого мероприятия ведомственной программы предусматривается создание психофизиологической службы в сфере спорта высших достижений. Функционирование психофизиологической службы спортивных сборных команд Российской Федерации необходимо для достижения стабильности спортивного результата, реализации скрытых резервов организма

спортсменов. Одновременно это должно стать альтернативой зависимости от допинговых средств.

В рамках оснащения психофизиологической службы спортивных сборных команд Российской Федерации должна быть произведена закупка специальных психофизиологических комплексов нейрофизиологической и психолого–реабилитационной аппаратуры для работы штатных психофизиологов в составе мобильных бригад при обследованиях и в составе спортивных сборных команд Российской Федерации в экспедиционном режиме.

Пятое мероприятие предполагает создание информационного ресурса, позволяющего автоматизировать сбор, обобщение и анализ данных о состоянии здоровья спортсмена. Для обеспечения работы системы электронного регистра потребуется разработка программного обеспечения, закупка серверного, коммуникационного и компьютерного оборудования, лицензий на стандартное программное обеспечение. Для обеспечения функционирования электронного регистра состояния здоровья кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта должна осуществляться реализация комплекса мер по поддержанию в работоспособном состоянии серверного и компьютерного оборудования, аренду каналов связи, а также мер по защите персональных данных кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта. Будет предусмотрена система интеграции и обмена информацией создаваемого электронного регистра состояния здоровья кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта ФМБА России с аналитическим центром Минспорта России.

Шестое мероприятие ведомственной программы предусматривает создание Отделений спортивной медицины в составе ЛПУ, осуществляющих амбулаторно–поликлиническое и стационарное лечение спортсменов сборных команд Российской Федерации и кандидатов.

Седьмое мероприятие ведомственной программы предусматривает обеспечение расходов на оплату труда дополнительного медицинского персонала, обеспечивающего подготовку спортсменов сборных команд Российской Федерации.

Восьмое мероприятие ведомственной программы предусматривает обеспечение расходов, связанных с командировками медицинского персонала, обеспечивающего подготовку спортсменов сборных команд Российской Федерации.

Девятое мероприятие ведомственной программы предусматривает постановку и выполнение комплекса научно–исследовательских и опытно–конструкторских работ по следующим направлениям:

- разработка комплекса медико–биологических критериев и технологий, позволяющих осуществлять отбор кандидатов в состав спортивных сборных команд Российской Федерации;

- разработка средств и методов контроля функционального состояния спортсмена на всех этапах тренировочно–соревновательного цикла;

- разработка медико–технических требований и эффективных способов коррекции функциональных состояний кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта;

- разработка медико–биологических технологий повышения физиологических возможностей при интенсивных тренировочных и соревновательных нагрузках в спорте высших достижений и медико–гигиенических основ спортивного долголетия;

- разработка медико–биологических технологий реабилитации и восстановительного лечения для спорта высших достижений;

- разработка индивидуальных программ медико–биологического обеспечения по видам спорта и алгоритмов применения инновационных технологий в спортивной медицине.

Мероприятие 10.3 Обеспечение функциональной готовности к оказанию медико–санитарной помощи в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций техногенного, природного и искусственного характера, инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлениях)

Сложившаяся за многолетний период работы система предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций ФМБА России тесно интегрирована с соответствующими службами промышленных министерств и ведомств, МЧС России, Всероссийской службой медицины катастроф.

Свою деятельность ФМБА России осуществляет непосредственно или через свои территориальные органы, подведомственные организации во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления.

Для решения поставленных задач по подготовке сил и средств к задействованию в ликвидации и минимизации последствий чрезвычайных ситуаций, в том числе при радиационных, ядерных и химических авариях в ФМБА России проведены следующие мероприятия:

- созданы и функционируют органы управления системой предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (далее – ЧС) ФМБА России;
- обеспечена постоянная работа органов управления формирований и специализированных служб;
- созданы запасы материальных средств для работы в условиях ЧС и ликвидации последствий террористических проявлений;
- созданы системы оповещения и информационного обеспечения;
- созданы Комиссии по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности (КЧС и ПБ);
- обеспечено функционирование всех созданных Минздравсоцразвития России функциональных подсистем Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций;
- реализуется программа развития службы крови;
- обеспечена поддержка принятия управленческих решений при оказании пострадавшим специализированной медицинской помощи;
- обеспечено научно–методическое руководство подведомственных организаций при оказании медицинской помощи при ЧС и ликвидации и минимизации последствий террористических проявлений, в том числе связанных с угрозой применения радиоактивных и химических отравляющих веществ;
- подготовлена коечная сеть для развёртывания в объёме до 30 000 коек;
- организованы Аварийный медицинский радиационно–дозиметрический центр АМРДЦ (ФГУ «ФМБЦ им. А.И. Бурназяна» ФМБА России), Южно–Уральский региональный аварийный медико–дозиметрический центр (ЮУРАМДЦ) на базе ФГУП «Южно–Уральский институт биофизики» ФМБА России (Челябинская область), Аварийный Северо–западный медико–санитарный центр (АСЗМСЦ) на базе ФГУП «НИИ промышленной и морской медицины» ФМБА России (г. Санкт–Петербург);
- создан и функционирует Токсикологический центр на базе ФГУЗ «КБ № 123» ФМБА России);
- обеспечена разработка и производство специальных медикаментов – антидотов и радиопротекторов (ФГУП «НПЦ Фармзащита» ФМБА России).

Основные направления участия ФМБА России в ликвидации медико–санитарных последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера:

–участие специализированных формирований учреждений ФМБА России в ликвидации медицинских последствий ЧС природного и техногенного характера;

–использование ЛПУ ФМБА России для оказания медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной пострадавшим при чрезвычайных ситуациях;

–обеспечение учреждений Всероссийской службы медицины катастроф препаратами крови и кровезаменителями;

–участие в создании, освежении и поддержании резервов медицинского имущества и лекарственных средств для обеспечения деятельности медицинских формирований при оказании медицинской помощи;

–создание запаса необходимого оборудования, аппаратуры, средств и материалов для экспресс–индикации радиоактивных и химических веществ, биологических агентов из объектов внешней и производственной среды, а также диагностики и профилактики заболеваний, вызываемых перечисленными веществами и агентами;

–создание запасов профилактических антидотных препаратов, радиопротекторов, вакцинных и сывороточных препаратов для экстренной профилактики радиационных и химических поражений, инфекционных заболеваний;

–организация и проведение радиационной, химической и эпидемиологической разведки с целью выявления и установления границ территорий, подвергшихся радиоактивному, химическому, биологическому и иному заражению;

–участие в проведении экстренных мероприятий по локализации и ликвидации очагов радиационного, химического и биологического заражения не только на обслуживаемых территориях и в обслуживаемых организациях, но и на смежных территориях;

–контроль готовности специализированных стационаров, изоляторов, обсерваторов и др. к массовому приему, диагностике и лечению пострадавших в результате радиационного и химического поражения, а также инфекционных заболеваний;

–организация и обеспечение проведения медико–социальной экспертизы населению, пострадавшему при ЧС и ликвидации и минимизации последствий террористических проявлений;

–обеспечение деятельности учреждений медико–социальной экспертизы в условиях чрезвычайных ситуаций;

–оформление населению, пострадавшему от чрезвычайной ситуации, документов, необходимых для обеспечения выплат по социальному страхованию, в том числе от несчастных случаев на производстве;

–координация мер по осуществлению социальной и профессиональной реабилитации граждан, пострадавших от чрезвычайной ситуации, их санаторно–курортное лечение.

В лечебно–профилактических учреждениях ФМБА России предусмотрено развертывание экстренных коек от 50 – до 200 коек в каждом учреждении, создан резерв коек для оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим в ЧС.

Учитывая специфику деятельности ФМБА России, особое внимание уделяется вопросам радиационной, химической и биологической безопасности.

Системой госсанэпиднадзора ФМБА России осуществляются мероприятия по предотвращению сверхнормативного облучения людей и радиоактивного загрязнения объектов внешней среды, продуктов питания, воды и сельхозпродукции.

Научно – методическое сопровождение работы медико–санитарных частей по обеспечению готовности и действиям в условиях ЧС при авариях, связанных с химическими

факторами, осуществляют НИИ гигиены, токсикологии и профпатологии ФМБА России (г. Волгоград) и НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека ФМБА России (г. Санкт–Петербург), Токсикологический центр «ФГУЗ КБ № 123» ФМБА России.

Предусмотрено создание 3–х аналитико–диагностических центров химической безопасности.

В составе ФМБА России имеется специализированное предприятие – Научно–производственный центр «Фармзащита», являющийся производителем средств медицинской защиты, в том числе антидотов для оказания помощи при поражении отравляющими веществами.

Территориальные органы ФМБА России (межрегиональные и региональные управления ФМБА России в количестве 42) и учреждения, обеспечивающие их деятельность (ФГУЗ Центры гигиены и эпидемиологии ФМБА России – далее ФГУЗ ЦГиЭ в количестве 60), организуют и участвуют в проведении мероприятий по предупреждению, выявлению причин, локализации и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, радиационных, химических и биологических инцидентов, распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений).

Для ликвидации последствий ЧС на объектах и территориях обслуживаемых ФМБА России созданы и функционируют штатные и нештатные формирования.

На прикрепленных территориях проводится регулярный радиационный мониторинг с помощью передвижных радиологических лабораторий; проводится выборочный радиационный контроль автотранспорта при въезде и выезде с закрепленных территорий; проводится выборочный радиационный контроль квартир, в которых проживает персонал радиационно опасных объектов, проводятся регулярные целевые проверки объектов надзора и контроля в целях выявления нарушений санитарных правил при обращении с источниками ионизирующих излучений, в том числе с радиоактивными отходами.

Данная схема применяется в условиях повседневной деятельности Центров гигиены и эпидемиологии ФМБА России, в составе которых имеются также формирования повышенной готовности.

Указанные формирования в случае радиационных аварий готовы в течение нескольких часов провести предварительную индикацию радиоактивных загрязнений и в течение суток провести окончательную индикацию радионуклидов (изотопный состав, расчет доз) и дать рекомендации для принятия решений по защите населения.

Эта же схема применима и в случае террористических актов с применением источников ионизирующего излучения.

Аварийный медицинский радиационно–дозиметрический центр (АМРДЦ) является подразделением постоянной готовности для ликвидации последствий радиационных аварий.

Данное подразделение при необходимости может придаваться для усиления Центрам гигиены и эпидемиологии ФМБА России в случае радиационной аварии и может быть использовано также в случае террористических актов на всей территории Российской Федерации.

Основной задачей АМРДЦ является оперативная оценка, научное обеспечение принятия управленческих решений по вопросам медико–санитарного обеспечения в случае радиационных аварий на предприятиях Росатома в других отраслях.

В составе центра имеется специализированная выездная бригада быстрого реагирования для оказания практической помощи пострадавшим в случае радиационной аварии или террористического акта с применением радиоактивных веществ.

В этом случае также планируется оказание практической, дозиметрической, методологической помощи лечебно–практическим учреждениям ФМБА России, территориальным органам и учреждениям системы Минздрава России.

Центр осуществляет научное обоснование адекватного обеспечения лиц, пострадавших в результате радиационной аварии, своевременной специализированной медицинской помощью, проводит консультативную и экспертную поддержку, научное обоснование и поддержку принятия управленческих решений в системе специализированной службы экстренной медицинской помощи ФМБА России.

По согласованию с ФМБА России АМРДЦ принимает непосредственное участие в проведении противоаварийных работ по запросам министерств и ведомств Российской Федерации и зарубежных организаций.

Деятельность ФМБА России по защите населения обслуживаемых территорий и персонала потенциально опасных объектов при возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера или террористических проявлений осуществляется в рамках функциональных подсистем Минздрава России Единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС.

Мероприятие 10.4 Развитие и внедрение инновационных технологий в сфере защиты отдельных категорий граждан от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы, а также обеспечение безопасности пилотируемых космических программ, водолазных и кессонных работ.

Мероприятие направлено на повышение эффективности реализации медико–технических проектов в области здравоохранения, направленных на раннюю диагностику и профилактику, эффективное лечение, реабилитацию отдельных категорий граждан подверженных воздействию особо опасных факторов физической, химической и биологической природы с целью максимального сокращения сроков восстановления их трудоспособности.

Создание и усовершенствование средств и методов сохранения здоровья и работоспособности космонавтов, водолазов и работников водного транспорта.

Медико–биологическое обеспечение охраны здоровья населения закрытых административно–территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека факторами физической, химической и биологической природы.

Ожидаемыми конечными результатами реализации мероприятия будут разработка и внедрение в практику инновационных лекарственных средств и методов профилактики, диагностики и лечения, развитие инновационной инфраструктуры в сфере оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан, мониторинг и прогнозирование состояния производственной и окружающей среды, предотвращение и ликвидации её загрязнения.

Одним из важных направлений является обеспечение прорывных результатов в медицинских исследованиях, способных дать начало новым лекарственным препаратам, технологиям и продуктам, является развитие инновационной инфраструктуры для оказания медико–санитарной помощи отдельным категориям граждан.

Имеющиеся мощности организаций ФМБА России достаточны для проведения определенного круга исследований, однако не могут обеспечить получение прорывных разработок. Кроме того, различный уровень оснащенности организаций, осуществляющих инновационный поиск в сфере здравоохранения, существенно снижает возможности комплексирования их усилий и работы над совместными проектами.

В рамках данного мероприятия планируется разработка и внедрение в практику инновационных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний, обусловленных воздействием особо опасных факторов физической, химической и биологической природы. Разработка системы мероприятий, средств и методов медико–биологического обеспечения безопасности длительных космических полётов, глубоководных водолазных и кессонных работ.

Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации.

Участие субъектов Российской Федерации в Подпрограмме не предусматривается.

Информация об участии государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации Подпрограммы

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 7.

Характеристика мер государственного регулирования

Меры государственного регулирования в рамках данной Подпрограммы не применяются.

Характеристика мер правового регулирования в сфере реализации Подпрограммы

В целях реализации Подпрограммы необходима разработка и принятие, а также внесении изменений в ранее и изданные, нормативные правовые акты о реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)», нормативных актов, регулирующих реализацию отдельных (в том числе и новых) мероприятий подпрограммы.

Прогноз сводных показателей государственных заданий по этапам реализации Подпрограммы (при оказании федеральными государственными учреждениями государственных услуг (работ) в рамках Подпрограммы)

Доведение государственного задания будет осуществляться в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «О некоммерческих организациях» и Федеральным законом «Об автономных учреждениях», а также иными нормативными актами, регулирующими формирование государственного задания.

Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета. Предоставление и распределение субсидий из федерального бюджета подведомственным учреждениям планируется осуществлять согласно Федеральному закону от 10.05.2010 № 83–ФЗ. Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблице 6.

Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы.

Риски, которые могут возникнуть в ходе реализации Подпрограммы, и меры по управлению ими соответствуют описанным в разделе «Анализ рисков реализации Государственной программы» Государственной программы «Развитие здравоохранения».

www.rosminzdrav.ru

Подпрограмма 11. «Управление реализацией Программы»

Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Минздрав России
Соисполнители Подпрограммы	ФМБА России
Участники Подпрограммы	Российская академия медицинских наук
Перечень основных мероприятий Подпрограммы	Мероприятие 11.1 Информационно–аналитическая поддержка реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения». Мероприятие 11.2 Информатизация здравоохранения, включая развитие телемедицины. Мероприятие 11.3 Реализация функций центральных аппаратов ответственных исполнителей Программы. Мероприятие 11.4 Совершенствование статистического наблюдения в сфере здравоохранения.
Программно–целевые инструменты Подпрограммы	Отсутствуют
Цели Подпрограммы	Повышение эффективности управления качеством медицинской помощи и охраны здоровья населения Российской Федерации.
Задачи Подпрограммы	Внедрение элементов проектного менеджмента в управление отраслью. Информатизация здравоохранения, включая развитие телемедицины. Институциональные преобразования, направленные на создание системы управления качеством медицинских услуг. Организация персонализированной работы медицинских организаций с высокорисковыми группами пациентов, в том числе с использованием мобильной связи, SMS, сети Интернет. 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. Масштабирование базы знаний и внедрение электронных образовательных курсов и систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медицинских работников.
Целевые индикаторы и	Соответствие плановой и фактической оценок эффективности

показатели Подпрограммы	реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения».
Этапы и сроки реализации Подпрограммы	Подпрограмма реализуется в течение всего периода реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения»
Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. руб.	2013 г. – 3 746 203,20 тыс. руб. 2014 г. – 3 638 167,60 тыс. руб. 2015 г. – 3 602 356,10 тыс. руб. 2016–2020 годы*
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы	Реализация Государственной программы «Развитие здравоохранения» в соответствии с требованиями к разработке, реализации и оценке эффективности реализации Государственных программ Российской Федерации; удовлетворённость населения качеством оказываемой медицинской помощи на уровне не менее 70% опрошенных к 2020 году.

Характеристика сферы реализации Подпрограммы, описание основных проблем в указанной сфере и прогноз ее развития

На протяжении последних лет в России реализуется курс на внедрение в процесс государственного управления современных инструментов стратегического планирования и управления, ориентированных на управление по результатам (программно–целевой подход). На программную структуру переходит процесс формирования федерального бюджета.

Переход на инновационную модель развития России возможен при условии модернизации подходов к организации управления, в том числе и в государственной сфере. В настоящее время значительная часть программных инициатив реализуется в рамках текущей деятельности федеральных органов исполнительной власти, что сужает возможности для эффективного применения всех инструментов.

Значительное число соисполнителей и максимальная вовлечённость региональных органов исполнительной власти в реализацию Программы говорит о критической важности вопросов межведомственной координации и выстраивания единого механизма управления для успешной реализации Программы. Это означает необходимость явного выделения функции управления и связанных с ней мероприятий в отдельную Подпрограмму. При реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» целесообразно применение проектного подхода к управлению, формирование специализированных органов управления Программой, выделение в отдельные мероприятия действий, направленных на создание и поддержку функционирования инструментов управления в здравоохранении.

В рамках реализации Государственной программы необходимо создание эффективной системы информационно–аналитического обеспечения принятия решений. В условиях глобальной конкуренции (в том числе и конкуренции за привлечение и удержание человеческого капитала) необходимо существенно повысить возможности оперативного реагирования на изменение ситуации, максимально сократить сроки получения информации о ходе реализации Программы. Это возможно сделать только при выработке единой централизованной политики информационного обеспечения.

В рамках перехода на одноканальную модель финансирования медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования должны быть созданы управленческие механизмы, определяющие развитие федеральных государственных учреждений. Большинство современных научно–исследовательских проектов носит межведомственный и междисциплинарный характер, таким образом, становится неактуальным деление учреждений по видам деятельности (образовательные, научные и лечебные) и, как следствие, управление видами деятельности. Необходимо рассматривать федеральные государственные учреждения как сосредоточение различных компетенций в рамках единого коллектива профессионалов. Для эффективной реализации научного потенциала каждое из учреждений должно иметь определенные цели, а также возможности для их достижения (инфраструктуру), объединенные в единую стратегию развития. По мере выработки указанных сценарных решений внутренняя структура Государственной программы будет претерпевать определенные изменения.

Отдельной проблемой, согласно Концепции долгосрочного развития, является недостаточная приспособленность системы государственной статистики к целям управления инновационным развитием. Статистические данные, отражающие ключевые параметры инновационного развития, становятся доступными с лагом в несколько лет. Формы государственного статистического наблюдения позволяют оценить качество проводимых мероприятий, что особенно актуально для мероприятий, являющихся новыми для российской системы здравоохранения (например, паллиативная помощь). В связи с этим необходимо изменение аналитичности форм государственного статистического наблюдения, чтобы они могли быть в полной мере соотнесены с проводимыми в рамках реализации Государственной программы мероприятиями, отражали взаимное влияние проводимых мероприятий и порядков оказания медицинской помощи. В той же мере данная проблема относится и к аналитичности бюджетного процесса.

Как следствие, Государственная программа, являясь основным управленческим документом развития здравоохранения в масштабах государства, может и должна быть поэтапно переструктурирована по мере формирования необходимых аналитических признаков в соответствии с утвержденной структурой Программы. Соответственно, предполагается в течение 2013–2014 годов пересмотр объемов и распределения средств, выделяемых на реализацию мероприятий Программы. Имеющиеся в настоящее время финансовые инструменты не позволяют выделять финансирование по отдельным мероприятиям Программы. Реализация мероприятий Государственной программы требует поэтапного повышения аналитичности финансовой структуры ее подпрограмм и возможного перераспределения финансовых потоков между мероприятиями в зависимости от их эффективности и влияния на достижение показателей Государственной программы.

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы, цели, задачи и показатели (индикаторы) достижения целей и решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов Подпрограммы, сроков и контрольных этапов реализации Подпрограммы

Согласно Концепции долгосрочного социально–экономического развития Российской Федерации политика государства в том числе ориентирована на обеспечение эффективности системы государственного управления. Это особенно актуально в условиях усиливающейся глобальной конкуренции, которая также приобретает характер конкуренции не только в сфере бизнеса, но и в сфере систем государственного управления.

В этой связи реализация масштабных инвестиционно–направленных государственных программ должна быть в высокой степени сопряжена с применением самых современных стандартов управления при их реализации.

Цели, задачи, показатели, результаты, сроки и контрольные этапы реализации Подпрограммы отражены в паспорте Подпрограммы.

Мероприятие 11.1 Информационно–аналитическая поддержка реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения»

В деятельности в сфере здравоохранения основополагающее значение имеют системность соответствующих мероприятий, их нормативно–правовое, материально–техническое, информационно–аналитическое, технологическое, а также научное обеспечение.

Реализация цели создания системы качественного и доступного здравоохранения эффективно достигается только при применении программно–целевого подхода.

Для целей оценки медико–социальной и экономической эффективности реализации Программы в деятельность органов управления здравоохранением, учреждений здравоохранения будут внедрены ключевые показатели эффективности. Важность и актуальность применения методов оценки эффективности затрат в здравоохранении очевидна и рассматривается в контексте перехода с механизма финансирования отрасли к принципам бюджетирования, ориентированного на результат, когда эффективность использования имеющихся материальных ресурсов становится ключевым показателем эффективности функционирования системы.

Одним из важнейших факторов успешной реализации мероприятий Программы является их информационно–аналитическое обеспечение, основой которого являются формирование и эффективное использование информационных ресурсов, современных технических средств и информационных технологий в целях создания оптимальных условий для анализа текущего состояния и контроля хода выполнения Программы. Это необходимо для максимально полного удовлетворения информационных потребностей федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Повышение качества и оперативности сбора, обработки и анализа информации во всех элементах системы здравоохранения (включая, в частности, информацию, необходимую в сфере медицинской науки, информацию о кадровом составе, информацию о состоянии рынка медицинских услуг, медицинской техники и лекарственных средств и др.), ее обобщение и предоставление в форме, удобной для оперативной выработки вариантов управленческих решений, являются основой создания и внедрения эффективно действующих системы контроля качества в сфере здравоохранения. Их внедрение, в частности, позволит осуществлять детальный и своевременный контроль деятельности медицинского персонала и состояния медицинской техники.

В качестве одного из главных элементов обеспечения качества оказываемой медицинской помощи следует рассматривать разработку профессиональными сообществами (ассоциациями) клинических рекомендаций (руководств), содержащих сведения по профилактике, диагностике, лечению конкретных заболеваний и синдромов, которые будут служить основой для разработки стандартов медицинской помощи, индикаторов качества лечебно–диагностического процесса. При этом должен быть обеспечен доступ специалистов к указанным информационным материалам. Получение новых результатов исследований, новых методик, информации об изменении цен, изменении лекарственной устойчивости (биоорганизмов), введение новых врачебных специальностей могут и должны учитываться при управлении нормативной базой

(порядками) и являться основанием для пересмотра порядков, в том числе в части штатного расписания лечебно–профилактических учреждений.

Реализация данного мероприятия напрямую связана с построением эффективной системы принятия решений на основе систематического поступления информации об изменении факторов риска, информации о ходе реализации каждого из мероприятий, информации о действиях исполнителей и соисполнителей Программы.

Важной составляющей данного мероприятия будет выстраивание системы прогнозирования и оценки рисков, в том числе системы построения долгосрочных и среднесрочных прогнозов развития системы здравоохранения и медицинской науки в мировом масштабе.

В рамках мероприятий будут осуществляться следующие основные функции:

сбор и систематизация статистической и аналитической информации о реализации мероприятий Программы;

проведение экспертизы проектов на всех этапах реализации Программы;

проведение независимой оценки показателей результативности и эффективности мероприятий Программы, их соответствия целевым индикаторам и показателям;

внедрение и обеспечение применения информационных технологий в целях управления реализацией Программы и контроля за ходом мероприятий Программы;

подготовка аналитической информации для принятия управленческих решений тактического и стратегического характера.

Мероприятие 11.2 Информатизация здравоохранения, включая развитие телемедицины.

Существенным сдерживающим фактором в развитии здравоохранения является недостаточное применение современных информационных технологий. На настоящий момент уже реализованы процессы обобщения и предоставления в электронном виде на вышестоящий уровень агрегированной информации. При этом не в полной мере внедрены методы систематизации медицинской информации. Соответственно необходимо создание и применение алгоритмов аналитической обработки информации для целей управления в здравоохранении. Развитие отрасли сдерживают не в полной мере решенные проблемы информационной безопасности, связанные с соблюдением требований конфиденциальности личных данных пациентов и персональных данных о состоянии здоровья пациента.

Кроме этого, в медицинских организациях недостаточно широко используются современные информационно – телекоммуникационные технологии телемедицины. Существующие отдельные аппаратно – программные решения для телемедицины не носят системного характера, отсутствует единое информационное пространство телемедицины. Широкое внедрение телемедицины на основе единой технологической и технической политики позволит существенно повысить эффективность оказания первичной медико–санитарной помощи, путем проведения удаленного скрининга высокорисковых групп пациентов на уровне первичного звена, повышения качества диагностики социально–значимых заболеваний на уровне первичного звена, повышения эффективности оказания скорой и неотложной медицинской помощи за счет использования технологии ГЛОНАСС, повышения доступности консультационных услуг медицинских экспертов для населения за счет использования телемедицинских консультаций.

Разработаны опытные образцы оборудования и программных средств для анализа реализации и прогнозирования выполнения работ по приоритетным направлениям развития

здравоохранения, мониторинга и оценки эффективности управления бюджетными ресурсами, информационно-поисковых систем хранения и обработки мультимедийной информации, в том числе телемедицинской информации.

Созданы основы для создания электронной базы знаний в сфере здравоохранения. Имеются инновационные решения в области электронных образовательных курсов, систем поддержки принятия врачебных решений на основе базы знаний. Главной задачей в этой сфере в краткосрочной перспективе является масштабирование базы знаний и внедрение электронных образовательных курсов и систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медицинских работников.

Одновременно планируется решать задачу по созданию и масштабированию аппаратно – программных решений для оказания медицинских услуг медицинским работником на основе современных информационно – телекоммуникационных технологий. В настоящее время по результатам реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в медицинских организациях проведено существенное обновление парка медицинского оборудования. Современное медицинское оборудование имеет возможность представления информации в цифровом виде, что позволяет создавать автоматизированные рабочие места для медицинских специалистов различных профилей. Создание автоматизированных рабочих мест позволяет повысить точность и объективность диагностических исследований, снизить количество рутинных операций в повседневной деятельности медицинского работника, повысить оперативность и достоверность передачи медицинской информации о состоянии здоровья пациента между медицинскими работниками, в том числе между медицинскими работниками разных медицинских организаций.

Перечень мероприятий по внедрению современных информационных систем в здравоохранение сформирован в соответствии с инновационным сценарием социально-экономического развития Российской Федерации, определенным Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. N 1662-р (далее соответственно – инновационный сценарий, Концепция).

Инновационный сценарий в наибольшей степени соответствует идеологии общества, ориентированного на постиндустриальную экономику. При реализации инновационного сценария мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение решают задачи не только в сфере информационных технологий, но и становятся инструментом решения задач модернизации в здравоохранения, регионального развития и интеграции в мировое хозяйство, повышения качества человеческого капитала и стандартов жизни населения.

На реализацию мероприятий по внедрению современных информационных систем в здравоохранение будут влиять следующие риски:

- невыполнение инновационного сценария;

- неактуальность планирования, запаздывание согласования мероприятий относительно развития технологий;

- недостаточная гибкость и слабая адаптируемость мероприятий к изменению мировых тенденций развития информационных технологий в здравоохранении, внешним факторам и организационным изменениям органов государственной власти;

- дублирование и несогласованность выполнения работ в рамках других государственных программ и мероприятий, предусматривающих внедрение современных информационных технологий в здравоохранение;

пассивное сопротивление использованию современных информационных технологий со стороны медицинского сообщества;

пассивное сопротивление отдельных граждан и общественных организаций, вызванное этическими, моральными, культурными и религиозными причинами, проведению мероприятий по созданию информационных баз, реестров, классификаторов и единого идентификатора гражданина.

Мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение, включая развитие телемедицины реализуются путем создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее – Система).

Система позволит обеспечить решение комплекса задач по следующим направлениям:

повышение эффективности управления в сфере здравоохранения на основе информационно–технологической поддержки решения задач прогнозирования и планирования расходов на оказание медицинской помощи, а также контроля за соблюдением государственных гарантий по объему и качеству ее предоставления;

повышение качества оказания медицинской помощи на основе совершенствования информационно–технологического обеспечения деятельности медицинских и фармацевтических организаций, их персонала, учащихся медицинских и фармацевтических учреждений.

студентов медицинских и фармацевтических средних профессиональных и высших учебных заведений, научно–исследовательских организаций;

повышение информированности населения по вопросам ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний, получения медицинской помощи, качества обслуживания в медицинских организациях, а также осуществления деятельности в сфере здравоохранения на основе обеспечения возможностей электронного взаимодействия с соответствующими уполномоченными органами.

Общая архитектура Системы состоит из сегментов – централизованных общесистемных компонентов, единого информационного пространства в здравоохранении и прикладных компонентов.

Сегмент централизованных общесистемных компонентов обеспечивает хранение больших объемов данных, их защиту от потери и несанкционированного доступа, информационное взаимодействие между прикладными компонентами Системы.

С точки зрения автоматизируемых функций прикладные информационные системы подразделяются на транзакционные, управленческие и справочные.

Транзакционные системы обеспечивают формирование первичной информации о деятельности медицинских и фармацевтических организаций, а также автоматизацию информационного обмена как внутри медицинских и фармацевтических организаций, так и между ними.

Управленческие системы обеспечивают информационную поддержку осуществления функций органов государственной власти, органов местного самоуправления, страховых медицинских организаций и территориальных фондов обязательного страхования и других организаций.

Справочные системы обеспечивают информационную поддержку населения по вопросам здравоохранения, медицинского персонала организаций, студентов медицинских и фармацевтических средних профессиональных и высших учебных заведений.

Центральным элементом инфраструктуры Системы является федеральный центр обработки данных (далее – Федеральный ЦОД).

На инфраструктуре Федерального ЦОД размещаются:

федеральные прикладные компоненты Системы;

централизованные на федеральном уровне компоненты, обеспечивающие интеграцию региональных и учрежденческих прикладных систем в здравоохранении, а также интеграцию с инфраструктурой «Электронного Правительства»;

централизованные общесистемные компоненты единого информационного пространства в здравоохранении.

Доступ конечных пользователей к прикладным компонентам Системы осуществляется с учетом обеспечения информационной безопасности через «тонкий клиент». Федеральные и региональные компоненты в составе Системы взаимодействуют между собой через единое информационное пространство. Межведомственное информационное взаимодействие, а также предоставление государственных услуг в электронном виде осуществляется через инфраструктуру «Электронного Правительства».

Создание Системы осуществляется в два этапа.

На первом этапе «Базовая информатизация» в 2011–2012 годах введены в промышленную эксплуатацию следующие компоненты Системы:

система ведения расписания приемов специалистов, проведения консультаций, в том числе телемедицинских, и загрузки мощностей медицинской организации, а также электронной записи на прием к врачу, с учетом возможности интеграции с внешними информационными системами с использованием облачных технологий;

система, обеспечивающей управленческий учет административно–хозяйственной деятельности медицинских организаций, в том числе автоматизирующей функции взаимодействия со страховыми медицинскими организациями в части формирования и оплаты счетов за оказанную медицинскую помощь, и управленческий кадровый учет в медицинских организациях, на основе существующих федеральных управленческих систем с использованием облачных технологий информационно–аналитическая система в части поддержки принятия управленческих решений на основе данных мониторинга, регистровых данных и данных первичного учета в здравоохранении в связи с изменениями сроков работ;

единая система идентификации, аутентификации и авторизации пользователей, в целях обеспечения достоверности и непротиворечивости данных, а также сервиса защищенного обмена почтовыми сообщениями.

система ведения электронной медицинской карты и сервисов доступа к ней с использованием сервисно–ориентированных и облачных технологий;

система ведения реестра нормативно – справочной информации, словарей медицинских терминологий и регистра электронных документов;

регистр паспортов медицинских организаций, медицинского оборудования и медицинской техники, врачей и медицинского персонала;

система мониторинга региональных программ модернизации здравоохранения;

Федеральная электронная медицинская библиотека

система для проведения удаленного скрининга удаленного скрининга высокорисковых групп пациентов и социально значимых заболеваний.

К концу 2012 года в интересах 50% сотрудников профильных структурных подразделений органа управления здравоохранением каждого субъекта Российской Федерации, органов местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере здравоохранения, обеспечена возможность использования следующих подсистем, создаваемых на федеральном уровне Системы, в том числе:

паспорт медицинской организации; регистр медицинского оборудования и медицинской техники, регистра медицинского и фармацевтического персонала;

мониторинга реализации программ в здравоохранении;

обеспечения персонифицированного учета медицинской помощи и лекарственного обеспечения;

ведения специализированных регистров по отдельным нозологиям и категориям граждан.

Кроме этого, к концу 2012 года в интересах не менее чем 50% сотрудников профильных структурных подразделений органа управления здравоохранением, территориального фонда обязательного медицинского страхования каждого субъекта Российской Федерации, органов местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере здравоохранения, обеспечена возможность использования компонентов регионального уровня Системы, в том числе:

система управления кадрами органа управления здравоохранением, территориального фонда обязательного медицинского страхования;

система управления материально–техническим обеспечением и основными средствами органа управления здравоохранением, территориального фонда обязательного медицинского страхования;

система управления финансами органа управления здравоохранением;

система организации закупок на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг органа управления здравоохранением, территориального фонда обязательного медицинского страхования;

система электронного документооборота органа управления здравоохранением, территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Одновременно, к концу 2012 года в рамках каждого субъекта Российской Федерации обеспечена возможность осуществления в электронном виде следующих функций в следующих минимальных объемах:

В каждом медицинском учреждении:

ведение персонифицированного учета оказанной медицинской помощи;

управление взаиморасчетами за оказанную медицинскую помощь (для учреждений, участвующих в ОМС);

анализ деятельности и формирование отчетности;

учет административно–хозяйственной деятельности;

электронная регистратура, запись на прием к врачу, выдача направлений.

Весь санитарный транспорт к концу 2012 года будет оснащен бортовой аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS на базе многофункциональных приемных устройств, начато оборудование станций (отделений) скорой медицинской помощи навигационно–информационным оборудованием для мониторинга и управления санитарным транспортом, функционирующим с использованием систем ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS, а также приобретение аппаратно–программных комплексов, функционирующих с использованием спутниковых навигационных технологий, для обеспечения функций диспетчеризации санитарного транспорта

В учреждениях здравоохранения, не обеспеченных информационными системами поддержки их деятельности, к концу 2012 года будет обеспечен удаленный доступ не менее 80% сотрудников профильных структурных подразделений к созданным информационным системам федерального уровня.

В рамках Государственно программы в 2013–2020 годах планируется реализация следующих мероприятий:

завершение работ по стандартизации в сфере медицинской информатики;
завершение мероприятий по созданию Федерального ЦОД, перенос на него основных централизованных общесистемных компонентов Системы, а также федеральных прикладных компонентов;

продолжение работ по защищенному подключению медицинских организаций к сети общего пользования Интернет;

продолжение реализации программ стимулирования внедрения современных информационных систем в деятельность медицинских организаций;

продолжение реализации мероприятий по популяризации использования информационных технологий в здравоохранении;

масштабирование аппаратно – программных решений для оказания медицинских услуг медицинским работником на основе современных информационно – телекоммуникационных технологий

масштабирование базы знаний и внедрение электронных образовательных курсов и систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медицинских работников;

создание специализированных медицинских экспертных систем и включение их в медицинские информационные системы в качестве инструментов формально–логического контроля;

внедрение телемедицины на основе единой технологической и технической политики;

внедрение систем удаленного скрининга высокорисковых групп пациентов;

совершенствования системы обеспечения вызовов скорой медицинской помощи по единому номеру «103, с использованием технологии ГЛОНАСС, обеспечение работоспособности унифицированного программного решения для обеспечения функции диспетчеризации санитарного автотранспорта во всех субъектах Российской Федерации, с использованием технологии ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS, интеграция с системой обеспечения вызовов экстренных оперативных служб по единому номеру «112»;

разработка и внедрение решений для оперативного круглосуточного сбора сведений о состоянии здоровья человека на основе применения информационных технологий, компьютерного оборудования и датчиков;

Повышение оперативности оказания медицинской помощи высокорисковым группам пациентов, за счет использования технологий дистанционного скрининга.

создание специализированных информационных ресурсов для медицинских работников и граждан по вопросам здравоохранения создание системы поддержки принятия врачебных решений при постановке диагноза, выборе методики лечения и назначении лекарственных препаратов

Обеспечение работоспособности и бесперебойной работы прикладных компонентов единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения с целью перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, использования телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;

Создание телемедицинской инфраструктуры на федеральном уровне, на уровне субъекта Российской Федерации и на уровне межрайонных центров экстренной специализированной медицинской помощи;

Организация персонализированной работы медицинских организаций с высокорисковыми группами пациентов, в том числе с использованием мобильной связи, SMS, сети Интернет;
поддержка инновационных проектов по внедрению современных информационных систем в здравоохранение.

В области информатизации здравоохранения предусматривается реализация Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере. Основной целью создания Системы является обеспечение эффективной информационной поддержки процесса управления системой медицинской помощи, а также процесса оказания медицинской помощи.

Ожидаемый социально-экономический эффект от создания и внедрения Системы включает:

снижение смертности, инвалидности и осложнений, связанных с медицинскими ошибками, низким уровнем оперативности, полноты и достоверности информации о состоянии здоровья пациентов и имеющихся ресурсах в системе здравоохранения;

снижение дополнительных затрат на лечение несвоевременно диагностированных заболеваний, затрат, связанных с низким уровнем оперативности предоставления медицинской помощи по причине отсутствия необходимой информации, исправлением последствий медицинских ошибок, выплат по инвалидности, а также затрат, связанных с компенсационными выплатами в результате медицинских ошибок;

повышение трудового потенциала нации за счет снижения временной и постоянной потери трудоспособности населения в результате заболеваний;

снижение стоимости медицинской помощи за счет сокращения количества излишних лабораторных исследований и их дублирования, перехода на использование цифровых технологий при проведении радиологических исследований, снижения затрат времени медицинского персонала на поиск и доступ к необходимой информации о пациенте, работу с трудночитаемыми бумажными медицинскими документами, подготовку учетных и отчетных документов, за счет повышения эффективности медико-экономической экспертизы и иных механизмов финансового контроля;

снижение затрат на лекарственное обеспечение за счет повышения точности планирования потребности в дорогостоящих и скоропортящихся лекарственных средствах,

повышение качества и доступности медицинского обслуживания, лекарственного обеспечения и обеспечения населения изделиями медицинского назначения за счет внедрения лучших практик, стандартизации и повышения точности планирования и распределения необходимых объемов медицинской помощи и ресурсов в системе здравоохранения, а также перехода на преимущественно одноканальное финансирование медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования;

снижение затрат за счет внедрения лучших практик, стандартизации, централизации и сокращения дублирования компонентов вычислительной и телекоммуникационной инфраструктуры в рамках единого информационного пространства в сфере здравоохранения.

Также в рамках мероприятия решается задача обеспечения системы эпидемиологической, популяционной, медико-генетической информации, необходимой для моделирования и прогнозирования.

К концу 2012 года Министерство здравоохранения Российской Федерации будет иметь около 40 информационных систем в сфере здравоохранения и федеральный центр обработки данных, которые будут использоваться всеми медицинскими организациями системы обязательного медицинского страхования (8 300 юридических лиц в 83 субъектах Российской Федерации).

Для успешной реализации государственной программы «Развитие здравоохранения» необходимо обеспечения работоспособности единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ) и дальнейшего развития ЕГИСЗ и выполнение работ:

обеспечение работоспособности федерального центра обработки данных (в том числе обеспечение информационной безопасности, разработки и размещения на временной площадке федерального центра обработки данных основных централизованных общесистемных компонентов);

обеспечение услуг единой защищенной вычислительной сети (IP VPN), с использованием технологии многопротокольной коммутации меток (VPN L3), с совокупной пропускной мощностью организуемой сети 127,2 Гбит/сек основных каналов и 63,5 Гбит/сек резервных каналов;

обеспечение работоспособности и внедрение прикладных компонентов единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (переход на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде), общее количество информационных систем – 41;

подключение новых пользователей прикладных компонентов единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения с учетом масштабирования региональных компонентов в субъектах Российской Федерации, общее количество пользователей к концу 2013 года составит 1 500 тыс. человек, к концу 2014 года – 3 000 тыс. человек;

обеспечение работоспособности унифицированного программного решения для обеспечения функции диспетчеризации санитарного автотранспорта во всех субъектах Российской Федерации, с использованием технологии ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS.

Реализация данных мероприятий обеспечит успешное функционирование единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения до 2020 года.

Успешное внедрение и применение информационно-коммуникационных технологий в сфере здравоохранения с учетом зарубежного опыта должно способствовать системной модернизации отрасли, достижению основных целей государственной политики в сфере здравоохранения, включая повышение доступности и качества медицинской помощи, предоставление возможности на новом качественном уровне проводить как планирование, так и контроль за использованием бюджетных средств, удовлетворение потребности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи, получение общей статистической картины по заболеваемости населения по всей стране, совершенствование квалификации медицинского персонала, повышение информированности граждан в вопросах здравоохранения.

Мероприятие 11.3 Реализация функций центральных аппаратов исполнителей Программы.

В значительной части, и в первую очередь, в области нормативного и правового регулирования, реализация мероприятий Программы осуществляется ответственным исполнителем Программы, соисполнителями Подпрограмм Государственной программы, в соответствии с параметрами утвержденной Государственной программы и в рамках установленной компетенции.

Важнейшим элементом реализации Программы является взаимосвязь планирования, реализации, мониторинга, уточнения и корректировки Программы. Управление реализацией Программы должно строиться в соответствии с ее структурой и обозначенными целями и задачами. Успешная реализация Программы возможна только при внедрении программно-

целевого подхода к управлению. Для этого должна быть определена организационная структура управления реализацией Программы.

Должен быть определен состав участников управления. При этом структура и квалификация административно-управленческого персонала должны корреспондировать структуре Государственной программы. Представляется целесообразным проведение в Министерстве здравоохранения Российской Федерации реструктуризации, направленной на выделение ответственных профильных структурных подразделений в зависимости от тематики предлагаемых Подпрограмм.

В качестве административных функций этих структурных подразделений должна быть определена координация выполнения соответствующих мероприятий, мониторинг их реализации и контроль за реализацией мероприятий. Соответственно, должны быть разработаны планы работы указанных структурных подразделений на долгосрочный и краткосрочный период. В качестве показателя эффективности работы структурного подразделения должно выступать достижение значений целевых индикаторов, определенных Государственной программой.

В качестве исполнителей мероприятий Программы выступают также учреждения, подведомственные Министерству. Должны быть разработаны и утверждены программы развития подведомственных учреждений соответствующего профиля, отражающие, в том числе, деятельность учреждений в рамках выполнения мероприятий Программы. Исходя из направлений деятельности, зафиксированных в программах развития, определяются цели и задачи, позволяющие установить этим учреждениям соответствующее государственное задание.

В рамках формирования государственного задания подведомственным учреждениям науки основная часть работ по данному направлению будет связана с совершенствованием существующих и формулированием новых порядков и стандартов оказания медицинской помощи. Решение поставленных задач будет осуществляться путем проведения аналитической, экспертной, исследовательской работы, результатом которой должна стать не только актуализация порядков и стандартов оказания медицинской помощи, но и разработка методического сопровождения по их применению в практическом здравоохранении.

Структура сети подведомственных Министерству учреждений должна быть изменена. Целесообразно создание системы головных научно-исследовательских институтов различных профилей. Головные НИИ будут курировать тематические направления научных исследований, являться координаторами научных исследований, а также будут формировать профильные программы исследований. В рамках этой деятельности головные НИИ могут руководить не только своими штатными специалистами, но и формировать сообщество профильных специалистов вне зависимости от ведомственной принадлежности.

Для подведомственных учреждений должны быть определены индикаторы эффективности их деятельности, а также критерии эффективности деятельности руководителя. Требуется изменения действующая система мотивации руководителей учреждений. Она должна быть направлена на повышение эффективности основного вида деятельности учреждения, для осуществления которого это учреждение создано.

Мероприятие 11.4 Совершенствование статистического наблюдения в сфере здравоохранения.

Для оценки происходящих в здравоохранении преобразований требуется создание единой автоматизированной статистической информационной системы для чего необходима разработка научно обоснованной системы статистических показателей и научная организация статистического наблюдения.

Система статистических показателей является единой для всех уровней управления, обеспечивается единой методологией их исчисления. Она призвана обеспечить получение информации, которая будет характеризовать состояние и развитие здравоохранения на всех уровнях управления.

Получение необходимых данных о количественных и качественных значениях статистических показателей должно изменяться в соответствии с требованиями системы статистических наблюдений.

Совершенствование статистического наблюдения обеспечит повышение содержательности, достоверности и оперативности отчетных данных на основе статистической отчетности или данных мониторингов.

Основной целью системы отчетных показателей является контроль за проведением, выполнением и достижением целевых индикаторов.

Программный подход позволит проводить целевой комплекс мероприятий по совершенствованию системы статистического наблюдения – от постановки вопросов до разработки конкретных форм отчетности.

В настоящее время уже разработаны некоторые основные направления совершенствования системы статистического наблюдения: это формирование на базе системы статистических показателей деятельности здравоохранения перечня важнейших мероприятий по наблюдению за ходом реализации госпрограммы.

Последовательность этапов разработки и реализации совершенствования статистического наблюдения:

1. Необходимо определить перечень показателей, для сплошного наблюдения, а также перечень показателей и объектов статистического наблюдения; информация по ним может быть получена при помощи выборочного наблюдения и единовременного учета.

2. Разработка и внедрение форм отчетности для сплошного наблюдения, а также программ и форм выборочного наблюдения и математического аппарата для распространения данных выборочного наблюдения на всю совокупность объектов.

3. Оснащение медицинских организаций средствами вычислительной техники и современными программами обработки информации.

Характеристика мер государственного регулирования

Меры государственного регулирования разрабатываются ответственным исполнителем в первый год реализации Подпрограммы.

Характеристика мер правового регулирования в сфере реализации Подпрограммы

Меры правового регулирования разрабатываются ответственным исполнителем в первый год реализации Подпрограммы.

В частности, меры правового регулирования связаны с подготовкой и внедрением в практику: Приказов, распоряжений на уровне исполнителей Программы, связанных с утверждением единых и скоординированных правил и норм управления реализацией мероприятиями Программы, взаимодействия участников.

Приказов, распоряжение на уровне Правительства Российской Федерации в области институциональных преобразований в системе управления здравоохранением. В частности, институциональных преобразований в структуре Минздрава России.

Прогноз сводных показателей государственных заданий по этапам реализации Подпрограммы (при оказании федеральными государственными учреждениями государственных услуг (работ) в рамках Подпрограммы)

Доведение государственного задания будет осуществляться в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «О некоммерческих организациях» и Федеральным законом «Об автономных учреждениях», а также иными нормативными актами, регулирующими формирование государственного задания.

Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления в соответствии со своими полномочиями реализуют функцию управления практической реализацией мероприятий Программы на территории соответствующего субъекта Российской Федерации.

Участие субъектов Российской Федерации в Подпрограмме отражено в таблице 7.

Информация об участии государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации Подпрограммы

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 7.

Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. Предоставление и распределение субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации планируется осуществлять согласно Правилам предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование объектов капитального строительства и реконструкции государственной собственности субъектов Российской Федерации (объектов капитального строительства муниципальных образований), закупку оборудования и расходных материалов, составленным в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 мая 2008 г. № 392 (Приложение № 1). Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Объём финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы формируется на основании планирования средств на содержание центральных аппаратов ответственных исполнителей Программы, ответственных исполнителей Подпрограмм, соисполнителей Программы как часть средств, связанных с реализацией Программы.

Средства, затрачиваемые на внедрение современных информационно – телекоммуникационных технологий в здравоохранение, определяются необходимостью обеспечения бесперебойного функционирования имеющихся информационно – телекоммуникационных технологий в медицинских организациях, средств, необходимых для разработки соответствующих специализированных аппаратно – программных комплексов, их установки и внедрения, а также средств необходимых для поддержания в актуальном состоянии

информационных систем в сфере здравоохранения и реализации процесса их ведения информационных систем в сфере здравоохранения.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблице 6.

Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы.

Риски, которые могут возникнуть в ходе реализации Подпрограммы, и меры по управлению ими соответствуют описанным в разделе «Анализ рисков реализации государственной Программы» Государственной программы «Развитие здравоохранения».

www.rosminzdrav.ru

ФЕДЕРАЛЬНАЯ ЦЕЛЕВАЯ ПРОГРАММА

«Развитие фундаментальной и трансляционной медицины» (ПРОЕКТ)

ПАСПОРТ

федеральной целевой программы «Развитие фундаментальной и трансляционной медицины»

Наименование Программы	– федеральная целевая программа «Развитие фундаментальной и трансляционной медицины»
Основание для разработки Программы	– ВП–П8–2322. Комплексная программа развития биотехнологий в Российской Федерации на период до 2020 года (утв. Правительством Российской Федерации 24.04.2012 № 1853п–П8)
Государственный заказчик–координатор Программы	– Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственные заказчики Программы	– Министерство здравоохранения Российской Федерации, Российская академия медицинских наук
Основные разработчики Программы	– Министерство здравоохранения Российской Федерации
Цели Программы	– повышение эффективности реализации медико–технических проектов в области здравоохранения, направленных на раннюю диагностику и постановку диагноза, эффективное лечение, реабилитацию больных с целью максимального сокращения сроков восстановления их трудоспособности; повышение оперативности комплексного представления данных о состоянии здоровья человека медицинским специалистам для повышения качества и эффективности оказания медицинской помощи, безопасности и снижения рисков для здоровья пациентов, непрерывности, доступности и оперативности оказания медицинской помощи
Задачи Программы	– развитие инфраструктуры для формирования современной материальной базы, как основы для проведения

биомедицинских научных исследований, в том числе на доклиническом этапе;

получение, разработка и внедрение в практику инновационных методов лечения;

оказание медицинской помощи лицам с применением современных достижений биологии и медицины;

разработка решений для оперативного круглосуточного сбора сведений о состоянии здоровья человека на основе применения информационных технологий, компьютерного оборудования и датчиков;

разработка и внедрение решений для проведения отсроченных консультаций, консультаций в режиме реального времени, дистанционного контроля за физиологическими параметрами здоровья пациента, дистанционного проведения диагностических и лечебных манипуляций, медицинских видеоконференции, телеконсилиумов, телесеминаров, телелекций и прочих медицинских услуг, оказываемых с использованием современных информационно-телекоммуникационных технологий

Основные целевые индикаторы и показатели

– количество новых лекарственных средств, доведенных до стадии клинических исследований;

Программы

количество новых клеточных продуктов;

количество научных работников с индивидуальным индексом Хирша более 10;

количество новых диагностических тест-систем;

количество специалистов, прошедших подготовку и переподготовку

Основные мероприятия Программы

– создание 4 центров доклинических трансляционных исследований;

создание 1 национального центра стратегических биомедицинских технологий и биобезопасности;

создание 2 центров биоинформатики;

создание инфраструктуры 10 центров коллективного пользования на базе высших учебных заведений Минздрава России, включая центр инновационного образования;

разработка научных платформ по приоритетным научным исследованиям: «онкология», «инфекции», «сердечно-

	сосудистые заболевания», «профилактическая среда», «эндокринология», «неврология», «педиатрия», «репродуктивное здоровье», «психиатрия и зависимости», «регенеративная биомедицина», «иммунология», «инвазивные технологии», «клиническая фармакология»
Сроки и этапы реализации Программы	– Программа реализуется в 1 этап – 2013 – 2020 годы
Объемы и источники финансирования Программы	– Общий объем финансирования Программы в 2013–2020 годах составляет 150 млрд. рублей, в том числе: 2013 год – 5,7 млрд. руб., 2014 год – 21,8 млрд. руб., 2015 год – 24,5 млрд. руб., 2016 год – 15,6 млрд. руб., 2017 год – 17,6 млрд. руб., 2018 год – 19,6 млрд. руб., 2019 год – 21,6 млрд. руб., 2020 год – 23,6 млрд. руб.
Ожидаемые результаты реализации Программы и показатели ее социально-экономической эффективности	– доступная и качественная диагностика, лечение больных, в том числе с использованием малоинвазивных, органосберегающих методов лечения; получение, разработка и внедрение в практику инновационных лекарственных средств и методов лечения; развитие инновационной инфраструктуры в сфере здравоохранения; оказание медицинской помощи лицам с применением современных достижений биологии и медицины

ФЕДЕРАЛЬНАЯ ЦЕЛЕВАЯ ПРОГРАММА

«РАЗВИТИЕ ЯДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ НА 2014–2018 ГОДЫ» (ПРОЕКТ)

ПАСПОРТ

федеральной целевой программы «Развитие ядерной медицины»

Наименование Программы	– федеральная целевая программа «Развитие ядерной медицины»
------------------------	-------------------------------------------------------------

Основание для разработки Программы	– поручение Президента Российской Федерации от 01.06.2011 № Пр–1559
Государственный заказчик– координатор Программы	– Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственный заказчик Программы	– Министерство здравоохранения Российской Федерации
Основные разработчики Программы	– Министерство здравоохранения Российской Федерации
Цели Программы	<p>– высококачественная диагностика и лечение больных социально значимыми заболеваниями с использованием технологий ядерной медицины;</p> <p>повышение эффективности реализации медико–технических проектов в области здравоохранения, направленных на раннюю диагностику и постановку диагноза, эффективное лечение, реабилитацию больных с целью максимального сокращения сроков восстановления их трудоспособности;</p> <p>повышение оперативности комплексного представления данных о состоянии здоровья человека медицинским специалистам для повышения качества и эффективности оказания медицинской помощи, безопасности и снижения рисков для здоровья пациентов, непрерывности, доступности и оперативности оказания медицинской помощи</p>
Задачи Программы	<p>– создание инфраструктуры (сети объектов) для диагностики и лечения социально значимых заболеваний с использованием технологий ядерной медицины, в том числе:</p> <p>создание сети отделений радиоизотопной диагностики;</p> <p>создание центров позитронно–эмиссионной томографии;</p> <p>проектирование, строительство и оснащение высокотехнологичного центра медицинской радиологии (г. Обнинск);</p> <p>создание отделений дистанционной лучевой терапии</p>

<p>Основные целевые индикаторы и показатели Программы</p>	<p>– количество больных, пролеченных с использованием технологий ядерной медицины;</p> <p>количество больных, продиагностированных с использованием технологий ядерной медицины;</p> <p>количество специалистов в области ядерной медицины, прошедших подготовку и переподготовку</p>
<p>Основные мероприятия Программы</p>	<p>– строительство и реконструкция учреждений здравоохранения Российской Федерации</p>
<p>Сроки и этапы реализации Программы</p>	<p>Программа реализуется в 1 этап – 2014 – 2018 годы</p>
<p>Объемы и источники финансирования Программы</p>	<p>– Общий объем финансирования Программы в 2014 – 2018 годах составляет 82 млрд. рублей, в том числе:</p> <p>2014 год – 0,3 млрд. руб., 2015 год – 3,8 млрд. руб., 2016 год – 15,5 млрд. руб., 2017 год – 30,3 млрд. руб., 2018 год – 32,1 млрд. руб.</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации Программы и показатели ее социально-экономической эффективности</p>	<p>– развитая инфраструктура (сеть объектов) для диагностики и лечения социально значимых заболеваний с использованием технологий ядерной медицины;</p> <p>доступная и качественная диагностика, лечение больных, в том числе с использованием малоинвазивных, органосберегающих методов лечения</p>