**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ДОКЛАД**

**О РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ**

**В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЗА 2014 ГОД**

**2015 год**

**СОДЕРЖАНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| Введение  | 4 |
| Раздел 1. Основные направления реализации государственной политики в сфере охраны здоровья | 6 |
| Раздел 2. Основные принятые (разработанные) нормативные правовые акты в сфере охраны здоровья граждан | 9 |
| Раздел 3. Медико-демографические показатели здоровья населения | 13 |
| Раздел 4. Реализация программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи | 54 |
| Раздел 5. Модернизация систем здравоохранения и обязательного медицинского страхования | 62 |
| Раздел 6. Реализация государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», в том числе по видам медицинской помощи» | 71 |
| подраздел 6.1 Первичная медико-санитарная помощь. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни | 73 |
| подраздел 6.2  Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь | 87 |
| подраздел 6.3 Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь | 102 |
| подраздел 6.4 Паллиативная помощь | 104 |
| подраздел 6.5 Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение | 106 |
| подраздел 6.6 Инновационные методы диагностики, профилактики и лечения | 108 |
| подраздел 6.7 Охрана здоровья матери и ребенка | 117 |
| подраздел 6.8 Кадровое обеспечение системы здравоохранения | 129 |
| подраздел 6.9 Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья | 141 |
| подраздел 6.10 Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья | 146 |
| подраздел 6.11 Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан | 168 |
| Раздел 7.  Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения | 182 |
| Раздел 8. Обеспечение населения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями | 193 |
| Раздел 9. Информатизация здравоохранения | 207 |
| Раздел 10 Реализация государственной политики в сфере охраны здоровья, предусмотренной иными поручениями Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, а также реализация мероприятий иных федеральных целевых программ и государственных программ Российской Федерации, оказывающих влияние на достижение целей и задач государственной политики в сфере охраны здоровьяЗаключение  | 213219 |

**Введение**

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

Главным результатом усилий и действий государственных органов исполнительной власти на всех уровнях является реальное влияние на здоровье россиян и исполнение главных целевых показателей в сфере охраны здоровья граждан.

Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья (далее - доклад) подготовлен в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 2 августа 2014 г. № 766, в целях проведения анализа обеспечения реализации прав граждан на охрану здоровья и получения в полном объеме своевременной медицинской помощи.

Доклад представляет собой систематизированный свод аналитической информации о состоянии здоровья населения Российской Федерации и системы здравоохранения, результатах оценки и прогноза изменений в сфере охраны здоровья, качестве и доступности медицинской помощи населению и об организационных и финансово-экономических мерах по охране и укреплению здоровья населения Российской Федерации.

Структура доклада включает следующую информацию:

о количественных и качественных показателях (индикаторах) в абсолютном или относительном выражении, характеризующих реализацию мер государственной политики в сфере охраны здоровья, представленные в формах федерального и отраслевого статистического наблюдения, за отчетный год;

об основных проблемах в сфере охраны здоровья граждан и системы здравоохранения и о тенденциях их изменения за отчетный год;

о принятых в отчетном году федеральных законах, нормативных правовых актах Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и федеральных органов исполнительной власти, а также о мерах по обеспечению прав граждан на охрану здоровья, принятых в отчетном году органами государственной власти Российской Федерации.

Доклад подготовлен Министерством здравоохранения Российской Федерации с участием Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Федерального медико-биологического агентства, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, представляющих материалы о состоянии системы здравоохранения и здоровья населения Российской Федерации, результатах оценки и прогноза изменений в сфере охраны здоровья, о качестве и доступности медицинской помощи населению, организационных и финансово-экономических мерах по охране и укреплению здоровья населения Российской Федерации.

**Раздел 1. Основные направления реализации государственной политики в сфере охраны здоровья**

Цели и задачи деятельности Министерства на 2014 год определены:

основными положениями Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации 2013 года;

концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от
9 октября 2007 г. № 1351;

указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 596 «О долгосрочной государственной экономической политике»,№ 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»,
№ 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации»;

концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р;

стратегией инновационного развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2011 г. № 2227-р;

государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294;

стратегией развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 года № 2580-р;

основными направлениями деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2018 года, утвержденными Правительством Российской Федерации 31 января 2013 г.;

прогнозом долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденного Правительством Российской Федерации 23 марта 2013 г.;

стратегией лекарственного обеспечения населения Российской Федерации до 2025 года, утвержденной приказом Минздрава России от 13 февраля 2013 г. № 66.

***Основные приоритетные направления деятельности Минздрава России на 2014 год, заявленные в публичной декларации*:** совершенствование диспансеризации населения, повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи, совершенствование медицинской помощи матери и ребенку.

В 2014 году Минздравом России при участии заинтересованных федеральных органов исполнительной власти и Российской академии наук разработан и внесен на утверждение в Правительство Российской Федерации проект Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период (далее – Стратегия).

Основными принципами Стратегии являются: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет профилактики в сфере охраны здоровья; приоритет охраны здоровья матери и ребенка; доступность и качество медицинской помощи; инновационное развитие здравоохранения; открытость в диалоге с гражданским обществом.

Основной целью Стратегии для достижения максимально возможного уровня развития отечественного здравоохранения с координированным использованием всех ресурсов страны является формирование национальной системы здравоохранения – системы, объединяющей все медицинские организации, независимо от формы их собственности и ведомственной принадлежности, и работающей в рамках единого правового регулирования (единых требований к качеству и доступности медицинской помощи, квалификации медицинских работников и др.), а также единого государственного, экспертного и общественного контроля.

Основными направлениями развития национальной системы здравоохранения Российской Федерации являются:

1. Совершенствование программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2. Развитие системы обязательного медицинского страхования на основе принципов солидарности, социального равенства и расширения страховых принципов;

3. Развитие дополнительного медицинского страхования (сверх обязательного медицинского страхования) при оказании застрахованным лицам дополнительных медицинских или иных услуг, не входящих в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

4. Развитие государственно-частного партнерства в здравоохранении;

5. Развитие медицинских профессиональных некоммерческих организаций, сформированных по территориальному и профессиональному принципам;

6. Введение обязательной аккредитации медицинских работников;

7. Информатизация здравоохранения;

8. Выстраивание вертикальной системы контроля и надзора в сфере здравоохранения;

9. Обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями;

10. Ускоренное инновационное развитие здравоохранения на основе результатов биомедицинских и фармакологических исследований;

11. Расширение открытого диалога с гражданским обществом, развитие общественного контроля;

12. Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья и повышение роли России в глобальном здравоохранении.

Реализация Стратегии внесет вклад в достижение ряда целевых макроэкономических показателей, предусмотренных Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года, а также Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.

**Раздел 2. Основные принятые (разработанные) нормативные правовые акты в сфере охраны здоровья граждан**

В 2014 году Министерством здравоохранения Российской Федерации в рамках исполнения функций по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в установленной сфере деятельности, а также в целях реализации федеральных законов, актов Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, включая государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения», иных стратегических документов в сфере охраны здоровья разработано и обеспечено принятие нормативных правовых актов, в числе которых 11 Федеральных законов:

от 10 июля 2014 г. № 204-ФЗ «О внесении изменений в статью
50 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

от 21 июля 2014 г. № 268-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» и статью 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

от 21 июля 2014 г. № 205-ФЗ «О внесении изменения в статью
101 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

от 14 октября 2014 г. № 296-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2013 год»;

от 22 октября 2014 г. № 314-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

от 1 декабря 2014 г. № 400-ФЗ «О нормативе финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, на 2015 год»;

от 1 декабря 2014 г. № 387-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период
2016 и 2017 годов»;

от 1 декабря 2014 г. № 418-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» в части финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи в 2015 году;

от 22 декабря 2014 г. № 429-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств»;

от 29 декабря 2014 г. № 480-ФЗ «О внесении изменения в статью
333.32.1 части второй Налогового кодекса Российской Федерации»;

от 29 декабря 2014 г. № 474-ФЗ «Об особенностях правового регулирования отношений в сферах охраны здоровья и обращения лекарственных средств на территориях Республики Крым и города федерального значения Севастополя».

Разработаны 43 постановления Правительства Российской Федерации, из них наиболее значимые:

от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»;

от 2 августа 2014 г. № 766 «О подготовке и представлении палатам Федерального Собрания Российской Федерации государственного доклада о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья»;

от 28 августа 2014 г. № 871 «Об утверждении Правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи»;

от 22 сентября 2014 г. № 968 «О порядке формирования перечней медицинских изделий»;

от 31 октября 2014 г. № 1134 «Об оказании в 2014 году медицинской помощи на территории Российской Федерации гражданам Украины и лицам без гражданства, постоянно проживавшим на территории Украины, вынужденно покинувшим территорию Украины и прибывшим на территорию Российской Федерации в экстренном массовом порядке, и компенсации за счет средств федерального бюджета расходов, связанных с оказанием им в 2014 году медицинской помощи, а также затрат по проведению указанным лицам профилактических прививок, включенных в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям»;

от 28 ноября 2014 г. № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»;

от 24 декабря 2014 г. № 1476 «О единовременном денежном поощрении лучших специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием»;

от 26 декабря 2014 г. № 1559 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2015 году оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации в федеральных государственных учреждениях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в федеральный бюджет»;

от 26 декабря 2014 г. № 1540 «Об особенностях организации и финансового обеспечения оказания медицинской помощи, в том числе предоставления дополнительных видов и объемов медицинской помощи, предусмотренных законодательством Российской Федерации, 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»;

от 30 декабря 2014 г. № 1607 «О ежемесячных денежных выплатах по оплате жилого помещения и коммунальных услуг медицинским и фармацевтическим работникам, проживающим и работающим в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа), занятым на должностях в федеральных государственных учреждениях».

Разработаны 8 распоряжений Правительства Российской Федерации, из них наиболее значимые:

от 29 декабря 2014 г. № 2762-р об утверждении перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и перечня медицинских изделий, отпускаемых по рецептам на медицинские изделия при предоставлении набора социальных услуг;

от 30 декабря 2014 г. № 2782-р об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2015 год, перечня лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций, и перечня лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей.

В развитие вышеуказанных нормативных правовых актов Минздравом России утвержден 131 нормативный правовой ведомственный акт.

**Раздел 3. Медико-демографические показатели здоровья населения**

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Снижение рождаемости отмечено в 30 субъектах Российской Федерации. Наибольшее снижение рождаемости зарегистрировано в республиках Ингушетия – на 3,3 % и Тыва – 3,1 %, в Курганской и Кемеровской областях – 2,9 %, Республике Калмыкия и Чеченской Республике – 2,8 %, в Республике Хакасия – 2,5 %, в Магаданской области – 2,4 %, в Алтайском крае – 2,2 %. В 13 субъектах Российской Федерации показатель рождаемости не изменился.

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

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

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

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

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

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

В структуре причин смерти первое место, по-прежнему, занимают болезни системы кровообращения – 49,9 % или 653,7 на 100 тыс. населения (снижение на 6,6 %), на втором месте – новообразования – 15,3 % или 201,1 на 100 тыс. населения, показатель снизился на 0,2 %, на третьем – внешние причины – 9,1 % или 118,8 на 100 тыс. населения (снижение на 0,6 %), в том числе дорожно-транспортные происшествия – 14,0 на 100 тыс. населения, показатель не изменился, далее следуют болезни органов пищеварения – 5,0 % или 66,1 на 100 тыс. населения (рост на 8,4 %), болезни органов дыхания – 4,0 % или 53,0 на 100 тыс. населения (рост на 6,2 %).

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

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

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

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

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

Снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий отмечается в 40 субъектах Российской Федерации, наибольшее снижение показателя смертности наблюдалось: в Ненецком автономном округе – на 75,3 %, в Воронежской области – на 38,0 %, в Магаданской области – на 35,0 %, в Пермском крае – на 27,6 %, в Ямало-Ненецком автономном округе – на 26,2 %, в Республике Ингушетия – на 22,2 %, в Новосибирской области – на 20,3 %, в Тюменской области – на 20,2 %.

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

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

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

*Тенденции в заболеваемости населения*

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

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

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

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



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

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

Снижение общей заболеваемости в 2014 году по сравнению с 2013 годом в Российской Федерации (без учета Крымского Федерального округа) составило 0,1 % с варьированием по федеральным округам от + 1,8 %
в Северо-Западном до - 1,9 в Дальневосточном федеральном округе
(табл. 1.1).

Таблица 1.1

Общая заболеваемость населения Российской Федерации

по федеральным округам

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

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

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

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

 Таблица 1.2

20

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

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

Наиболее низкий уровень заболеваемости населения болезнями системы кровообращения отмечается в Республике Тыва – 9 264,2 (в 2,5 раза ниже, чем в целом по Российской Федерации), в Республике Дагестан – 10 717,6, в Магаданской области – 12 148,2, в Курской области – 12 245,4, в Ханты-Мансийском автономном округе – 12 470,7 на 100 тыс. населения (табл. 1.3).

21

 Таблица 1.3

Уровни общей заболеваемости болезнями системы кровообращения

всего населения в отдельных субъектах Российской Федерации

(на 100 тыс. населения), 2014 год

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

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

*Заболеваемость злокачественными новообразованиями*

Показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в России в 2014 году составил 387,3 (с учетом Крымского федерального округа – 387,6) на 100 тыс. населения, что на 3,7 % выше уровня 2013 года.

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

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

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

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

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

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

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

Максимальные значения данного показателя отмечены в Курской (3 090,8 на 100 тыс. насления), в Калужской (2 764,1), в Орловской (2 743,6) и Тверской (2 723,1) областях; минимальные – в республиках Дагестан (730,3), Тыва (747,3), Ингушетия (841,4), в Чукотском автономном округе (1 137,7), в Республике Саха (Якутия) (1 135,2)(табл.1.5).

 Таблица 1.4

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

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

 Таблица 1.5

Субъекты Российской Федерации с максимальным и минимальным показателем распространенности злокачественных новообразований

в 2014 году (на 100 тыс. населения)

|  |  |
| --- | --- |
| Максимальные показатели | Минимальные показатели |
| Курская область | 3 090,8 | Республика Бурятия | 1 412,1 |
| Калужская область | 2 764,1 | Ненецкий АО | 1 381,0 |
| Орловская область | 2 743,6 | Республика Алтай | 1 223,2 |
| Тверская область | 2 723,1 | Ямало-Hенецкий АО | 1 187,4 |
| Ярославская область | 2 709,4 | Чеченская Республика | 1 053,2 |
| Республика Мордовия | 2 702,2 | Республика Саха (Якутия) | 1 135,2 |
| Пензенская область | 2 674,9 | Чукотский АО | 1 137,7 |
| Алтайский край | 2 673,5 | Республика Ингушетия | 841,4 |
| Краснодарский край | 2 673,3 | Республика Тыва | 747,3 |
| Московская область | 2 666,1 | Республика Дагестан | 730,3 |

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

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

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

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

Максимальные показатели активного выявления отмечены в Тамбовской области (49,7%), в Чукотском автономном округе (47,7%), в Курской области (35,3%), в Пермском крае (32,2%), в Республике Хакасия (29,8%), в Ленинградской области (29,1%).

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

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

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

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

Одним из основных показателей, определяющих прогноз онкологического заболевания, является степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики. В 2014 году 26,7% злокачественных новообразований были диагностированы в I стадии заболевания (2013 год – 25,6%), 25,3% – во II стадии (2013 год – 25,2%), 20,6% – в III стадии (2013 год - 21,2%). Было выявлено 7 267 случаев рака в стадии in situ, что соответствует 1,3 (2013 год – 1,3) случаев на 100 всех впервые выявленных случаев рака. Рак шейки матки в стадии in situ диагностирован в 4 418 случаях (27,4 случаев на 100 впервые выявленных злокачественных новообразований шейки матки; 2013 год – 27,5); молочной железы – 1 218 и 1,9 соответственно (2013 год – 1,7).

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

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

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

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

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

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

Доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза, варьировала от 16,4% в Камчатском крае, 17,2% в Московской области, 18,7% в Тюменской области, 19,5% в Ямало-Ненецком автономном округе до 37,2% в Республике Саха, 36,7% в Еврейской автономной области, 36,0% в Республике Калмыкия, 35,3% в Костромской области, 33,5% в Республике Тыва.

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

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

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

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

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

 *Заболеваемость наркологическими расстройствами*

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

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

Среди отдельных субъектов Российской Федерации максимальная заболеваемость (4 117,5 на 100 тыс. населения) зарегистрирована в Сахалинской области, минимальная (311,3 на 100 тыс. населения) – в Республике Ингушетия (табл. 1.6).

Таблица 1.6

Субъекты Российской Федерации с максимальными и минимальными показателями числа пациентов с наркологическими расстройствами, зарегистрированных наркологическими учреждениями в 2014 году

(на 100 тыс. населения)

|  |  |
| --- | --- |
| Максимальные показатели | Минимальные показатели |
| Сахалинская область | 4232,3 | Республика Ингушетия | 311,3 |
| Чукотский автономный округ | 4117,5 | Чеченская Республика | 712,9 |
| Камчатский край | 3850 | г. Санкт - Петербург | 779,6 |
| Ивановская область | 3848,8 | Республика Дагестан | 950,7 |
| Магаданская область | 3667,2 | Томская область | 1184,9 |
| Брянская область | 3230,9 | Республика Бурятия | 1188,2 |
| Самарская область | 3168,1 | город Москва | 1209 |
| Чувашская Республика | 3128,3 | Республика Северная Осетия - Алания | 1255,5 |
| Республика Адыгея | 3116,6 | Кабардино-Балкарская Республика | 1267,1 |
| Нижегородская область | 2976,7 | Свердловская область | 1270,3 |

Число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом наркологического расстройства составило 283 621 человек или 197,0 на 100 тыс. населения (с учетом Крымского федерального округа – 287 752 и 196,7 соответственно), что на 3,7 % меньше аналогичного показателя 2013 года (293 122 человека или
204,5 на 100 тыс. населения). По отдельным субъектам Российской Федерации максимальный показатель (583,7 на 100 тыс. населения) зарегистрирован в Курганской области, минимальный (34,3 на 100 тыс. населения) – в Республике Ингушетия (табл. 1.7).

Таблица 1.7

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

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

Как и в предыдущие годы, большинство зарегистрированных – это лица, больные алкоголизмом, алкогольными психозами, и лица, употребляющие алкоголь с вредными последствиями (79,2% от общего числа зарегистрированных пациентов). На пациентов с наркоманией и лиц, злоупотребляющих наркотиками, приходится 19,8 %, токсикоманией и лиц, злоупотребляющих ненаркотическими психоактивными веществами, – 1,0 %.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В 2014 году динамика показателей общей заболеваемости наркоманиями имела различные тенденции: заболеваемость опийной наркоманией уменьшилась на 7,8%; каннабиноидной наркоманией увеличилась на 6,6%; наблюдался значительный рост показателя общей заболеваемости зависимостью от других наркотиков и полинаркоманией – на 19,7% и зависимостью от психостимуляторов – на 46,7%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Число пациентов, включенных в стационарные реабилитационные программы (СРП) в 2014 году составило 28 114 человека, что составляет 4,7 % от числа проходивших стационарное лечение. Успешно закончили стационарный этап реабилитации 81% больных. Средняя длительность стационарной реабилитации для пациентов, успешно ее закончивших, составила 41 койко-день. После прохождения стационарной реабилитации было направлено для прохождения амбулаторного этапа 13 227 человек, или 58% от числа успешно завершивших стационарный этап реабилитации. Однако следует отметить, что 42% пациентов по окончании стационарных реабилитационных программ остаются вне амбулаторных реабилитационных программ.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Заболеваемость туберкулезом*

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

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

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

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

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

Среди постоянных жителей, находящихся под диспансерным наблюдением, 15,1% больных имели ВИЧ-инфекцию (2013 год – 12,5%). Отмечен рост показателя заболеваемости туберкулезом при сочетании с ВИЧ-инфекцией среди постоянного населения России: 2009 год – 4,4; 2013 год – 6,5; 2014 год – 7,4 на 100 тыс. населения.

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

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

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

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

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

Среди находящихся под диспансерным наблюдением больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции больше всего больных зарегистрировано в следующих субъектах Российской Федерации: Свердловская область (2 702); Иркутская область (2 217); Кемеровская область (1 856); Самарская область (1 319); Московская область (1 143); Новосибирская область (1 048); Оренбургская область (788); Челябинская область (864); г. Москва (795); г. Санкт-Петербург (977); Алтайский край (1 037); Пермский край (788). В указанных субъектах Российской Федерации находится под наблюдением 15 534 пациента с сочетанной патологией – 60,7% от всех пациентов, зарегистрированных в Российской Федерации (25 578).

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

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

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

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

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

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

За последние годы существенно обновился парк флюорографических установок. Флюорографические исследования выполняются преимущественно на цифровых установках (2005 год – 17,4%; 2014 год – 85,1%). Сократилось число флюорографов, работающих более 10 лет (2005 год – 61,7%; 2014 год – 21,6%). Нагрузка на 1 действующий флюорограф растет: 2005 год – 9 985 исследований, 2013 год – 12 961 исследование, 2014 год – 13 060 исследований. Качество осмотров улучшилось.

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

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

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

Редко проводится химиопрофилактика туберкулеза среди впервые вставших на учет пациентов, инфицированных ВИЧ, – в 7,7% случаев (2007 год – 2,3%; 2013 год – 6,6%), а также среди контингентов больных ВИЧ-инфекцией, состоящих на учете – в 5,3% случаев (2007 год – 2,2%; 2013 год – 4,8%).

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

Высокая доля больных с множественной лекарственной устойчивостью среди больных туберкулезом органов дыхания, выделяющих множественную лекарственную устойчивость к туберкулезу на конец года, в Архангельской (55,6%), Воронежской (55,0%), Калужской (67,5%), Ленинградской (55,6%), Мурманской (58,1%), Нижегородской (60,6%), Новгородской (58,2%), Псковской (55,0%) областях; в республиках Алтай (77,5%), Тыва (63,7%) и Хакасия (57,5%), в Ямало-Ненецком автономном округе (57,1%).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Инфекционная заболеваемость*

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

Отмечается рост заболеваемости острыми кишечными инфекциями, вызванными возбудителями установленной этиологии, – на 1,5 %, острыми кишечными инфекциями, вызванными неустановленными возбудителями, – на 1,1 %, вирусным гепатитом А – на 25,9%, хроническим гепатитом С – на 2,4%, острым гепатитом С – на 5,5 %, ветряной оспой – на 15,6%, педикулезом – на 6,8%, клещевым боррелиозом – на 11,4%, корью – в 2 раза, бруцеллезом, впервые выявленным – на 7,7%, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом – в 2,6 раза, Крымской геморрагической лихорадкой – на 13,6%, сибирским клещевым тифом – на 5,3%, псевдотуберкулезом – на 18,1%, трихинеллезом – в 2,9 раза, коклюшем – на 3,3%, болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), – на 13%. Заболеваемость корью за январь-декабрь 2014 года по сравнению с аналогичным периодом 2013 года увеличилась в 2 раза и составила 3,28 на 100 тыс. населения (2013 год – 1,62).

*Смертность от болезней системы кровообращения*

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

В регионах с ростом смертности от болезней системы кровообращения имеют место недостатки в организации круглосуточной работы специализированных служб в первичных сосудистых отделениях и региональных сосудистых центрах для оказания квалифицированной помощи больным с болезнями системы кровообращения, включая рентгенхирургические операционные и другие диагностические службы.

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

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

*Смертность от новообразований*

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

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

Во многом неудовлетворительная организация первичного звена здравоохранения и онкологической службы объясняется дефицитом квалифицированных специалистов по данным специальностям. Так, при средней обеспеченности врачами – онкологами в Российской Федерации на уровне 0,47, в Калининградской области этот показатель не превышает 0,23; в Свердловской области – 0,37; в Иркутской области – 0,42; в Республике Адыгея и Брянской области –  по 0,43.

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

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

высокой распространенностью поведенческих факторов риска развития онкологических заболеваний;

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

поздней обращаемостью населения за медицинской помощью;

недостаточной выявляемостью новообразований на ранних стадиях;

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

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

*Смертность от туберкулеза*

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

Недостаточные показатели в 2014 году охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами на туберкулез по сравнению со среднероссийским показателем (66,7 %) отмечены в следующих субъектах Российской Федерации: в Карачаево-Черкесской Республике (44,2%), в Московской области (44,4 %), в Республике Карелия и Ленинградской области (45,8 %), в Республике Кабардино-Балкария (46,8 %), в Калужской области (47,9 %),

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

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

*Смертность от дорожно-транспортных происшествий
(далее – ДТП)*

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

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

Имеет место и факт нерациональной и неэффективной организации медицинской помощи, включая недостатки в схемах маршрутизации таких пациентов, не учитывающие тяжесть полученных ими травм и необходимость обеспечения максимально короткого времени прибытия бригад скорой медицинской помощи на место ДТП.

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

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

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

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

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

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

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

В плане мероприятий по снижению смертности от онкологических заболеваний предусматривается реализация мер, направленных
на повышение эффективности работы медицинских организаций первичного звена здравоохранения по раннему выявлению онкологических заболеваний, в том числе с использованием скрининговых методов и выездных форм работ; тиражирование эффективных методов диагностики злокачественных новообразований (лучевая диагностика; иммунофенотипирование; молекулярные; цитогенетические исследования и др.), в том числе на основе клинических рекомендаций (протоколов лечения); внедрение высокоэффективных радиологических, химиотерапевтических
и комбинированных хирургических методов лечения с использованием клинических протоколов и другие мероприятия.

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

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

***Ресурсы здравоохранения*** *(все сведения приведены без учета Крымского федерального округа)*

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

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

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

В число диспансеров входят: противотуберкулезные – 202 (27,3%), кожно-венерологические – 137 (18,5%), онкологические – 98 (13.3%), психоневрологические – 96 (13,0%), наркологические – 95 (12,9%), врачебно-физкультурные – 77 (10,4 %), кардиологические – 23 (3,1%), эндокринологические – 10 (1,4%) и 1 офтальмологический диспансер (0,1%).

Медицинские организации подчинения субъектам Российской Федерации составляют 5 863 (83,7 %), число организаций муниципального подчинения – 973 (13,9 %), федерального подчинения – 167 (2,4 %).

Число посещений на 1 жителя в год в амбулаторно-поликлинических организациях снизилось и составило в 2014 году 9,1 (2013 год – 9,5).

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

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

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

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

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

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

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

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

В 2014 году в Российской Федерации функционировало 36 035 фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов, на которых работали 37 765 медицинских работников со средним образованием, в том числе 23 493 фельдшера (62,2%). Всего на фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктах было выполнено 79 915 115 посещений (2,3 посещения на одного сельского жителя в год).

В течение 2014 года число фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов сократилось на 190 (на 0,5%), число работающего в них среднего медицинского персонала – на 815 (на 1,0%), в то же время число фельдшеров увеличилось на 171 (на 0,7%).

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

Обеспеченность койками в 2014 году по федеральным округам находится в диапазоне от 72,2 в Северо-Кавказском федеральном округе до 90,9 на 10 тыс. населения в Дальневосточном федеральном округе.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Различия между значениями показателя составляют 1,6 раза.

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

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

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

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

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

**Раздел 4. Реализация программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**

Формирование и выполнение территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальные программы) во всех субъектах Российской Федерации в 2014 году осуществлялось в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 932 (далее – соответственно Программа, постановление Правительства Российской Федерации № 932).

Программа устанавливает перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

В рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования осуществлялось финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медицинской реабилитации, проводимой в медицинских организациях.

В 2014 году структура тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования включает все статьи расходов, за исключением расходов государственных и муниципальных медицинских организаций, связанных с капитальным ремонтом, разработкой проектно-сметной документации для его проведения и приобретением оборудования стоимостью свыше 100 тыс. рублей за единицу.

Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации
№ 932 органами государственной власти 83 субъектов Российской Федерации и города Байконура разработаны и утверждены территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов (далее – территориальные программы государственных гарантий), включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Утвержденная стоимость территориальных программ обязательного медицинского страхования на 2014 год составила 1 372,8 млрд. рублей. Фактическая стоимость территориальных программ обязательного медицинского страхования сложилась в размере 1 326,8 млрд. рублей, что составляет 96,6% от утвержденной стоимости.

Расходы на территориальные программы государственных гарантий в 2014 году составили 1 826,4 млрд рублей, что выше соответствующих расходов 2013 года (1 646,1 млрд рублей) на 11,0 %.

Расходы консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации (без учета межбюджетных трансфертов, передаваемых в систему обязательного медицинского страхования) в 2014 году составили 499,6 млрд рублей (в 2013 году – 478,2 млрд рублей), средства обязательного медицинского страхования – 1 326,8 млрд рублей (в 2013 году – 1 167,9 млрд рублей).

В 2014 году субвенции, предоставляемые из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, распределялись в соответствии с методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Субвенция из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в 2014 году составила 1 173,9 млрд. рублей (на 19 % выше уровня 2013 года – 985,4 млрд. рублей).

Размер субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования исчислялся исходя из численности застрахованного по обязательному медицинскому страхованию населения соответствующего субъекта Российской Федерации, подушевого норматива финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования, установленного в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, и коэффициента дифференциации, учитывающего региональные особенности субъекта Российской Федерации.

В 2014 году в 61 субъекте Российской Федерации сохранялся дефицит финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации, который составил 119,0 млрд рублей (32,9 % потребности
в бюджетных ассигнованиях бюджетов субъектов Российской Федерации, рассчитанной в соответствии с установленными на 2014 год нормативами).

Территориальные программы государственных гарантий в 2014 году являлись бездефицитными в 22 субъектах Российской Федерации: в республиках Коми, Татарстан, Саха (Якутия), в Камчатском и Хабаровском краях, в Астраханской, Калужской, Ленинградской, Московской, Магаданской, Нижегородской, Сахалинской, Свердловской, Тульской, Тюменской и Ярославской областях, в городах Москве и Санкт-Петербурге, в Ненецком, Ханты-Мансийском, Ямало-Ненецком и Чукотском автономных округах.

Максимальный размер дефицита финансового обеспечения территориальной программы отмечен в Республике Дагестан
(78,4 % потребности в бюджетных ассигнованиях бюджета субъекта Российской Федерации, рассчитанной в соответствии с установленными на 2014 год нормативами). Существенный дефицит финансового обеспечения территориальных программ сохраняется в Республике Марий-Эл (69,4 %), в Забайкальском крае (65,0 %), в Республике Калмыкия (64,6 %), в Брянской области (63,4 %), в Республике Карелия (61,4 %), в Чеченской Республике (60,3 %).

В 2014 году в среднем по Российской Федерации фактический объем скорой медицинской помощи сложился в размере 0,288 вызовов на 1 застрахованное лицо, что составляет 90,6% от установленного Программой, при этом фактическая стоимость 1 вызова скорой медицинской помощи составила 1 987,4 рублей или на 31,8% выше установленного Программой норматива финансовых затрат.

Фактический объем медицинской помощи с профилактической и иными целями составил 3,143 посещения на 1 застрахованное лицо, что на 38,5% выше норматива, установленного Программой. Стоимость 1 посещения с профилактической и иными целями сложилась в размере 354,7 рублей, что на 11,4% выше установленного Программой норматива.

Фактический объем медицинской помощи в неотложной форме сложился в размере 0,224 посещения на 1 застрахованное лицо, что составляет всего лишь 48,7% от установленного Программой норматива. Стоимость 1 посещения в неотложной форме составила 423,0 рубля, что на 3,8% выше установленного Программой норматива.

Фактический объем медицинской помощи в связи с заболеванием сложился в размере 1,859 обращений на 1 застрахованное лицо, что составляет 96,8% от установленного Программой норматива. Стоимость 1 обращения в связи с заболеванием составила 1 070,1 рублей, что на 14,7 % выше установленного Программой норматива.

Фактический объем медицинской помощи стационарных условиях составил 0,188 случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо, что на 6,8 % выше установленного Программой норматива. Стоимость 1 случая госпитализации составила 20 526,88 рублей, что на 7,0% выше установленного Программой норматива.

Средняя длительность лечения в стационарных условиях составила 9,6 дней.

Объем медицинской реабилитации в стационарных условиях составил 0,029 койко-дней на 1 застрахованное лицо или 96,7% от установленного Программой норматива. Стоимость 1 койко-дня медицинской реабилитации сложилась в размере 1 489,9 рублей, что на 15,2 % выше установленного Программой норматива.

Объем медицинской помощи в условиях дневного стационара составил 0,529 пациенто-дней на 1 застрахованное лицо или 96,2% от установленного Программой норматива. Стоимость 1 пациенто-дня сложилась в размере 704,2 рубля, что на 42,6% ниже установленного Программой норматива.

Согласно Программе средний подушевой норматив финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2014 году установлен в размере 6 962,5 рубля на одно застрахованное лицо. При этом для субъектов Российской Федерации установлены единые нормативы подушевого финансирования на одного застрахованного, которые корректируются с учетом коэффициента дифференциации. В среднем по Российской Федерации фактический подушевой норматив составил 7 866,6 рублей, что на 13,0% превышает установленный Программой, в сопоставимых показателях – на 5,7% выше установленного Программой с учетом скорой медицинской помощи.

В структуре расходов медицинских организаций на оплату медицинской помощи расходы на заработную плату составили 86,3%, при этом расходы на медикаменты и перевязочные средства составляют лишь 1% от общих расходов.

В соответствии с Основными направлениями деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2018 года, утвержденными Председателем Правительства Российской Федерации Д.А. Медведевым 31 января 2013 г., меры
по привлечению частного капитала и развитию механизмов государственно-частного партнерства для развития инфраструктуры здравоохранения определены как приоритетные в области модернизации здравоохранения.

Соответствующие целевые ориентиры закреплены в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294.

В 2014 году создан и начал свою работу Координационный совет Минздрава России по государственно-частному партнерству (далее – Координационный совет), в состав которого вошли представители органов власти, научных, экспертных и пациентских организаций.

Координационным советом определены ключевые направления развития
и условия внедрения механизмов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, которые нашли отражение в разработанном Министерством проекте стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период.

Минздравом России проведен анализ регионального законодательства о государственно-частном партнерстве, программных документов субъектов Российской Федерации по развитию механизмов государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья, а также правоприменительной практики взаимодействия субъектов Российской Федерации и бизнеса, по результатам которого Минздравом России инициативно разработан проект Методических рекомендаций для органов государственной власти субъектов Российской Федерации по применению механизмов государственно-частного взаимодействия в сфере охраны здоровья. Указанные методические рекомендации одобрены на заседании Координационного совета 10 марта 2015 г. и направлены Минздравом России в высшие исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации.

Разработана и внедрена форма мониторинга реализации органами государственной власти субъектов Российской Федерации инвестиционных проектов по развитию находящейся в региональной собственности инфраструктуры здравоохранения с привлечением внебюджетных источников финансирования на принципах государственно-частного партнерства.

По результатам проведенного Минздравом России мониторинга можно констатировать, что более трети субъектов Российской Федерации ведут работу по подготовке и реализации инфраструктурных пилотных проектов с использованием механизмов государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья.

В 2014 году Минздравом России во взаимодействии с подведомственными Министерству учреждениями проработаны возможные механизмы привлечения частных инвестиций в модернизацию объектов здравоохранения федеральной собственности. Предварительные предложения по привлечению инвестиций на принципах государственно-частного партнерства представили 57 подведомственных Минздраву России федеральных государственных учреждений.

Минздравом России подготовлен первый на федеральном уровне пилотный проект с использованием механизма концессии в сфере здравоохранения – создание на базе имущественного комплекса федерального государственного бюджетного учреждения «Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна», находящегося в использовании Министерства здравоохранения Российской Федерации, конкурентоспособных производств в сфере травматологии, ортопедии и нейрохирургии. На основании предложений Минздрава России Правительством Российской Федерации принято решение о заключении соответствующего концессионного соглашения (распоряжение Правительства Российской Федерации от 19 марта 2015 г. № 454-р).

Общий объем привлеченного финансирования (частных инвестиций) составит порядка 700 млн руб. Налоговые поступления в бюджеты различных уровней составят 2,629 млрд руб., дополнительный доход в виде концессионной платы составит 23,6 млн руб.

Во исполнение распоряжения Правительства Российской Федерации от 19 марта 2015 г. № 454-р Минздравом России организована работа по подготовке проекта конкурсной документации, проекта концессионного соглашения и формированию конкурсной комиссии по проведению открытого конкурса на право заключения концессионного соглашения.

Минздрав России планирует обеспечить проведение необходимых процедур и заключить концессионное соглашение до конца 2015 г.

Также Минздравом России отобран пилотный проект с использованием механизма инвестиционного соглашения на базе недвижимого имущества, находящегося в пользовании у государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Проект поддержан в целом на заседании Координационного совета 10 марта 2015 года.

В рамках последовательно проводимой федеральными органами исполнительной власти работы по совершенствованию законодательства Российской Федерации в сфере государственно-частного партнерства Минздрав России в 2014 году принимал участие в подготовке предложений:

по внесению изменений в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г.
№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в Федеральный закон от 21 июля 2005 г. № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях» в части совершенствования управления медицинскими организациями государственной или муниципальной систем здравоохранения;

по внесению изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2013 г. № 1087 «Об определении случаев заключения контракта жизненного цикла», определяющих возможность заключения контракта жизненного цикла в отношении выполнения работ по проектированию, строительству и реконструкции объектов капитального строительства в сфере охраны здоровья (в том числе объектов, предназначенных для санаторно-курортного лечения), включая закупку медицинского оборудования, предусмотренного проектной документацией указанных объектов капитального строительства (при необходимости);

по внесению изменений в постановления Правительства Российской Федерации от 10 августа 2007 г. № 505 «О порядке принятия федеральными органами исполнительной власти решений о даче согласия на заключение сделок по привлечению инвестиций в отношении находящихся в федеральной собственности объектов недвижимого имущества» и от 3 апреля 2008 г. № 234 «Об обеспечении жилищного и иного строительства на земельных участках, находящихся в федеральной собственности» (в части совершенствования нормативно-правовой базы в сфере привлечения инвестиций в отношении находящихся в федеральной собственности объектов недвижимого имущества).

по окончательной редакции внесенного Правительством Российской Федерации проекта федерального закона № 238827-6 «Об основах государственно-частного партнерства, муниципально-частного партнерства в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (рекомендован Комитетом Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации по вопросам собственности ко второму чтению).

**Раздел 5. Модернизация систем здравоохранения и обязательного медицинского страхования**

В рамках модернизации системы здравоохранения осуществлялись мероприятия по оптимизации сети подведомственных Минздраву России организаций.

В 2014 году реорганизованы 12 федеральных государственных бюджетных учреждений науки (приказы Минздрава России от 17 мая 2014 г. № 218, № 219, № 220, от 21 мая 2014 г. № 228, № 229):

к федеральному государственному бюджетному учреждению «Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена» Министерства здравоохранения Российской Федерации присоединены федеральное государственное бюджетное учреждение «Медицинский радиологический научный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации и федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт урологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

к федеральному государственному бюджетному учреждению «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации присоединены федеральное государственное бюджетное учреждение «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации и федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный научный центр наркологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

к федеральному государственному бюджетному учреждению «Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи» Министерства здравоохранения Российской Федерации присоединено федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт вирусологии им. Д.И. Ивановского» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

к федеральному государственному бюджетному учреждению «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации присоединено федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт имени профессора А.Л. Поленова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

к федеральному государственному бюджетному учреждению «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии» Министерства здравоохранения Российской Федерации присоединено федеральное государственное бюджетное учреждение «Нижегородский научно-исследовательский институт детской гастроэнтерологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кроме того, в 2014 году завершены реорганизационные мероприятия по присоединению:

к федеральному государственному бюджетному учреждению «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации федерального государственного бюджетного учреждения санаторий «Русское поле» Министерства здравоохранения Российской Федерации для детей с родителями (приказ Минздрава России от 8 мая 2013 г.№ 293);

к федеральному государственному бюджетному учреждению высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации федерального государственного бюджетного учреждения «Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 21 июня 2013 г. № 394).

Во исполнение принятых Минздравом России решений о передаче в собственность субъектов Российской Федерации и в ведение иных федеральных органов исполнительной власти федеральных государственных бюджетных учреждений (их филиалов), подведомственных Минздраву России, в период 2014 года и I квартала 2015 года были подготовлены 12 проектов распоряжений Правительства Российской Федерации, в том числе:

в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 4 ноября 2014 г. № 2206-р в настоящее время завершена передача федерального государственного бюджетного учреждения «Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации в собственность Саратовской области.

Издано распоряжение Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2014 г. № 2651-р о передаче федерального государственного бюджетного учреждения «Уральский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии имени В.Д. Чаклина» Министерства здравоохранения Российской Федерации в собственность Свердловской области.

Издано распоряжение Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2014 г. № 2626-р о реорганизации федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации в форме выделения из него федерального государственного бюджетного учреждения «Туапсинский многопрофильный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации и федерального государственного бюджетного учреждения «Калининградский многопрофильный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации с последующей передачей указанных федеральных государственных учреждений в собственность Краснодарского края и Калининградской области соответственно.

Издано распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 января 2015 г.№ 104-р о передаче ФГБУ детский санаторий «Голубая волна» в собственность Краснодарского края.

Минздравом России в 2014 году по согласованию с Росимуществом было создано федеральное государственное автономное учреждение «Лечебно-реабилитационный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ФГАУ «ЛРЦ») путем изменения типа существующего федерального государственного бюджетного учреждения.

В целях обеспечения функционирования созданного ФГАУ «ЛРЦ» Минздравом России создан наблюдательный совет данного учреждения (приказ Минздрава России от 10 декабря 2014 г. № 815).

Также проводится работа по созданию 2 федеральных государственных автономных учреждений путем изменения типа существующих федеральных государственных бюджетных учреждений.

Минздравом России во исполнение поручения Президента Российской Федерации от 5 ноября 2014 г. № Пр-2606 было подготовлено и утверждено Правительством Российской Федерации распоряжение Правительства Российской Федерации от 13 марта 2015 г. № 421-р о передаче в ведение Минздрава России федеральных государственных бюджетных учреждений «Российский онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина», «Научно-исследовательский институт нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко», «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева», «Научный центр здоровья детей», находящихся в ведении ФАНО России.

Одним из направлений модернизации обязательного медицинского страхования является переход к страховым принципам, включающий следующие основные направления:

повышение требований к финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования (далее – ОМС);

совершенствование порядка расходования средств, полученных по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

формирование системы управления качеством медицинской помощи;

ведение мониторинга оказания первичной медико-санитарной помощи;

информационное сопровождение застрахованных лиц при оказании медицинской помощи;

усиление роли и ответственности страховых медицинских организаций.

Для реализации каждого из обозначенных мероприятий предполагается осуществить поэтапный комплекс мер, включающий подготовку предложений по внесению изменений в нормативные правовые акты в сфере ОМС.

Так, повышение финансовой устойчивости ОМС страхования возможно путем осуществления деятельности в сфере ОМС финансово-устойчивых страховых медицинских организаций. С этой целью подготовлен проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» (далее – законопроект) предусматривающий в том числе внесение изменений в Закон Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» в части увеличения в два раза размера уставного капитала страховщика, осуществляющего исключительно медицинское страхование, с 60 до 120 млн. рублей.

Законопроектом также вносятся изменения в Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», касающиеся совершенствования порядка расходования средств, полученных по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и формирования резерва предупредительных мероприятий в составе средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС.

Формирование системы управления качеством медицинской помощи планируется осуществить путем повышения требований к проводимой экспертизе качества медицинской помощи, в том числе проведение контроля оказанной медицинской помощи по национальным клиническим протоколам, обучения экспертов качества, что требует совершенствования программы подготовки экспертов качества медицинской помощи в сфере ОМС.

В целях совершенствования деятельности страховых медицинских организаций по защите прав застрахованных лиц, снижения страховых рисков системы планируется ввести более активное участие страховых медицинских организаций в информировании застрахованных лиц о профилактических мероприятиях целевого контингента (дети, молодежь, взрослое население, лица старшего возраста), включающее в себя:

составление списков лиц, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году с учетом возрастной категории граждан в соответствии с порядками проведения диспансеризации, утвержденными Минздравом России;

активное привлечение застрахованных лиц к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах;

формирование контингентов застрахованных лиц для осуществления медицинскими организациями диспансерного наблюдения на основе анализа оказанной медицинской помощи.

Одновременно с расширением функций страховых медицинских организаций планируется усиление их роли как участников ОМС, что подразумевает разработку четкого механизма участия страховых медицинских организаций в формировании объемов и тарифов на медицинскую помощь в рамках территориальных программ ОМС, в управлении средствами ОМС, направляемыми на оплату медицинской помощи (на основе имеющихся у них сведений о предъявленной и оплаченной медицинской помощи и оказании медицинской помощи застрахованными лицами в конкретной медицинской организации).

Одновременно с этим необходимым моментом является усиление меры ответственности за невыполнение установленных законодательством функций в виде расторжения договора о финансовом обеспечении ОМС.

В целях повышения ответственности граждан за состояние своего здоровья, а также расширения применения страховых принципов в системе ОМС в настоящее время осуществляется проработка вопросов установления порядка, условий и правил дополнительного медицинского страхования, предусматривающих предоставление застрахованным лицам медицинских и сервисных услуг, не входящих в базовую программу ОМС или предоставляемых на условиях, не предусмотренных базовой программой ОМС.

В рамках реализации пилотного проекта по дополнительному медицинскому страхованию граждан в отдельных субъектах Российской Федерации (Республика Татарстан, Белгородская, Кировская, Липецкая и Тюменская области) предлагаются для апробации дополнительные страховые продукты.

Реализация пилотного проекта должна привести к полному разделению платных и бесплатных медицинских услуг при оказании медицинской помощи.

В соответствии со статьей 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в 2013-2016 годах продолжается реализация программ модернизации здравоохранения в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию 32 перинатальных центров (далее – программы модернизации здравоохранения) в 30 субъектах Российской Федерации: республиках Башкортостан, Бурятия, Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкарской Республике, Карелия, Саха (Якутия), Татарстан и Хакасия, Алтайском, Краснодарском, Красноярском и Ставропольском краях, а также в Архангельской, Белгородской, Брянской, Калужской, Ленинградской, Липецкой, Московской, Нижегородской, Оренбургской, Пензенской, Псковской, Самарской, Сахалинской, Смоленской, Тамбовской, Ульяновской и Челябинской областях.

Указанные мероприятия реализуются в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, и направлены на создание условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи матерям и детям, снижение материнской, младенческой и детской смертности, а также совершенствование территориальной модели оказания акушерской и неонатологической помощи, повышение эффективности перинатальной помощи.

В соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 4 марта 2014 г. № 46-рп на Государственную корпорацию по содействию разработке, производству и экспорту высокотехнологичной промышленной продукции «Ростех» (далее – ГК «Ростех») возложены функции заказчика по обеспечению выполнения инженерных изысканий, подготовке проектной документации для строительства перинатальных центров, а также строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров в 14 субъектах Российской Федерации: республиках Башкортостан, Бурятия, Дагестан, Ингушетия, Карелия, Саха (Якутия), Архангельской, Брянской, Ленинградской, Оренбургской, Пензенской, Псковской, Тамбовской, Ульяновской областях.

В соответствии с Программой развития перинатальных центров в Российской Федерации, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 9 декабря 2013 г. № 2302-р, реализация мероприятий по строительству перинатальных центров осуществляется в три этапа.

К 2015 году заключены контракты на строительство 27 перинатальных центров в 26 субъектах Российской Федерации (Кабардино-Балкарская Республика, Республика Татарстан, Республика Хакасия, Алтайский, Краснодарский края, Белгородская, Калужская, Липецкая, Московская (г. Наро-Фоминск и г. Коломна), Нижегородская, Самарская, Челябинская и Сахалинская области, а также работающие с ГК «Ростех» республики Башкортостан, Бурятия, Дагестан, Ингушетия, Карелия, Архангельская, Брянская, Ленинградская, Оренбургская, Пензенская, Псковская, Тамбовская, Ульяновская области).

Мероприятия по подготовке котлована (установке свай) осуществлялись в 12 регионах (Республика Хакасия, Краснодарский край, Калужская область, а также работающие с ГК «Ростех» республики Бурятия, Дагестан, Ингушетия, Карелия, Саха (Якутия), Архангельская, Пензенская, Тамбовская, Ульяновская области).

Мероприятия по возведению здания перинатального центра осуществлялись в 9 регионах (Кабардино-Балкарская Республика, Алтайский край, Липецкая, Московская (г. Коломна и г. Наро-Фоминск), Самарская, Челябинская области, а также работающие с ГК «Ростех» Республика Башкортостан, Брянская и Оренбургская области).

К 2015 году в Белгородской и Нижегородской областях здания были возведены, проводились внутренние отделочные работы, в Нижегородской области, кроме того, осуществлялся монтаж приобретенного оборудования (планируемый срок ввода в эксплуатацию перинатального центра – июнь 2015 года).

В 3 регионах велись подготовительные работы к строительству (ограждение и расчистка территории) (Республика Татарстан, Сахалинская область, а также работающая с ГК «Ростех» Псковская область).

Для оснащения перинатальных центров планируется приобрести магнитно-резонансные томографы – 20 единиц, маммографы – 23, рентгеновские аппараты – 118, инкубаторы для выхаживания новорожденных – 1 304, аппараты искусственной вентиляции легких для женщин – 504, аппараты искусственной вентиляции легких для детей – 971, фетальные мониторы – 764, мониторы операционные – 790, ультразвуковые аппараты – 283, анализаторы состава и свойств биологических жидкостей медицинские – 437, реанимобили – 51.

К 2015 году для перинатального центра Нижегородской области приобретено 938 единиц медицинского оборудования, в том числе: инкубаторы для выхаживания новорожденных – 12, аппараты искусственной вентиляции легких для детей – 12, фетальные мониторы – 29, мониторы операционные – 4, ультразвуковые аппараты – 6, анализаторы состава и свойств биологических жидкостей медицинские – 14.

В целях организации работы в перинатальных центрах в 2014 году подготовлено 522 медицинских работника (15,1% от планового показателя – 3 449 чел.).

Финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения на 2013–2016 годы предусмотрено в размере 76 251 927,5 тыс. рублей, из них:

за счет субсидий Федерального фонда – 52 655 701,6 тыс. рублей (69,1% от уровня расходных обязательств субъектов Российской Федерации);

за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации – 23 596 225,9 тыс. рублей (30,9% от уровня расходных обязательств субъектов Российской Федерации).

В соответствии с подпунктом «в» пункта 7 Правил финансового обеспечения в 2011 – 2016 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (постановление Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 года № 85) субсидии являются источником финансового обеспечения только мероприятий по строительству перинатальных центров. Финансирование работ по проектированию, подготовке специалистов, необходимых для работы центров, государственных услуг по лицензированию медицинской деятельности, работ по проведению внешних коммуникаций для перинатальных центров, а также иных мероприятий, не включенных в проектную документацию, осуществляется за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Таким образом, в 2014 году большинством субъектов Российской Федерации осуществлялось финансовое обеспечение проектирования перинатальных центров за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

В 2014 году использование средств из всех источников составило в целом 5 988 147,3 тыс. рублей (7,9% от размера финансового обеспечения программ модернизации здравоохранения), из них:

субсидий Федерального фонда на строительство перинатальных центров - 3 772 128,1 тыс. рублей (8% от размера предоставленных средств);

средств бюджетов субъектов Российской Федерации – 2 216 019,2 тыс. рублей (30,1% от размера предусмотренных средств на 2013–2014 годы.).

В 2014 году субсидии Федерального фонда в размере 12 932 409,5 тыс. рублей направлены в ГК «Ростех» (51,9% от размера предоставленных субсидий –24 919 576,2 тыс. рублей). Расходование субсидий ГК «Ростех» в 2014 году не осуществлялось.

Средства бюджетов субъектов Российской Федерации направлены
в ГК «Ростех» в размере 386 545,2 тыс. рублей (11,5% от предусмотренных средств на 2014 год – 3 364 882,8 в регионах, работающих с ГК «Ростех»). Использование указанных средств ГК «Ростех» составило 1 821,3 тыс. рублей (или 0,5 % от размера предоставленных средств – 386 545,2 тыс. рублей).

**Раздел  6.  Реализация государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»**

Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (далее – Программа) реализуется с 2013 года, первая ее редакция была утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 2511-р.

В настоящее время уточненная Программа утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294.

Срок реализации Программы определен на 2013-2020 годы (в два этапа).

В соответствии с паспортом Программа включает 11 подпрограмм, которые отражают основные направления развития сферы здравоохранения:

1. «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»;
2. «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»;
3. «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины»;
4. «Охрана здоровья матери и ребенка»;
5. «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»;
6. «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»;
7. «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»;
8. «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»;
9. «Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья»;
10. «Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан» (подпрограмма Б);
11. «Управление развитием отрасли» (подпрограмма Г).

Реализация мероприятий Программы позволит обеспечить доступность медицинской помощи и повысить эффективность медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Программа является базовым документом отрасли здравоохранения, в котором отражены приоритеты и основные направления государственной политики в сфере охраны здоровья.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 4 сентября 2014 г. № 1727-р утвержден план реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов.

В целях мониторинга реализации мероприятий Программы изданы приказы Минздрава России «Об утверждении детального плана-графика реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» (от 24 сентября 2014 г. № 558 и от 12 ноября 2014 г. № 721).

Приказом Минздрава России от 14 октября 2014 г. № 618 «Об организации работы по реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» утвержден Порядок организации в Министерстве работы по реализации Программы.

Создана Межведомственная комиссия по реализации мероприятий Программы, в состав которой вошли представители всех участников государственной программы (приказы Минздрава России от
12 ноября 2014 г. № 722 и от 21 ноября 2014 г. № 760).

Во исполнение поручений Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации Министерством в 2014 году подготовлена новая редакция Программы, дополненная подпрограммами: «Организация обеспечения обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации»; «Развитие скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме и специализированной медицинской помощи в экстренной форме»; мероприятиями: «Первичная профилактика стоматологических заболеваний среди населения Российской Федерации», «Диспансерное наблюдение больных с артериальной гипертонией», «Развитие системы донорства органов человека в целях трансплантации», «Медицинская помощь, оказываемая в рамках клинической апробации новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации».

Особое внимание уделено мерам по развитию здравоохранения в субъектах Российской Федерации, находящихся на территории Дальнего Востока, сформирован специальный раздел «Обеспечение приоритетов развития здравоохранения на Дальнем Востоке».

Совокупный объём средств, направленных на финансовое обеспечение государственной политики в сфере охраны здоровья, в 2014 году составил 2 546,7 млрд рублей или 3,6% от валового внутреннего продукта, из них средства:

федерального бюджета – 480,8 млрд рублей;

консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации – 825,8 млрд рублей;

фондов ОМС – 1 240,1 млрд рублей.

**подраздел 6.1 Первичная медико-санитарная помощь. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В рамках организации выездных форм оказания медицинской помощи в 2014 году на указанных территориях дополнительно приобретено 186 мобильных медицинских комплексов, в том числе 4 центра здоровья, 5 фельдшерско-акушерских пунктов, 41 комплекс для диспансеризации взрослых и детей, 127 флюорографов и 9 маммографов.

Кроме того, на указанных территориях в соответствии со статьей 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в 2014 году продолжается реализация региональных программ модернизации здравоохранения в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию 9 перинатальных центров в 8 субъектах Российской Федерации: республиках Бурятия, Карелия, Саха (Якутия) и Хакасия, Алтайском и Красноярском
(г. Ачинск и г. Норильск) краях, Ленинградской и Сахалинской областях.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

По итогам диспансеризации 2014 года, 1 группу здоровья (не имеющих заболеваний и минимальный набор факторов риска их развития) имеют около 33 % населения, 2 группу здоровья (высокий риск смерти при скрытом течении болезни) имеют 21 % (в основном, мужчины в возрасте от 40 до 60 лет), 3 группу здоровья (заболевания, требующие наблюдения врача) имеют 46 % населения.

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

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

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

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

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

*Иммунизация населения в рамках национального календаря профилактических прививок в 2014 году*

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

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

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

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

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

Благодаря реализации мероприятий по иммунизации в Российской Федерации достигнут высокий уровень охвата профилактическими прививками, включенных в национальный календарь профилактических прививок, а также своевременный охват детей вакцинацией против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори и эпидемического паротита в декретированные сроки (97–98%), ревакцинацией (96–97%).

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

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

Информация о числе охваченных вакцинацией в 2014 г. в соответствии с национальным календарем профилактических прививок приведена в табл. 1.8.

 Таблица 1.8

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Мероприятия, направленные на вакцинацию населения** | **Плановое значение** **на 2014 г.** **(тыс. чел.)**  | **Привито** **в 2014 г.** **(тыс. чел.)** | **%****выполнения плана** |
| Против полиомиелита, всего: | 6 200,0 | 6 363,9 | более 100 % |
| в том числе дети до 1 года - инактивированной вакциной против полиомиелита | 1 785,0 | 1 647,0 | 92,2 % |
| Против гепатита В - детей, подростков, взрослых | 4 285,0 | 3 312,8 | 77,3 % |
| Против краснухи - детей, подростков, взрослых до 25 лет | 3 285,0 | 3 630,0 | более 100 % |
| Против дифтерии, коклюша, столбняка - детей, подростков, взрослых | 13 000,0 | 13 532,2 | более 100 % |
| Против кори и эпидемического паротита - детей в возрасте 1 год и 6 лет | 3 285,0 | 3 426,4 | более 100 % |
| Против кори взрослых | 1 000,0 | 1 741,1 | более 100 % |
| Против туберкулеза - новорожденных и детейв 7 и 14 лет | 2 100,0 | 2 119,4 | более 100 % |
| Против гемофильной инфекции | 330,0 | 664,5 | более 100 % |
| Против гриппа | 34 000,0 | 41 642,0 | более 100 % |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Финансовое обеспечение реализации мероприятий, направленных на профилактику, выявление, лечение и мониторинг лечения больных ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С за счет средств федерального бюджета, составило 18 218 694,0 тыс. руб., в том числе:

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

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

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

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

Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2012 г. 1438 Минздравом России осуществлен сбор заявок на поставку диагностических средств и антивирусных препаратов для учреждений, оказывающих медицинскую помощь, подведомственных ФСИН России, Роспотребнадзору, ФМБА России, Минздраву России.

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

Минздравом России по итогам проведенных процедур в рамках Федерального закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» заключены 97 государственных контрактов:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

***Формирование здорового образа жизни***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В целях решения задач в области профилактики неинфекционных заболеваний, проведена работа по включению в штат медицинских организаций субъектов Российской Федерации врачей-диетологов, ориентированных не только на проведение работ по организации лечебного питания, но и на организацию здорового питания в коллективах и проведение санитарно-просветительской работы с учащимися и родителями в школах, детских садах.

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

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

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

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

**подраздел 6.2  Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь**

Реализация мероприятий по совершенствованию оказания специализированной медицинской помощи в 2014 году осуществлялась в рамках Программы и региональных программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В субъектах Российской Федерации проводились мероприятия
по улучшению материально-технического оснащения лабораторий медицинских организаций фтизиатрического профиля, по обеспечению противотуберкулезными и антибактериальными препаратами для лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

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

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

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

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

Проведенные мероприятия включали в том числе обеспечение круглосуточного функционирования медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, оптимизацию схемы маршрутизации пациентов с целью своевременного оказания медицинской помощи в необходимом объеме, обеспечение деятельности медицинских организацийв соответствии сПорядком оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком (приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 927н), и Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (приказ Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н).

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

*Модернизация наркологической службы Российской Федерации*

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

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

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

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

В течение 2011-2014 годов всем субъектам Российской Федерации,
за исключением Республики Крым и города Севастополя, в целях укрепления материально-технической базы и приведения ее в соответствие с порядком оказания медицинской помощи по профилю «наркология», проведения капитальных и текущих ремонтов помещения, а также подготовки и переподготовки кадров были перечислены субсидии из федерального бюджета. Общий объем финансирования за 4 года составил 1,8 млрд рублей, а объем средств, выделенных из консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации, составил 1,5 млрд рублей.

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

Информация о достижении целевых показателей (индикаторов) модернизации наркологической службы Российской Федерации, утвержденных приказом Минздрава России от 5 июня 2014 г. № 263, в 2014 году представлена в табл. 1.9.

 Таблица 1.9

**Информация о достижении целевых показателей (индикаторов) модернизации наркологической службы Российской Федерации, утвержденных приказом**

**Минздрава России от 5 июня 2014 г. № 263, в 2014 году**

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

Превышение показателя повторной госпитализации больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года, связана с «накоплением» среди госпитализированных больных числа пациентов с 3-й стадией алкогольной зависимости (алкогольная деградация личности). В указанной группе больных наиболее выражена «алкогольная анозогнозия» − отсутствие критики к наличию заболевания и к своему состоянию. Эти категории больных не имеют установок на лечение, медицинскую реабилитацию и в целом на ведение трезвого образа жизни, что приводит к преждевременной выписке, срывам и повторным госпитализациям.

*Развитие ядерной медицины*

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

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

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

*Развитие системы донорства*

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

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

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

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

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

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

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

С начала реализации мероприятий по укреплению донорства, материально-технической и информационной базы службы крови за период 2008-2014 годов в учреждения службы крови субъектов Российской Федерации было поставлено более 7 тыс. единиц нового медицинского оборудования. В 2014 году было введено в эксплуатацию 2 модульных здания для размещения службы крови в городах Казань и Ульяновск.

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

повышение безопасности донорской крови за счет создания регистров отведенных доноров;

снятие ограничения на сдачу крови по территориальному принципу;

управление запасами крови.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Оказание высокотехнологичной медицинской помощи*

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

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

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

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

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

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

Таким образом, общий объем оказания ВМП за счет средств федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и средств ОМС в 2014 году составил 715,6 тыс. пациентов.

В рамках базовой программы ОМС ВМП оказывала 641 медицинская организация, в том числе:

124 медицинские организации, подведомственные федеральным органам государственной власти;

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

85 медицинских организаций негосударственной формы собственности.

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

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

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

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

Наибольшие объемы ВМП выполнены в рамках территориальных программ ОМС  г. Москвы (42 825 госпитализаций), г. Санкт-Петербурга (18 738 госпитализаций), Свердловской (12 053 госпитализации) и Московской областей (9 755 госпитализаций), а также Краснодарского края (7 773 госпитализации).

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

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

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

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

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

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

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

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

При этом наибольшие объемы ВМП, выполненные:

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

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

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

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

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

эндопротезирование суставов конечностей (9,7%);

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

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

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

Наибольшие объемы ВМП, выполненные:

медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам государственной власти, оказаны по видам «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца», «эндопротезирование суставов конечностей»;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Наиболее затратными профилями ВМП в 2014 году являлись:

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

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

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

Наименее затратными профилями ВМП в 2014 году являлись:

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

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

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

Наибольшая стоимость одной госпитализации отмечена по видам ВМП:

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

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

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

Наименьшая стоимость одной госпитализации отмечена по видам ВМП:

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

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

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

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

В 2014 году за счет средств федерального бюджета осуществлялось финансирование лечения граждан Российской Федерации в условиях зарубежных клиник. Согласно заключенным договорным обязательствам оказана необходимая медицинская помощь за рубежом 11 гражданам Российской Федерации (в 2013 году – 17 гражданам).

**подраздел 6.3 Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь**

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

Работу станций (отделений) скорой медицинской помощи обеспечивали 20 530 автомобилей скорой медицинской помощи, из них 36,0 % имели срок эксплуатации до 3 лет, 14,2 % – от 3 до 5 лет, 49,2 % – более 5 лет.

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

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

Учитывая социальную значимость оказания медицинской помощи
в экстренной и неотложной формах, необходимость обеспечения преемственности первичной медико-санитарной помощи, скорой (в том числе скорой специализированной) медицинской помощи, специализированной медицинской помощи в экстренной форме Минздравом России в Программы включена подпрограмма «Развитие скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме и специализированной медицинской помощи в экстренной форме», целями которой являются:

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

совершенствование оказания медицинской помощи в экстренной форме;

снижение времени ожидания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи вне медицинской организации;

развитие санитарно-авиационной эвакуации.

Основными мероприятиями подпрограммы являются:

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

развитие системы оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах;

информатизация системы оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах;

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

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

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

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

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

организации санитарной эвакуации пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях;

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

организации межгоспитальной эвакуации в специализированные медицинские организации;

доставки специализированных консультативных медицинских бригад
в другие регионы;

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

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

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

**подраздел 6.4 Паллиативная помощь**

Организация службы паллиативной медицинской помощи населению находится в ведении субъектов Российской Федерации и осуществляется
в соответствии с региональными программами развития здравоохранения.

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

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

Повышение квалификации врачей клинических специальностей по вопросам паллиативной медицинской помощи проводилось в 2014 году на кафедре паллиативной медицины факультета последипломного образования Московского медико-стоматологического университета им.  А.И. Евдокимова Минздрава России.

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

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

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

Мероприятия по развитию паллиативной медицинской помощи включены в виде отдельной подпрограммы «Оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе детям» в Программу, а также в виде отдельных подпрограмм в программы развития здравоохранения субъектов Российской Федерации, входящих в состав Центрального федерального округа.

В соответствии с программами развития здравоохранения субъектов Российской Федерации для оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях открываются кабинеты в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (г. Москва, Брянская, Костромская, Рязанская и Ярославская области). Выездная патронажная служба организована в г. Москве, Ивановской, Костромской, Курской, Смоленской, Тульской и Ярославской областях.

В качестве индикатора реализации Программы определен уровень обеспеченности койками для оказания паллиативной медицинской помощи на 100 тыс. взрослого и детского населения, который к 2020 году должен составлять 10 коек на 100 тыс. взрослого населения и 2,08 коек на 100 тыс. детского населения.

**подраздел 6.5 Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение**

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

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

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

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

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

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

В соответствии с Программой с 2013 г. по настоящее время в субъектах Российской Федерации развернуто 9 973 соматических реабилитационных койки для взрослых и 3 775 – для детей.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**подраздел 6.6 Инновационные методы диагностики, профилактики и лечения**

Создание современной системы здравоохранения возможно на основе опережающего инновационного развития, создания интегрированной системы инновационной медицины, обеспечивающей разработку и внедрение в практическое здравоохранение передовых средств и методов оказания медицинской помощи.

Структурной основой инновационной системы здравоохранения призваны стать создаваемые в ведении Минздрава России в рамках исполнения поручения Президента Российской Федерации от 5 ноября 2014 г. № Пр-2606 национальные научно-практические медицинские центры, ориентированные на решение актуальных задач здравоохранения. С целью выполнения данного поручения Минздравом России в 2014 году подготовлен проект распоряжения Правительства (распоряжение Правительства Российской Федерации утверждено от 5 марта 2015 г. № 421-р), в соответствии с которым предполагается передать в ведение Минздрава России федеральные государственные бюджетные научные учреждения: «Российский онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина», «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева», «Научно-исследовательский институт нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко», «Научный центр здоровья детей», сформировав на их базе национальные научно-практические медицинские центры, и возложить на них в том числе:

организационно-методическое руководство организациями соответствующего профиля;

проведение научных исследований и осуществление разработок в сфере медицины и биологии, включая создание новых лекарственных препаратов и медицинских изделий, разработку новых методов оказания медицинской помощи;

оказание населению ВМП;

участие в разработке клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в соответствии с ее профилями.

Планируется продолжить формирование вертикально-интегрированной системы медицинских организаций, возглавить которую призваны национальные научно-практические медицинские центры, создаваемые на базе учреждений науки федерального уровня, занимающих лидирующие позиции по соответствующим медицинским профилям.

В целях реализации подпункта «г» пункта 1 перечня поручений Президента Российской Федерации от 5 февраля 2014 г. № Пр-242, пункта
3 перечня поручений Президента Российской Федерации от 12 февраля 2014 г. № Пр-283 об обеспечении финансирования медицинских или иных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, находящихся в ведении федеральных органов исполнительной власти, Минздравом России в 2014 году разработан проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам организации медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации», в соответствии с которым вводится процедура организации особой медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (Федеральный закон от 8 марта 2015 г. № 55-ФЗ).

Указанным Федеральным законом впервые в Российской Федерации установлены правовые основы для применения принципов трансляционной медицины, упорядочения механизмов обновления клинических рекомендаций (протоколов лечения), внедрения и тиражирования новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации в медицинскую практику. Кроме того, данное совершенствование законодательной базы позволит устранить существующие разрывы в инновационных циклах в медицине путем формирования системы интеграции медицинских научных исследований, инновационной клинической деятельности и ВМП, что обеспечит последующее включение результатов инновационных разработок в практическое здравоохранение.

В рамках реализации Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2580-р (далее – Стратегия), в 2014 году Министерство совместно с подведомственными федеральными государственными учреждениями продолжило проведение институциональных преобразований в медицинской науке, в том числе – реализацию кластерной модели инновационного развития.

Важно отметить, что кластерная модель позволяет оптимизировать ресурсы на инфраструктурном обеспечении, создавать условия для развития гибких наукоемких производств, одновременно являясь площадкой подготовки и повышения квалификации специалистов.

Появляется возможность маневра финансовыми средствами и материальными ресурсами, научными и образовательными компетенциями.

В целях реализации данного подхода принято решение о создании в 2015–2016 гг. двух первых в стране медицинских научно–образовательных кластеров на базе федеральных государственных учреждений Минздрава России: федерального государственного бюджетного учреждения «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации и государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

На базе этих ведущих научно-образовательных учреждений в соответствии с приказами Минздрава России от 22 июля 2014 года № 380 и от 25 июля 2014 г. № 397 формируются центры доклинических трансляционных исследований, в которых в соответствии с правилами надлежащих практик будут созданы условия для выполнения современных исследований и биомедицинских разработок.

Министерством во исполнение подпункта «а» пункта 1 поручения Президента Российской Федерации от 19 февраля 2012 г. № Пр-426, поручения Президента Российской Федерации от 5 апреля 2012 г. № Пр-871, пункта 1 поручения Правительства Российской Федерации от 12 апреля 2012 г. № ВП-П12-1107 разработан и внесен в установленном порядке в Правительство Российской Федерации проект федерального закона «О биомедицинских клеточных продуктах», который регулирует отношения, возникающие в связи с разработкой, доклиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией, клиническими исследованиями, производством, реализацией, хранением, транспортировкой, применением, уничтожением, ввозом в Российскую Федерацию, вывозом из Российской Федерации биомедицинских клеточных продуктов для профилактики, диагностики и лечения заболеваний (состояний) пациента, сохранения беременности и медицинской реабилитации пациента, а также в связи с донорством биологического материала в целях производства биомедицинских клеточных продуктов. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2015 г. № 160-р законопроект внесен в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации.

Постановлением Государственной Думы от 21 апреля 2015 г.
№ 6539-6 ГД проект федерального закона № 717040-6 «О биомедицинских клеточных продуктах» принят в первом чтении.

В ходе реализации Минздравом России Стратегии в 2014 году отмечена положительная динамика основных индикативных показателей:

средний возраст научных сотрудников подведомственных Министерству учреждений науки снизился до 47 лет (в 2013 г. – 47,6 лет);

доля научных сотрудников в возрасте до 39 лет в общем числе научных сотрудников возросла до 37,2% (по сравнению с 34,8% в 2013 году);

число научных сотрудников, оцененных по качеству публикаций, имеющих индекс Хирша более 10, увеличилось более чем вдвое (с 104 до 255 человек, по сравнению с 2013 годом);

количество научных публикаций только в рамках выполнения учреждениями науки государственных заданий возросло и составило 4 531 статью (2013 год – 4 431 статья), при этом суммарный импакт-фактор публикаций увеличился с 2 770 единиц в 2013 году до 3 678 единиц, что свидетельствует о растущей востребованности результатов выполняемых исследований в научном медицинском сообществе.

Устойчивое безопасное развитие общества требует эффективно функционирующей системы охраны здоровья граждан страны, что возможно только на основе развития медицинской науки и инновационного развития здравоохранения.

Одной из задач в отрасли здравоохранения является эффективное овладение геномными, постгеномными, протеомными, метаболомными и конгнитивными технологиями, которые призваны обеспечить «технологическую независимость» медицины всего государства.

Среди направлений современной науки биомедицина является одним из наиболее активно развиваемых.

В России биомедицина следует после многих направлений – физики, астрономии, инженерного дела, химии. Одной из причин такой расстановки приоритетов является высокая стоимость и длительность медицинских исследований, что ставит медицинскую науку в более трудное положение, чем науки, в которых теоретические исследования преобладают.

Важно отметить, что, в отличие от большинства стран, в которых нейронауки, иммунология и микробиология, фармакология и фармацевтика кластеризуются вокруг медицины, в России они группируются преимущественно вокруг поисковых фундаментальных исследований. Это приводит к оторванности инновационной деятельности от актуальных задач практической медицины и недостаточному ее влиянию на показатели эффективности здравоохранения, а также к отставанию накопленных компетенций.

Из-за отсутствовавшего в 90-х годах системного внимания к развитию науки и технологий, сегодня наблюдается отставание технологического потенциала России в области биомедицины.

Анализ показал, что в прорывном развитии в нашей стране нуждается ряд «критических» технологических областей, таких как «геномика и генная инженерия», «фармакогенетика и персонифицированная терапия», «клеточные технологии» и другие.

Медицинские радиационные технологии, получившие в России устоявшуюся терминологию «ядерная медицина» и «лучевая терапия» играют важнейшую роль в современной клинической практике. Эффективность медицинской помощи больным с наиболее социально значимыми онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями напрямую зависит от уровня развития и внедрения в медицинскую практику современных методов медицинской радиологии. Необходимость эксплуатации высокотехнологичного медицинского оборудования, функционирование которого требует обеспечения комплекса сопутствующих мер, таких как производство радиофармпрепаратов, обеспечение радиационной безопасности, соблюдение мер по надлежащей производственной и лабораторной практике, создаёт значительный потенциал формирования данного направления здравоохранения как крупномасштабного сектора экономики страны, который имеет не только социальную, но и экономическую составляющую.

На базе федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр им А.И. Бурназяна» и федерального государственного унитарного предприятия «Федеральный центр по проектированию и развитию объектов ядерной медицины» Федерального медико-биологического агентства в 2014 году продолжены разработки новых радиофармацевтических лекарственных препаратов:

препарат «Фосфорен, 188Re». Внедрение этого препарата в клиническую практику позволит обеспечить отечественную медицину новым более доступным, эффективным и безопасным радиофармацевтическим лекарственным препаратом для терапии онкологических больных с метастатическими поражениями скелета;

инновационный радиофармацевтический лекарственный препарат «Эстроскан, 99mTc», клинические испытания которого демонстрирует высокую диагностическую эффективность и высокий потенциал возможностей при визуализации эстроген чувствительных объемных новообразований молочной железы и яичников;

создано 2 опытных образца модуля синтеза препаратов галлия-68, проведены их технические испытания; устройства предполагается использовать в клинических исследованиях радиофармацевтических лекарственных препаратов для позитронно-эмиссионной томографии, доклинические исследования которых завершены в 2013–2014 годы;

начаты подготовительные работы по организации испытаний и производства РФП фтора-18 в циклотронной лаборатории (на базе циклотрона TR-24);

начато изучение возможности диагностики объема местных лучевых поражений в остром периоде на основе аллогенных мезенхимальных стволовых клеток с использованием радиофармпрепарата «Реоксинд, 111In» (предложенного ранее для мечения форменных элементов крови);

проведены первичные поисковые исследования и подготовлен новый проект, получивший одобрение научно-консультативного совета Минпромторга России для включения в федеральную целевую программу «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу», утвержденную постановлением Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. № 91, по доклиническим исследованиям радиофармацевтического лекарственного препарата «Меланоскан, 99mТс» на основе пептидного аналога альфа-меланоцит-стимулирующего гормона для диагностики меланомы и ее метастазов;

по направлению радионуклидной терапии открытыми источниками: создана лабораторная технология получения лиофилизированной формы радиофармпрепарата «Синорен,188Re» для радиосиновектомии, это обеспечит возможность синтеза препарата непосредственно в клинике с использованием генератора 188W/188Re; в качестве соисполнителя коллектив сотрудников принимает участие в проекте «Трансфер зарубежных разработок радиофармацевтического лекарственного препарата на основе липиодола, меченного рением-188, для внутриартериальной радионуклидной терапии гепатоцеллюлярной карциномы, и проведение его доклинических и клинических исследований» (федеральная целевая программа).

На этапе строительства в настоящее время находятся: отделение радионуклидной терапии и центр позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ-центр) федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства в г. Н. Новгороде; Федеральный высокотехнологичный центр медицинской радиологии в Димитровграде, в состав которого включён первый в России сертифицированный центр протонной терапии.

Введены в эксплуатацию:  в федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Северный медицинский клинический центр  имени  Н.А. Семашко» Федерального медико-биологического агентства (г. Архангельск) – отделение радионуклидной терапии и диагностики, в  федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Сибирский  клинический центр   Федерального медико-биологического агентства» (г. Красноярск) – отделение радионуклидной терапии и диагностики, ПЭТ-центр

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

В 2014 году и за январь-февраль 2015 года в федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Северный медицинский клинический центр  имени  Н.А. Семашко» Федерального медико-биологического агентства (г. Архангельск) в отделении радионуклидной терапии и диагностики пролечено 220 пациентов и проведено 1400 исследований.

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

Инновационная деятельность в здравоохранении имеет ряд принципиальных особенностей, связанных, прежде всего, с проведением клинического этапа исследований с вовлечением человека:

наличие острых этических проблем, требующих постоянно-действующих мер по недопустимости «размывания» морально-этических основ общества и совершенствованию нормативно-правового сопровождения. Хельсинкская Конвенция по медицинской науке и все международные акты провозглашают приоритет защиты прав и здоровья каждого человека, участвующего в инновационной деятельности в качестве пациента. Интересы каждого человека – выше интересов науки и общества;

необходимость «трансляционного этапа»: от экспериментов в лабораторных условиях (на культуре клеток и тканей, животных) к человеку;

особый порядок апробации инновационных медицинских разработок в клинических исследованиях – в рамках оказания особой медицинской помощи и особый порядок внедрения инновационных разработок – через обновление клинических протоколов и порядков оказания медицинской помощи;

особый порядок регистрации лекарственных препаратов и медицинских изделий и составления их «ограничительных» перечней, гарантируемых государством.

Таким образом, инновационный процесс в медицине – многоэтапный – от идеи и прототипа к внедрению разработки в практическую медицину. Главная задача – исключить разорванность инновационного процесса («от идеи до клиники») без ущерба для качества и безопасности разрабатываемого продукта.

Важно отметить, что в России основная часть инвестиций в биомедицинские исследования представлена государственным сектором, тогда как в большинстве стран значительная часть инвестиций (от 28 до 82%) приходит из частного сектора. Требует развития государственно-частное партнерство, направленное, в том числе на совершенствование инфраструктуры инновационной медицины.

 Для прорывного прогресса в области биомедицины, достижения уровня ведущих стран будет продолжено развитие таких направлений, как:

совершенствование единых государственных приоритетов и независимой экспертизы;

развитие единой инновационной биомедицинской среды и «трансляционной» медицины;

развитие биомедицинских научных школ и их компетенций с организацией научно-образовательно-производственных медицинских кластеров;

формирование инновационной инфраструктуры;

обеспечение организованного спроса со стороны здравоохранения на инновации.

**подраздел 6.7 Охрана здоровья матери и ребенка**

Основные направления совершенствования оказания медицинской помощи женщинам и детям определены подпрограммой «Охрана здоровья матери и ребенка» Госпрограммы.

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

За январь-декабрь 2014 г. в Российской Федерации младенческая смертность снизилась до 7,4 на 1000 родившихся живыми, на 9,8% (аналогичный период 2013 г. – 8,2 на 1000 родившихся живыми).

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

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

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

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

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

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

Самые низкие показатели младенческой смертности (6,0 на 1000 родившихся живыми и ниже) зарегистрированы в Белгородской (5,7), Воронежской (5,6), Тамбовской (4,5), Ярославской (5,5), Кировской (4,5), Пензенской (5,7), Тюменской (5,7), Томской (4,9) областях, Краснодарском крае (5,6), г. Санкт-Петербурге (4,3), Чувашской Республике (4,4), республиках Коми (5,2), Мордовия (6,0), Ненецком автономном округе (5,6), Ханты-Мансийский автономном округе (4,5).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

мероприятия, направленные на улучшение выявляемости врожденных аномалий развития;

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

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

совершенствование навыков проведения первичной реанимации новорожденных.

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

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

Указанные средства направлялись медицинскими организациями, оказывающими амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам в период беременности, и медицинскими организациями, оказывающими стационарную помощь женщинам и новорожденным в период родов и послеродовой период, на оплату труда, а также на приобретение медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря, изделий медицинского назначения, медикаментов и дополнительного питания для беременных и кормящих женщин.

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

В 2014 году оказаны услуги на амбулаторно-поликлиническом этапе – 1,7 млн женщин; в период родов и в послеродовый период – 1,8 млн женщин; по профилактическим медицинским осмотрам ребенка в течение первого года жизни – 2,3 млн услуг.

С целью повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров в 2014 году создано 4 новых обучающих симуляционных центра на базе государственных бюджетных образовательных учреждений высшего профессионального образования, находящихся в ведении Минздрава России: Кемеровская государственная медицинская академия, Читинская государственная медицинская академия, Дальневосточный государственный медицинский университет и Амурская государственная медицинская академия.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В центры здоровья для детей в 2014 г. обратились 1 129 188 детей (в 2013 г. – 1 089 332 ребенка) в возрасте от 0 до 17 лет включительно. Из числа обратившихся признаны здоровыми 37,0% детей (в 2013 г. – 32,97%), с функциональными расстройствами – 63,0% (в 2013 г. – 67,03%).

В 2013 году в Российской Федерации началась диспансеризация детского
населения, охватывающая все возрастные категории. Определен порядок
профилактических осмотров детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно.
Диспансеризация позволяет выявить у ребенка ранние проявления
заболевания, функциональные нарушения здоровья, провести своевременное
лечение и предотвратить переход функциональных нарушений
здоровья ребенка в хронические заболевания.

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

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

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

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

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

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

Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, а также гинекологическим больным в 2014 году осуществлялось родильными домами (отделениями), перинатальными центрами, женскими консультациями, центрами охраны здоровья семьи и репродукции.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В 2014 году в Российской Федерации сохранялась положительная динамика снижения числа абортов. Общее число абортов по сравнению с 2013 годом в 2014 году снизилось на 7,6 % и составило 814 162. Распространенность абортов на 1000 женщин 15–49 лет уменьшилась на 6,5 % (с 24,5 в 2013 году – до 22,9 в 2014 году).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

С целью укрепления семьи, сохранения семейных ценностей и традиций, Минздравом России совместно с Фондом социально-культурных инициатив в 2014 году во всех субъектах Российской Федерации проведена акция «Подари мне жизнь!», в рамках которой в женских консультациях, гинекологических отделениях, центрах планирования семьи и репродукции, дневных стационарах организуются лекции специалистов по вопросам о вреде аборта, его осложнениях, методах предупреждения абортов, сексуальном поведении. Медицинскими психологами проводятся беседы о влиянии абортов на психологическое состояние и семейную жизнь женщин, о правильном психологическом настрое на материнство.

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

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

С целью продолжения создания перинатальных центров в Российской Федерации распоряжением Правительства Российской Федерации от 9 декабря 2013 г. № 2302-р утверждена Программа развития перинатальных центров в Российской Федерации, предусматривающая строительство 32 перинатальных центров в 30 субъектах Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров осуществляется за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сумме 52 655,7 млн рублей и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

**подраздел 6.8 Кадровое обеспечение системы здравоохранения**

В медицинских организациях Российской Федерации на 1 января 2015 г. работает 580 311 врачей и 1 287 659 медицинских работников со средним профессиональным образованием, в том числе в медицинских организациях субъектов Российской Федерации – 526 418 врачей и 1 221 669 медицинских работников со средним профессиональным образованием.

Обеспеченность населения врачами составила 39,7 на 10 тыс. населения, обеспеченность медицинскими работниками со средним профессиональным образованием – 88,09.

Сохраняется неоднородность показателя обеспеченности населения врачами и медицинскими работниками со средним профессиональным образованием среди субъектов Российской Федерации.

Максимально высокие уровни обеспеченности врачами отмечаются в Чукотском автономном округе, в гг. Санкт-Петербурге и Москве, в Республике Северная Осетия-Алания и в Магаданской области.

В то же время, минимальные уровни обеспеченности врачами сохраняются: в Чеченской Республике, во Владимирской, Курганской и Тульской областях, в Еврейской автономной области.

Максимальные значения показателей обеспеченности медицинскими работниками со средним профессиональным образованием отмечаются: в Чукотском, Ханты-Мансийском и Ненецком автономных округах, в Магаданской области, в Республике Тыва; минимальные – в Приморском крае, в Ленинградской, Калининградской и Московской областях, в Чеченской Республике.

В 90% регионов отмечен дефицит врачей по специальностям: «анестезиология-реаниматология», «патологическая анатомия», «клиническая лабораторная диагностика», «рентгенология», «фтизиатрия», «психиатрия».

Проблемы кадрового обеспечения здравоохранения связаны не столько с дефицитом врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием по ряду специальностей, сколько со сформировавшимися диспропорциями в отрасли, а именно дисбалансом: в обеспеченности медицинскими кадрами медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях в целом и, в частности врачей-специалистов и врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых; в укомплектованности штатов медицинских организаций, расположенных в сельской местности и в городах; в соотношении между количеством врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием.

***О ходе выполнения подпункта «г» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»***

Во исполнение подпункта «г» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2013 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 г. № 614-р утвержден комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года, а органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации – региональные кадровые программы.

В 2014 году органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья продолжили реализацию мероприятий региональных кадровых программ, утвержденных во исполнение подпункта «г» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» (далее – региональные кадровые программы), осуществляя ежеквартально мониторинг их реализации через автоматизированную систему мониторинга по адресу: <http://asmms.mednet.ru/>.

На реализацию мероприятий региональных кадровых программ в 2014 году субъектами Российской Федерации было направлено 17,6 млрд руб.

Прирост численности врачей отмечается в 53 субъектах Российской Федерации, медицинских работников со средним профессиональным образованием – в 19 субъектах Российской Федерации, отрицательная динамика численности врачей – в 25 субъектах Российской Федерации, численности медицинских работников со средним профессиональным образованием – в 62 субъектах Российской Федерации.

Оценка данных мониторинга свидетельствует, что в 2014 году достигнуты показатели обеспеченности врачами, предусмотренные региональными кадровыми программами, в 41 субъекте Российской Федерации.

Отмечается дефицит врачей по отдельным специальностям. Большинство субъектов Российской Федерации отметили дефицит врачей – терапевтов участковых, врачей – педиатров участковых, врачей – хирургов, врачей –травматологов-ортопедов, врачей – оториноларингологов, врачей – офтальмологов, врачей – фтизиатров, врачей – анестезиологов-реаниматологов, врачей – психиатров, врачей – неврологов, врачей – психиатров-наркологов, врачей – патологоанатомов, врачей скорой медицинской помощи, врачей –инфекционистов.

В 2014 году органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в рамках реализации региональных кадровых программ осуществлялись мероприятия по повышению качества подготовки и уровня квалификации медицинских кадров. Циклы повышения квалификации окончили 158 730 врачей и 268 674 медицинских работника со средним профессиональным образованием.

Кроме этого, 13 088 врачей прошли профессиональную переподготовку и получили вторую и последующие специальности.

Субъектами Российской Федерации достигнуты запланированные на 2014 год объемы дополнительного профессионального образования (повышение квалификации и профессиональная переподготовка).

В ряде субъектов Российской Федерации (Астраханская, Пензенская, Томская области, г. Москва, Республика Татарстан) врачи прошли стажировку в зарубежных клиниках (Израиль, США, Германия, Швейцария, Англия, Греция).

Приоритетным направлением в решении вопросов кадрового обеспечения медицинских организаций остается ориентация на целевую подготовку специалистов с высшим и средним профессиональным образованием.

В 2014 году в соответствии со статьей 56 Федерального закона
от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и постановлением Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 1076 «О порядке заключения и расторжения договора о целевом приеме и договора о целевом обучении» Минздравом России были установлены квоты целевого приема в объеме 11 264 мест для обучения по программам интернатуры и ординатуры за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета в подведомственных образовательных и научных организаций по заявкам органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

В 2014 году по сравнению с 2012 годом объем целевого приема граждан на подготовку по программам интернатуры и ординатуры подведомственным федеральным государственным учреждениям за счет средств федерального бюджета увеличен с учетом потребности субъектов Российской Федерации.

Доля трудоустроенных врачей после завершения обучения в целевой интернатуре и ординатуре составила 85,5 %, что свидетельствует о достижении запланированного значения.

Свыше 9 тыс. студентов образовательных организаций высшего профессионального образования и 5,7 тыс. студентов образовательных организаций среднего профессионального образования получают ежемесячные доплаты к стипендии.

В целях устранения дефицита медицинских работников практически во всех субъектах Российской Федерации осуществляются единовременные денежные выплаты («подъемные») для врачей и среднего медицинского персонала, в том числе приступивших к работе в сельской местности.

В 2014 году в соответствии с Федеральным законом от 2 декабря 2013 г. № 321-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» осуществлялось финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, предусмотренных частью 121 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326).

В соответствии с частью 121 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ в 2014 году единовременные компенсационные выплаты осуществлялись медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2013–2014 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта.

Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2014 году осуществлялось в равных долях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджетам территориальных фондов ОМС из бюджета Федерального фонда, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Согласно распоряжению Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2013 г. № 2542-р о распределении в 2014 году иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целях осуществления в соответствии с частью
121 статьи 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» единовременных компенсационных выплат медицинским работникам утвержденный размер иных межбюджетных трансфертов с учетом резерва Федерального фонда обязательного медицинского страхования составил 2 932 500,0 тыс. рублей.

В 2014 году по заявкам субъектов Российской Федерации из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на осуществление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам направлено 1 664 495,8 тыс. рублей (57 % от утвержденного объема средств), что позволило привлечь на работу в сельские населенные пункты и рабочие поселки 3  321 медицинского работника.

Указанные выплаты в 2014 году получили 6 555 врачей и 3 938 медицинских работников со средним профессиональным образованием; 24 550 врачей и 106 673 медицинских работника со средним профессиональным образованием пользуются компенсацией оплаты жилищно-коммунальных услуг.

По итогам года полностью (на 100%) выполнены плановые показатели в 13 субъектах Российской Федерации: в Ивановской, Смоленской, Калининградской, Волгоградской, Иркутской, Томской, Амурской областях, в республиках Адыгея, Северная Осетия – Алания, Башкортостан, в Пермском и Ставропольском краях, в г. Санкт-Петербург.

В 17 субъектах Российской Федерации плановые показатели по привлечению молодых медицинских работников были перевыполнены, для чего выделены дополнительные средства, как из резерва, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2013 г. № 2542-р, так и из бюджетов соответствующих субъектов Российской Федерации. Всего, сверх установленного плана единовременные компенсационные выплаты получили 145 человек, в том числе в: Костромской области – 4 человека, в Курской – 5 человек, в Московской – 32 человека, в Рязанской – 5 человек, в Тульской – 18 человек, в Ярославской – 3 человека, в Вологодской – 2 человека, в Нижегородской – 12 человек, в Пензенской – 4 человека, в Тюменской – 25 человек, в Кемеровской – 4 человека, в Магаданской области – 1 человек, в республике Карелия – 4 человека, в Кабардино-Балкарской Республике – 11 человек, в Республике Хакасия – 11 человек, в Алтайском крае – 2 человека, в Ханты-Мансийском автономном округе – 2 человека.

В рамках реализуемых региональными кадровыми программами мероприятий по обеспечению жильем в целом по Российской Федерации в
2014 году улучшили свои жилищные условия более 6,5 тыс. врачей и около
4 тыс. медицинских работников со средним профессиональным образованием, более 1 тыс. врачей и 1,8 тыс. медицинских работников со средним профессиональным образованием воспользовались правом на внеочередное предоставление места в детских дошкольных образовательных организациях.

С целью привлечения врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием для работы в медицинских организациях в 2014 году в ряде субъектов Российской Федерации приняты нормативные правовые акты, устанавливающие дополнительные гарантии и меры социальной поддержки медицинским работникам:

в Кировской области – постановление Правительства Кировской области от 3 сентября 2014 г. № 278/603 «О единовременных компенсационных выплатах медицинским работникам в 2014 году»;

в Ставропольском крае – постановление Правительства Ставропольского края от 25 февраля 2014 г. № 56-п «О некоторых мерах по осуществлению в 2013–2014 годах единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников»;

в Красноярском крае – закон Красноярского края от 1 декабря
2014 г.  № 7-2869 «О социальных выплатах обучающимся по образовательным программам высшего медицинского образования, заключившим договор о целевом обучении»;

в Алтайском крае – Указ Губернатора Алтайского края от 12 августа
2014 г. № 122 «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат фельдшерам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2014 году на работу в фельдшерско-акушерский пункты, расположенные в сельских населенных пунктах Алтайского края»;

в Саратовской области – постановление Правительства Саратовской области от 7 мая 2014 г. № 269-П «О предоставлении дополнительной социальной поддержки студентам и интернам государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Саратовский государственный медицинский университет имени
В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, молодым специалистам-врачам и средним медицинским работникам областных государственных либо муниципальных медицинских организаций, врачам областных государственных либо муниципальных медицинских организаций для профессиональной переподготовки»;

в Магаданской области – приказы Министерства здравоохранения Магаданской области от 8 декабря 2014 г. № 773 «Об утверждении Положения о стипендиальном обеспечении студентов, интернов и ординаторов, обучающихся по целевым направлениям, на бюджетной и платной основе в высших учебных медицинских заведениях Российской Федерации» и № 774 «Об утверждении Положения о стипендиальном обеспечении студентов, интернов и ординаторов, обучающихся по целевым направлениям, на бюджетной и платной основе в ГПБОУ «Медицинский колледж министерства здравоохранения и демографической политики Магаданской области».

Реализованные в 2014 году программные мероприятия позволили привлечь в медицинские организации субъектов Российской Федерации
6 467 врачей и 10 262 работника среднего медицинского персонала.

Субъектами Российской Федерации в целом достигнуты запланированные индикаторы обеспеченности врачами и объемы повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Отмечается относительная стабильность имеющегося кадрового дефицита врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием: возрастная структура средних медицинских кадров практически не изменилась. Доля врачей в возрасте до 36 лет увеличилась с 25,5 % в 2012 году до 26,7 %
в 2014 году.

Органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации определены механизмы привлечения молодых специалистов в отрасль.

Однако наряду с определенными положительными результатами
от реализации мероприятий региональных кадровых программ
по-прежнему актуальны вопросы дефицита врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием ряда специальностей, особенно в районных медицинских организациях и в сельской местности.

В целях снижения рисков невыполнения региональных кадровых программ органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации направлено письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 апреля 2015 г. № 16-5/10/2-972 с предложением привлечь представителей региональных отделений Некоммерческого партнерства «Национальная Медицинская Палата» к анализу реализации в 2014 году субъектами Российской Федерации региональных кадровых программ с предоставлением аналитической информации о достижении или недостижении поставленных в 2014 году задач по поэтапному сокращению дефицита медицинских кадров и устранению кадровых дисбалансов.

***О ходе выполнения подпункта «а» пункта 1 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в части повышения оплаты труда медицинских работников в 2014 г.***

Планом мероприятий («дорожной картой») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р (далее – отраслевая «дорожная карта»), на 2014 г. установлены соотношения средней заработной платы врачей, среднего и младшего персонала к средней заработной плате по Российской Федерации 130,7 %, 76,2 % и 51 % соответственно.

В целом по Российской Федерации, по данным Росстата среднемесячная заработная плата медицинских работников за 2014 год увеличилась по сравнению 2013 годом:

врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), на 9,4 % и составила 46 231 руб. (141,8 % к средней заработной плате по Российской Федерации).

среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) на 9,2 % и составила 26 310 руб. (80,7 % к средней заработной плате по Российской Федерации);

младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) на 12,7 % и составила 16 130 руб. (49,5 % к средней заработной плате по Российской Федерации).

По сравнению с 2012 годом увеличение заработной платы указанных категорий работников составило соответственно 35,2 %, 36,3% и 53,3 %.

Запланированные индикаторы соотношений средней заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала государственных и муниципальных учреждений Российской Федерации к средней заработной плате в субъектах Российской Федерации, установленные отраслевой «дорожной картой» на 2014 год, достигнуты (в пределах 5% отклонения) в 82, 82 и 78 субъектах Российской Федерации соответственно.

Одновременно с повышением заработной платы, уменьшилась межрегиональная дифференциация уровней заработных плат медицинских работников. По итогам 2014 года дифференциация в уровнях соотношений средней заработной платы врачей к средней заработной плате в  субъектах Российской Федерации уменьшилась с 3,2 раза в 2012 году до 1,6 раз в 2014 году, среднего медицинского персонала – с 2,5 раза до 1,6 раза соответственно.

К проблемным вопросам в ходе реализации поэтапного совершенствования оплаты труда медицинских работников можно отнести наличие внутререгиональной дифференциации в уровнях заработной платы медицинских работников одних и тех же специальностей в однотипных медицинских организациях.

В целях устранения такой дифференциации Министерством здравоохранения Российской Федерации организована работа по изменению структуры заработной платы медицинских работников в пользу увеличения в ней доли выплат по окладам.

Минздравом России рекомендовано руководителям высших органов государственной власти субъектов Российской Федерации осуществлять совершенствование порядка установления размеров должностных окладов работников таким образом, чтобы порядка 55–60 % заработной платы направлялось на выплаты по окладам, порядка 30 % – на стимулирующие выплаты за достижение конкретных результатов деятельности по показателям и критериям эффективности, 10–15 % компенсационные выплаты, в зависимости от условий труда медицинских работников.

Указанная рекомендация структура заработной платы содержится в Единых рекомендациях по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2015 г. (раздел X).

Органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья разработаны региональные планы мероприятий по совершенствованию систем оплаты труда работников подведомственных учреждений здравоохранения, содержащие конкретные мероприятия, сроки их исполнения и ответственных исполнителей, а также прогноз по структуре заработной платы медицинских работников в соответствии с новым проектом положения об оплате труда работников медицинских организаций по прилагаемой форме.

Одним из направлений совершенствования оплаты труда является создание эффективных систем стимулирования руководителей и работников учреждений в целях обеспечения соответствия оплаты их труда качеству оказания государственных (муниципальных) услуг на основе установления показателей и критериев эффективности деятельности.

В настоящее время со всеми руководителями учреждений здравоохранения в субъектах Российской Федерации заключены трудовые договоры по установленной форме. Показатели эффективности установлены и применяются при выплате стимулирующих выплат для работников учреждений. По данным субъектов Российской Федерации по итогам 2014 года трудовые отношения, основанные на принципах «эффективного контракта», оформлены с 48,0% работников учреждений здравоохранения.

Мониторинг заработной платы работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования осуществлялся в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26 марта 2013 года № 65 «Об установлении формы и порядка предоставления отчетности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования».

По субъектам Российской Федерации темп прироста в 2014 году по сравнению с 2013 годом изменялся от 1,8% до 19,8%. Опережение среднего темпа прироста заработной платы отмечено в 57 субъектах Российской Федерации, наибольшие значения (более +15%) в Ростовской области (+15,3%), в Белгородской области (+15,3%), в Республике Алтай (+15,5%), в Чеченской Республике (+15,7%), в Республике Дагестан (+16,4%), в г. Санкт-Петербурге (+16,5%), в Вологодской области (+17,0%), в Челябинской области (+17,7%), в Приморском крае (+19,8%).

По сравнению с 2013 годом доля средств ОМС в среднемесячной заработной плате в 2014 году увеличилась на 0,8 процентных пункта до 85,1%.

Среднемесячная заработная плата за счет средств ОМС составила 23,5 тыс. рублей и увеличилась в 2014 году по сравнению с 2013 годом на 10,8%.

Опережение среднего темпа прироста заработной платы в 2014 году по сравнению с 2013 годом, наблюдается в 43 субъектах Российской Федерации, наибольшие значения (более +14%) в Самарской области (+14,7%), в Челябинской области (+15,3%), в Карачаево-Черкесской Республике (+15,3%), в Белгородской области (+15,7%), в Республике Татарстан (+15,7%), в г. Санкт-Петербурге (+16,0%), в Ростовской области (+16,4%), в Республике Саха (Якутия) (+20,8%), в Приморском крае (+21,8%).

Большинство субъектов Российской Федерации достигли плановых значений показателей «дорожных карт» по заработной плате врачей. Отклонение планового значения «дорожной карты» наблюдалось в г. Москве (13,7 процентных пункта).

По отдельным врачебным специальностям темп прироста среднемесячной заработной платы опередил средний по категории «врачи»:

по врачам – терапевтам-участковым – 43,57 тыс. рублей (прирост к уровню 2013 года +10,8%), снижение по сравнению с 2013 годом наблюдается в Ненецком автономном округе (-14,1%), в Кабардино-Балкарской Республике (-4,7%), в Рязанской области (-2,6%);

по врачам – педиатрам-участковым – 43,19 тыс. рублей (прирост к уровню 2013 года +10,1%), снижение по сравнению с 2013 годом в Ненецком автономном округе (-4,7%):

по врачам общей практики – 40,81 тыс. рублей (прирост к уровню 2013 года +12,1%), снижение по сравнению с 2013 годом наблюдается в Ямало-Ненецком автономном округе (-19,8%), ы г. Москве (-5,2%) и в Республике Тыва (-0,9%);

по врачам-специалистам – 46,01 тыс. рублей (прирост к уровню 2013 года +8,4%), снижение по сравнению с 2013 годом наблюдается в г. Москве (-0,8%).

Опережение среднего темпа прироста заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала наблюдалось в 48 субъектах Российской Федерации, наибольшие значения (более +14%) в Карачаево-Черкесской Республике (+14,8%), в Оренбургской области (+15,0%), в Московской области (+15,0%), в Еврейской автономной области (+15,1 %), в Вологодской области (+16,2%), в Белгородской области (+16,4%), в Республике Саха (Якутии) (+16,8%), в г. Санкт-Петербурге (+16,9%), в Приморском крае (+17,3%), в Челябинской области (+19,2%).

Большинство субъектов Российской Федерации достигли плановых значений показателей «дорожных карт» по заработной плате среднего медицинского персонала. В четырех регионах имелись незначительные отклонения от плана (менее 5 процентных пунктов).

Темп прироста среднемесячной заработной платы медицинских сестер составил 9,2%. Среднемесячная заработная плата указанных работников в отчетном периоде составила 25,85 тыс. рублей. Снижение по сравнению с 2013 годом отсутствует.

Опережение среднего темпа прироста заработной платы младшего медицинского персонала отмечено в 47 субъектах Российской Федерации, наибольшие значения (более +25%) в Республике Дагестан (+26,5%), в Магаданской области (+26,6%), в Астраханской области (+27,9%), в Челябинской области (+27,5%), в Томской области (+48,6%), в Чувашской Республике (+49,9%), в Челябинской области (+50,1%), в Ярославской области (+28,4%), в Алтайском крае (+29,7%), в Тамбовской области (+30,5%), в Чукотском автономном округе (+36,7%), в Орловской области (+37,9 %), в Вологодской области (+42,4 %).

Не достигнуты плановые значения показателей «дорожных карт» по заработной плате младшего медицинского персонала в 29 субъектах Российской Федерации. В 25 субъектах Российской Федерации отклонения от плана незначительные (менее 5 процентных пунктов). Существенно не достигнуты показатели в Ямало-ненецком автономном округе (-11,7%), в Республике Карелия (-9,7%), в Свердловской области (-9,6%), в Тверской области (-6,0%), в Ярославской области (-5,2%).

**подраздел 6.9 Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья**

В 2014 году Минздрав России обеспечивал участие Российской Федерации в деятельности: Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), экономического блока пяти быстроразвивающихся стран ([Бразилия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%8F), [Россия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F), [Индия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D1%8F), [Китай](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%B9), [Южно-Африканская Республика](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AE%D0%B6%D0%BD%D0%BE-%D0%90%D1%84%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%A0%D0%B5%D1%81%D0%BF%D1%83%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D0%B0) (БРИКС), Шанхайской организации сотрудничества (ШОС), Таможенного союза в рамках Евразийского экономического сообщества (ЕврАзЭС), Форума Азиатско-Тихоокеанского экономического сотрудничества (АТЭС), Организации Черноморского экономического сотрудничества (ЧЭС).

*Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)*

В 2014 году заключено двухгодичное Соглашение о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Европейским региональным бюро ВОЗ на 2014-2015 годы. Подписана Страновая стратегия сотрудничества на период 2014 – 2020 годов.

В состав Исполнительного комитета ВОЗ включен представитель от Российской Федерации – Министр здравоохранения Российской Федерации.

16 июня 2014 г. подписано распоряжение Правительства Российской Федерации № 1052-р о выделении в 2014 – 2018 годах до 4,4 млн долларов США ежегодно на уплату целевого взноса в ВОЗ для финансирования проекта, направленного на укрепление систем здравоохранения в целях профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (далее – проект).

Основной задачей проекта является выработка комплекса мер по мотивированию населения к сохранению здоровья и долголетию, формированию ответственности каждого за свое здоровье и здоровье своих близких, созданию инфраструктурных, информационно-образовательных и законодательных условий для ведения здорового образа жизни и реализации массовых стратегий профилактики, мониторингу здоровья каждого гражданина, начиная с пренатального и неонатального периода, со своевременным подключением индивидуализированных программ профилактики.

Презентация и открытие проекта состоялась 1 декабря 2014 года в г. Москве с приглашением 53 стран Европейского региона ВОЗ.

В 2014 году Министерством в составе рабочей группы ВОЗ проводилась работа по подготовке глобального плана мероприятий по борьбе с антимикробной резистентностью, принятие которого планируется на 68 Всемирной Ассамблее здравоохранения в мае 2015 г.

*Реализация Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ)*

Шестая сессия Конференции Сторон Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (далее соответственно – конференция, Конвенция) состоялась в г. Москве 13–18 октября 2014 года. В конференции приняли участие представители 135 Сторон Конвенции, количество участников составило 960 человек, включая делегатов, сотрудников Секретариата Конвенции, почетных гостей, представителей общественности и средств массовой информации.

Создан сайт конференции [www.cop6russia.org](http://www.cop6russia.org), на котором размещаются актуальные новости, документы и информация, сайт действует до 2020 года.

По итогам проведения шестой сессии конференции в Москве, которая была отмечена ВОЗ, как самая успешная сессия в истории Конвенции, было принято несколько важных решений, в том числе:

стороны договорились продолжать работу над 19 статьей Конвенции об ответственности табачных компаний;

решение о вступлении в силу протокола о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями;

оценка влияния Конвенции на табачную эпидемию;

торговые и инвестиционные вопросы, касающиеся реализации Конвенции;

единогласно всеми Cторонами была принята Московская декларация, которая призывает Стороны укреплять сотрудничество по вопросам борьбы против табака;

решения, принятые Сторонами в части принципов, посвященных налоговым мерам по сокращению спроса на табак.

Успешное проведение данного мероприятия в Российской Федерации способствует укреплению положения Российской Федерации на международной арене и формированию положительного имиджа государства в глазах международной общественности.

*БРИКС*

Делегация Российской Федерации приняла участие в 4-ой встрече министров здравоохранения стран БРИКС с 2 по 5 декабря 2014 г. в Бразилии.

Министры приняли ряд решений, в том числе одобрили план доступа к противотуберкулезным препаратам первой линии для всех пациентов стран БРИКС и стран с низким уровнем дохода, призвали к укреплению сотрудничества по борьбе с вирусом Эбола, подтвердили свои усилия в реализации глобального плана действий ВОЗ по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013–2020 гг., а также обязательства, обозначенные в Рамочной Конвенции ВОЗ по борьбе против табака, в качестве основной меры отказа от табакокурения, приняли решение о достижении цели 90-90-90 к 2020 г. в борьбе с ВИЧ/СПИД.

По итогам мероприятия запланирована следующая встреча министров здравоохранения стран БРИКС в 2015 г. в г. Москве.

*Шанхайская организация сотрудничества (ШОС)*

В 2014 году проводилась активная подготовка к встрече министров здравоохранения государств-членов ШОС в рамках Концепции председательства Российской Федерации в Шанхайской организации сотрудничества в
2014–2015 годах. Сотрудничество осуществляется по таким направлениям, как санитарно-эпидемиологическая безопасность населения, противодействие обращению фальсифицированных лекарственных средств, ликвидация медицинских последствий чрезвычайных ситуаций.

*Таможенный союз в рамках Евразийского экономического сообщества*

Министерство здравоохранения Российской Федерации принимало активное участие в сотрудничестве в сфере охраны здоровья в рамках Таможенного союза и Единого экономического пространства.

Органами государственной власти Российской Федерации, Республики Беларусь, Республики Казахстан совместно с Евразийской экономической комиссией подготовлен Договор о Евразийском экономическом союзе, который подписан на заседании Высшего Евразийского экономического совета на уровне глав государств 29 мая 2014 года.

В рамках Евразийского экономического союза подписаны Соглашения о единых принципах и правилах обращения медицинских изделий (изделий медицинского назначения и медицинской техники) и о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств.

С учетом происходящих изменений законодательства и международного права в области донорства органов, в рамках Евразийской экономической комиссии Минздрав принимает участие в работе по внесению изменений в Положение о ввозе на таможенную территорию Евразийского экономического союза и вывозе с таможенной территории Евразийского экономического союза органов и тканей человека, крови и ее компонентов, образцов биологических материалов человека.

*Азиатско-Тихоокеанское экономическое сотрудничество (АТЭС)*

АТЭС является крупнейшим мировым форумом торгово-экономического сотрудничества. Население государств-участников организации превышает
2,5 миллиарда человек.

Делегация Минздрава России приняла участие:

5 февраля 2014 года в г. Джакарта (Индонезия) в предварительном рабочем совещании АТЭС по контролю факторов риска неинфекционных заболеваний при проведении мероприятий по их профилактике и снижению в обществе;

22–24 февраля 2014 г. в г. Нингбо в первом заседании рабочей группы по здравоохранению в рамках работы первого съезда старших должностных лиц;

29–30 апреля 2014 г. на Бали и в Индонезии в рабочем Совещание АТЭС по Контролю факторов риска неинфекционных заболеваний посредством проведения мероприятий по их профилактике и снижению в обществе. Представители Минздрава России выступили в поддержку Концептуальной Записки по контролю и профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения, представленной Индонезией, а также приняла участие в обсуждении проектов предложений экономик АТР.

*Черноморское экономическое сотрудничество (ЧЭС)*

В 2014 году осуществлялась активная подготовка к председательству Российской Федерации в Организации Черноморского экономического сотрудничества в 2016 г.

25 марта 2014 года в г. София (Болгария) представители Минздрава России приняли участие в очередном заседании Рабочей группы по здравоохранению и фармацевтике Организации ЧЭС и круглом столе «Задачи систем здравоохранения стран черноморского региона в отношение потока беженцев и нелегальных иммигрантов».

18 сентября 2014 года в г. Стамбул (Турция) представители Минздрава России приняли участие в очередном заседании Рабочей группы ЧЭС по здравоохранению и фармацевтике.

19 сентября 2014 года в г. Афины (Греция) состоялась встреча Министров здравоохранения государств-участников Черноморского экономического сотрудничества. На встрече обсуждались вопросы организации готовности и реагированию на чрезвычайные ситуации. Итогом встречи стало подписание Декларации Министров, ответственных за здравоохранение и фармацевтику государств-участников ЧЭС, в которой подтверждается приверженность государств-участников ЧЭС общим принципам в области здравоохранения и декларируется установление в рамках региона Сети по готовности к чрезвычайным ситуациям и реагированию на угрозы здоровью населения.

**Подраздел 6.10 Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья**

По итогам 2014 года всего по Российской Федерации к оплате по программам ОМС предъявлено 910,2 млн. счетов, по которым проведен медико-экономический контроль (в 2013 году – 935,2 млн. счетов). По результатам медико-экономического контроля в 4,3 % счетов выявлены нарушения от общего числа предъявленных счетов, что сопоставимо с аналогичным периодом 2013 года.

Основными нарушениями являются нарушения, связанные с включением в реестры счетов медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС, и неверным оформлением счетов и реестров счетов (29,1% и 25,3% соответственно от общего количества нарушений).

В течение 2014 года медико-экономические экспертизы проведены по 19,5 млн законченных случаев лечения (в 2013 году – по 18,9 млн случаев). По результатам проверенных медико-экономических экспертиз выявлено, что 25,3% страховых случаев, поданных к оплате, содержали нарушения (в 2013 году – 26,0%).

В структуре основных нарушений, выявляемых при медико-экономической экспертизе, лидируют дефекты оформления первичной медицинской документации (50,7% от общего количества нарушений). На втором месте нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов (32,7%).

В период 2014 года в Российской Федерации проведены экспертизы качества медицинской помощи по 8,2 млн законченных случаев лечения (в 2013 году – по 7,6 млн). По результатам проведенных экспертиз качества медицинской помощи выявлено, что 23,2% страховых случаев, поданных к оплате, содержали нарушения (в 2013 году– 22,6%).

Среди проведенных плановых экспертиз качества медицинской помощи продолжается рост доли тематических экспертиз качества медицинской помощи, которые составили 28,1% (в 2013 году – 25,1%).

Среди проведенных целевых экспертиз качества медицинской помощи:

47,9% – экспертизы, связанные с летальным исходом при оказании медицинской помощи;

23,5% – экспертизы, связанные с повторным обоснованным обращением по поводу одного и того же заболевания;

19,6% – экспертизы, проведенные по поводу заболевания с удлиненным или укороченным сроком лечения.

В 2014 году в 1,6 раз выросло количество организованных очных экспертиз качества медицинской помощи и составило 3,2 тыс. по сравнению с 2,0 тыс. в 2013 году.

Проведенный анализ нарушений, выявленных при проведении экспертиз качества медицинской помощи, свидетельствует о сохраняющемся преобладании нарушений при оказании медицинской помощи (54,2 % от общего количества нарушений), и в первую очередь – нарушений в выполнении необходимых мероприятий медицинской помощи, которые составляют 87,1 %.

По сравнению с 2013 годом следует отметить рост числа нарушений, связанных с информированностью граждан (12 889 нарушений в 2014 году по сравнению с 8 925 в 2013 году) и нарушений, связанных с взиманием платы с застрахованных лиц, – 1 002 против 456 соответственно.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (далее – Росздравнадзор) в рамках реализации государственной политики в сфере охраны здоровья граждан, формируемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, осуществляет деятельность в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения».

Формированию эффективной системы государственного контроля в сфере здравоохранения и защиты прав пациентов способствовало принятие Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 532-ФЗ) и Федерального закона от 22 декабря 2014 г. № 429-ФЗ «О внесении изменений в федеральный закон «Об обращении лекарственных средств», который вступает в силу с 1 июля 2015 года.

Федеральным законом № 532-ФЗ внесены существенные положения, касающиеся организации контроля качества лекарственных средств, которые позволят Росздравнадзору осуществлять более действенный контроль за качеством лекарственных средств, поступающих в гражданский оборот

Указанные Федеральные законы предусматривают наделение Росздравнадзора полномочиями по самостоятельному рассмотрению дел об административных правонарушениях, таких как нарушение установленных правил в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий, включая обращение фальсифицированной, недоброкачественной и контрафактной продукции, неинформирование граждан о получении медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Одновременно Федеральным законом № 523-ФЗ предусмотрено уголовное наказание за незаконное производство лекарственных средств и медицинских изделий обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологически активных добавок, подделку документов на лекарственные средства или медицинские изделия или упаковки лекарственных средств или медицинских изделий.

Применение норм, введенных Федеральным законом № 532-ФЗ, позволит защитить фармацевтический рынок от фальсифицированных, контрафактных и недоброкачественных лекарственных средств, создаст благоприятные условия для законопослушных субъектов фармацевтического рынка (производителей и дистрибьюторов).

Федеральным законом от 22 декабря 2014 г. № 429-ФЗ «О внесении изменений в федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» внесены существенные правки в статью 9 Федерального закона от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств – введен новый вид федерального государственного контроля (надзора) в сфере обращения лекарственных средств – выборочный контроль качества лекарственных средств.

Общее количество проведенных Росздравнадзором контрольных (надзорных) мероприятий в 2014 году составило 17 778.

Контрольные мероприятия проводились 737 государственными гражданскими служащими Росздравнадзора, в том числе, в составе комиссий с привлечением в установленном порядке экспертов и экспертных организаций.

Проведено 1 366 контрольных мероприятий (7,7 % от всех проведенных проверок) с привлечением экспертов и 754 контрольных мероприятия (4 % от всех проведенных проверок) с привлечением экспертных организаций.

Основными приоритетами при проведении контрольных мероприятий в 2014 году являлись соблюдение и защита прав граждан в сфере охраны здоровья, а также контроль за исполнением выданных предписаний и устранением выявленных нарушений. В связи с этим отмечается увеличение в 2014 году количества внеплановых проверок по сравнению с 2013 годом на 218 контрольно-надзорных мероприятий.

В ходе проведения 17 778 комплексных проверок в 8 287 случаях из них выявлено 22 550 правонарушений, то есть в отношении одного юридического лица или индивидуального предпринимателя, осуществляющего деятельность в сфере охраны здоровья выявлялось от двух до трех нарушений законодательства Российской Федерации, при этом в 2 764 случаях выявлялись нарушения, представлявшие непосредственную угрозу причинения вреда жизни и здоровью граждан, а в 301 случае – нарушения, явившиеся причиной причинения вреда жизни и здоровью граждан.

Правонарушения были выявлены у 7 603 юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, что свидетельствует о том, что 61% хозяйствующих субъектов (медицинских ифармацевтических организаций), осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья, нарушали законодательство Российской Федерации (в 2013 году – 47 %).

По результатам 3 262 проверок возбуждены дела об административных правонарушениях, наложены административные наказания по результатам 2 761 проверки.

В судебном порядке назначено административных штрафов на сумму 73047,47 тыс. руб., что в 1,6 раза больше, чем в 2013 году. Средняя сумма одного административного штрафа в 2014 году составила 20,8 тыс. руб.

В 2014 году в 2,8 раза отмечается увеличение количества наложенных административных штрафов. Доля штрафов, уплаченных в бюджет в 2014 году, возросла по сравнению с 2013 годом с 68% до 81% (табл. 1.10).

 Таблица 1.10

**Сведения о порядке и нарушениях проведения органами государственного контроля контрольных мероприятий**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование показателя** | **I полугодие 2014 г.** | **II полугодие 2014 г.** |
| Количество заявлений, направленных в органы прокуратуры о согласовании проведения внеплановых выездных проверок  | 302 | 688 |
| Количество заявлений, в согласовании которых было отказано | 77 (25%) | 214 (31%) |
| Количество проверок, результаты которых признаны недействительными  | 0 | 15 (0,08%) |
| Количество проверок, по результатам которых применены меры дисциплинарного, административного наказания к органам государственного контроля (надзора) | 0 | 14 (0,07) |

Анализ нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность Росздравнадзора и его должностных лиц, устанавливающих обязательные требования, выявил следующие проблемы:

наличие дублирования полномочий Росздравнадзора и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, относящихся к государственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности;

наличие ограничений в отношении проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении контрольно-надзорной деятельности в сфере охраны здоровья граждан, влияющих на оперативное принятие мер по недопущению причинения вреда здоровью и жизни граждан;

отсутствие возможности применения мер административного воздействия на юридических лиц и должностных лиц, допустивших нарушения качества и безопасности медицинской деятельности.

Для изменения ситуации целесообразно обеспечить:

1) исключение дублирующих контрольно-надзорных функций и полномочий между Росздравнадзором и органами власти субъектов Российской Федерации по реализации полномочий, относящихся к государственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности;

2) установление принципа «внезапности» проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

3) внесение изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части усиления административной ответственности за нарушения.

*Соблюдение 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*

По данному направлению Росздравнадзором проведена 5 561 проверка (в 1,87 раза больше чем в 2013 году).

Число внеплановых проверок составило 3822 (68,7 % от общего количества проведенных проверок), в том числе 84,3 % документарных проверок.

В 2014 году отсутствовали проверки, результаты которых были признаны недействительными.

В результате проверок в деятельности каждого второго проверенного учреждения выявлены нарушения прав граждан в сфере охраны здоровья (2 517 нарушений в 2429 организациях), в том числе:

на охрану здоровья в части оказания гражданам доступной и качественной медицинской помощи – 1141 случай (в 20,5 % проведенных проверок);

на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства – 688 случаев (в 12,4 % проведенных проверок);

на медицинскую помощь – 285 случаев (в 5,1 % проведенных проверок);

на получение информации о состоянии здоровья – в 33 случаях (в 0,6 % проведенных проверок);

на получение информации о факторах, влияющих на здоровье, из них в медицинских организациях – 23 случая (в 0,4 % проведенных проверок);

на выбор врача и медицинской организации – 10 случаев (в 0,18 % проведенных проверок);

несоблюдение врачебной тайны – 6 случаев (в 0,1 % проведенных проверок).

Нарушения при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи выявлены в 331 случае (в 5,9 % проведенных проверок).

*Соблюдение медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи*

В 2014 году по данному направлению Росздравнадзором проведены 6 890 проверок в отношении 5 994 юридических лиц.Число внеплановых проверок составило 4 347 (63,1 % от общего количества проверок).

Нарушения порядков оказания медицинской помощи выявлены в 4 914 случаях (71,3 % от общего количества проверок).

В структуре нарушений порядков оказания медицинской помощи преобладающее количество составили профили: акушерство и гинекология, анестезиология и реаниматология, кардиология, наркология, неврология, офтальмология, оториноларингология, педиатрия, скорая медицинская помощь, стоматология взрослого населения, травматология и ортопедия, терапия, туберкулез, урология, хирургия, эндокринология.

Основными проблемами при исполнении медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи являлись:

нарушение стандартов оснащения медицинских организаций – 3 248 (в 47,1 % проведенных проверок);

нарушение требований к организации деятельности медицинской организации – 1 085 (в 15,7 % проведенных проверок);

несоблюдение рекомендуемых штатных нормативов – 581 (в 8,4 % проведенных проверок).

В результате всех проведенных проверок выявлены нарушения порядков оказания медицинской помощи, выданы предписания об устранении выявленных нарушений, приняты меры по предотвращению причинения вреда жизни, здоровью граждан.

В 2014 году нарушения стандартов медицинской помощи выявлены в результате 922 проведенных проверок, в том числе по причине:

отсутствия диагностических методик, внесенных в стандарт медицинской помощи – 309 (в 4,5 % проведенных проверок);

нарушения в части обоснованности и полноты назначения лекарственных препаратов, имплантируемых в организм человека медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания – 304 (в 4,4 % проведенных проверок);

необоснованного назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1 – 209 (в 3,0 % проведенных проверок);

отсутствия лечебных методик, внесенных в стандарт медицинской помощи – 53 (в 0,77 % проведенных проверок);

отсутствия лекарственных препаратов, внесенных в стандарт медицинской помощи, – 47 (в 0,68 % проведенных проверок).

По результатам проверок порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи выдано 5 836 предписаний об устранении выявленных нарушений, составлено 585 протоколов об административном правонарушении.

*Соблюдение медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований*

По данному полномочию осуществлено 6 188 проверок (в 2013 г. – 5 667) в отношении 6 067 юридических лиц (в 2013 г. – 5 498).

По направлениям проверки распределились следующим образом:

соблюдение порядков проведения медицинских экспертиз –
2 222 проверки (в 2013 г. – 2 738);

соблюдение порядков проведения медицинских осмотров – 2 419 проверок (в 2013 г. – 1751);

соблюдение порядков проведения медицинских освидетельствований – 1 547 проверок (в 2013 г. – 1 178).

По сравнению с 2013 годом в 2014 году в 1,3 раза уменьшилось количество проверок соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, однако в 1,2 раза возросло количество проверок соблюдения порядков медицинских освидетельствований и в 1,3 раза проверок соблюдения порядков медицинских осмотров.

Среди общего числа (4 328) нарушений в 1,5 раза уменьшилась доля нарушений порядков проведения медицинских экспертиз (с 51,8% от общего числа случаев в 2013 году до 33,8% в 2014 году). Вместе с тем, доли нарушений соблюдений порядков проведения медицинских осмотров и медицинских освидетельствований увеличились в 1,5 раза: с 29,8% от общего числа случаев в 2013 году до 45,2% в 2014 году, и в 1,1 раза: с 18,4% от общего числа случаев в 2013 году до 21% в 2014 году, соответственно.

В 2014 году было осуществлено 2 222 проверки (в 2013 г. – 2 738 проверок) соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз.

Из общего числа проверок 838 проверок были внеплановыми, что составило 37,7% от общего количества проверок (в 2013 г. – 1 332 проверки, 48,6 % от общего количества проверок).

В 2014 году Росздравнадзором проведены проверки соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз в отношении 2 135 юридических лиц (в 2013 г. – 2 602 юридических лица).

Анализ итогов контрольных мероприятий показал, что количество учреждений, в деятельности которых выявлены нарушения нормативных документов, регламентирующих порядок проведения медицинских экспертиз, уменьшилось почти в 2 раза: с 84,0 % (2 187 организаций) от числа проверенных организаций в 2013 году до 41,1 % (877) в 2014 году.

В 2014 году среди общего числа (1 460) нарушений в 2 раза уменьшилась доля нарушений порядка проведения экспертизы связи заболевания с профессией и в 1,1 раза – порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности.

Нарушений порядка проведения военно-врачебной экспертизы стало меньше в 1,5 раза, а порядков медико-социальной экспертизы и экспертизы профпригодности в 1,3 раза. Однако увеличилась доля нарушений порядков проведения судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз в 4 раза и в 2 раза соответственно.

В 2014 году по результатам проверок соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядка проведения медицинских экспертиз:

выдано 877 предписаний об устранении выявленных нарушений (в 2013 г. – 2 187 предписаний);

в связи с выявлением в ходе проверок осуществления медицинской деятельности без лицензии составлено и направлено в суд 136 протоколов об административном правонарушении (в 2013 г.– 191).

В 2014 году осуществлено 2 419 проверок соблюдения порядков проведения медицинских осмотров (в 2013 г. – 1 751).

Из общего числа проверок 467 проверок были внеплановые, что составило 19,3 % от общего количества проверок (в 2013 г. – 281 проверка, 16 % от общего количества проверок).

В ходе анализа итогов контрольных мероприятий установлено, что количество учреждений, в деятельности которых выявлены нарушения порядков проведения медицинских осмотров, увеличилось в 1,1 раза с 36,9 % (633 организации) от числа проверенных организаций в 2013 году до 39,3 % (941 организация) в 2014 году за счет медицинских организаций, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации, частной системе здравоохранения, доля которых выросла в 1,1 и в 1,4 раза соответственно. Вместе с тем, увеличилось количество федеральных медицинских организаций, соблюдающих установленный порядок проведения медицинских экспертиз.

Результатом эффективности контрольно-надзорных мероприятий является уменьшение доли медицинских организаций, в деятельности которых выявлены нарушения нормативных документов, регламентирующих порядок проведения медицинских освидетельствований, с 30,5 % (353 организации) в 2013 году до 29,4 % (450 организаций) в 2014 году.

В 2014 году среди общего числа нарушений (913) в 5 раз уменьшилась доля нарушений порядка проведения психиатрического освидетельствования и в 1,2 раза порядков проведения медицинского освидетельствования на право владения оружием и медицинского освидетельствования на состояние опьянения. Тем не менее, доля медицинского освидетельствования на наличие инфекционных заболеваний, являющихся основанием для отказа в выдаче разрешения на временное проживание или виде на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации, выросла в 5 раз, медицинского освидетельствования кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители – в 2,5 раза, медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции – в 1,7 раза, а на наличие противопоказаний к управлению транспортными средствами – в 1,2 раза.

Результатом эффективности контрольно-надзорных мероприятий является уменьшение доли почти всех видов нарушений. Основной проблемой проверенных организаций стали нарушения по наличию оборудования и помещений при проведении медицинского освидетельствования, доля которых выросла почти в 2 раза.

*Соблюдение 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*

По данному направлению в 2014 году Росздравнадзором проведено 1 536 проверок соблюдения медицинскими и фармацевтическими работниками профессиональных ограничений, что в 1,6 раза больше, чем в 2013 году (931). Число внеплановых проверок составило 6,6 % от общего количества проверок.

Проверки, проведенные с нарушением требований законодательства Российской Федерации о порядке их проведения, по результатам выявления которых к должностным лицам, их осуществлявшим, применены меры дисциплинарного и административного наказания, отсутствовали.

По сравнению с 2013 годом в 2014 году:

в 2,4 раза увеличилось число выявленных нарушений предоставления руководителями медицинских и аптечных учреждений информации медицинским работникам, фармацевтическим работникам, компаниям, представителям компаний и гражданам об установленных запретах и ограничениях при осуществлении профессиональной деятельности;

в 3 раза увеличилось число выявленных нарушений оформления рецептов, осуществления назначений на бланках (рецептурных бланках), содержащих информацию рекламного характера, а также наличие в помещениях таких бланков.

*Организация и осуществление 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*

В 2014 году территориальными органами Росздравнадзора проведена 1 проверка организации и осуществления ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности федеральных органов исполнительной власти и 179 проверок органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, из них 70 внеплановых проверок проводилось на основании обращений граждан, содержащих сведения о причинении вреда и возникновении угрозы жизни и здоровью.

Число нарушений, выявленных в органах исполнительной власти субъектов Российской Федерации в 2014 году, составило 295.

В 2014 году центральным аппаратом Росздравнадзора в рамках выездных комплексных проверок проведено 13 проверок организации и осуществления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в подведомственных им органах и организациях: 11 плановых проверок и 2 внеплановых проверки.

В ряде субъектов Российской Федерации структура органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья, положения о структурных подразделениях, должностные регламенты специалистов не соответствуют требованиям, установленным Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Функция организации ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности не возложена на конкретные структурные подразделения, не внесена в должностные регламенты специалистов (республики Дагестан, Ингушетия и Белгородская, Псковская области).

Несоблюдение установленного порядка проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности выявлено в 61,5 % (8 из 13 проверенных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации).

В 54 % проверенных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации мероприятия по осуществлению ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в подведомственных им органах и организациях не были запланированы, не были включены в планы работы на 2014 год (республики Дагестан, Ингушетия, Чеченская; Белгородская, Калининградская и Псковская области; Еврейская автономная область).

Отсутствие проверок соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, 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, отмечено в органах исполнительной власти Республики Карелия и Псковской области.

Несоблюдение порядка оформления результатов ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности выявлено почти в половине проверенных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

В 2014 году территориальными органами Росздравнадзора проведено 2 870 проверок организации и осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в отношении 2 716 юридических лиц.

Проведено 1 308 внеплановых проверок, что составило 45,5 % от общего количества проверок, в том числе в 455 случаях (34,4 % от числа всех внеплановых проверок) основанием для проведения внеплановых проверок послужило поступление обращений граждан, а также информации от органов государственной власти, средств массовой информации о фактах возникновения угрозы причинения вреда жизни, либо причинения вреда жизни, здоровью граждан.

В результате проведенных проверок осуществляющих медицинскую деятельность организациях и индивидуальных предпринимателей в 1604 случаях были выявлены нарушения (табл.1.11).

Таблица 1.11

**Виды нарушений внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Виды нарушений** | **Число нарушений** | **% от выявленных нарушений**  |
| В работе врачебных комиссий медицинских организаций | 777 | 48,4 |
| Несоблюдение установленного порядка проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности | 416 | 25,9 |
| Несоблюдение порядка оформления результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности | 297 | 18,6 |
| Необоснованность мер, принимаемых по результатам проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности | 114 | 7,1 |
| В с е г о | 1604 | 100,0 |

Наибольшее количество случаев (1 054) составили нарушения организации и осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях.

В 2014 году проведено 3 862 проверки, в том числе плановых – 2 474 (64 %), в отношении 2 999 юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, деятельность которых подлежит государственному контролю в сфере обращения лекарственных средств, что составляет 1% от общего количества субъектов фармацевтического рынка. Выявлено 18 случаев причинения вреда жизни и здоровью граждан Российской Федерации, произошедших по причине нарушения требований действующего законодательства в сфере обращения лекарственных средств.

Росздравнадзором проведен анализ результатов контрольных мероприятий в сфере обращения лекарственных средств в части хранения, перевозки, отпуска, реализации, применения, который позволил установить типичные нарушения, допускаемые юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями при обращении лекарственных средств, а именно:

не соблюдаются условия хранения лекарственных препаратов, в том числе требующие защиты от повышенной температуры, от действия света и других факторов окружающей среды – 895 случаев нарушения законодательства (42 %);

в ряде медицинских организаций выявлены лекарственные препараты с истекшими сроками годности, а также лекарственные препараты неподтвержденного качества – 492 случая (23 %);

не организовано получение информации о недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных средствах – 97 случаев (5 %);

не соблюдаются правила отпуска и реализации лекарственных средств – 183 случая (8 %);

не соблюдаются правила применения лекарственных препаратов – 84 случая (4 %);

требуют текущего ремонта помещения для хранения лекарственных препаратов – 385 случаев (18 %).

Большая доля принятых административных мер в 2014 году (42 %), как и в 2013 году (39 %), связана с нарушениями, предусматривающими ответственность за несоблюдение правил хранения лекарственных средств, квалифицируемыми по статье 14.43 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.

По результатам проверок приняты меры контрольного и надзорного реагирования:

выдано 2 136 предписаний об устранении выявленных нарушений (в 2013 г. – 2537);

составлено 687 протоколов об административных правонарушениях (в 2013 г. – 365).

Продолжена практика открытости результатов контрольных мероприятий, так, на официальном сайте Росздравнадзора ежеквартально размещается информация о результатах как плановых, так и внеплановых проверок. Информация содержит данные о проверенных юридических лицах и индивидуальных предпринимателях, перечень выявленных нарушений с указанием лиц, их допустивших, меры административной ответственности, сумму начисленных административных штрафов. Также Росздравнадзором ежеквартально публикуется список организаций оптовой торговли лекарственными средствами, торгующих «с колес», осуществляющих свою деятельность незаконно и создающих непосредственную угрозу причинения вреда здоровью и жизни граждан на территории Российской Федерации.

Меры административного реагирования, принятые по результатам контрольных мероприятий в 2013-2014 годы приведены в табл. 1.12.

 Таблица 1.12

**Меры административного реагирования, принятые по результатам контрольных мероприятий в 2013-2014 годы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2013 год** | **2014 год** |
| Выдано предписаний | 2537 | 2136 |
| Не исполнено предписаний в срок | 165 (6%) | 140 (6%) |
| Составлено протоколов  | 365 | 687 |
| Решением суда наложено административных штрафов (на сумму) | 5884 тыс. руб. | 21728,0 тыс. руб. |
| Взыскано административных штрафов (на сумму) | 3900 тыс. руб. (66%) | 18654,2 тыс. руб. (59%) |
| Средняя сумма штрафа | 16120 руб. | 15766,0 руб. |
| Решением суда приостановлена деятельность | 0 | 0 |
| Решением суда аннулировано лицензий | 0 | 0 |

Сумма наложенных административных штрафов по выявленным нарушениям в 2014 году увеличилась в 4 раза по сравнению с 2013 годом и составила 21728,0 тыс. руб.

На базе передвижных лабораторий федерального государственного бюджетного учреждения «Информационно-методический центр по экспертизе, учету и анализу обращения средств медицинского применения» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения проведен скрининг качества с использованием неразрушающего метода БИК – спектрометрии в отношении 481 образца лекарственных средств, организовано проведение анализа 17 сомнительных образцов лекарственных препаратов (25 экспертиз).

В рамках государственного контроля качества лекарственных средств территориальными органами Росздравнадзора в 2014 году проведено 4 518 проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих деятельность в сфере обращения лекарственных средств (в 2013 году – 5 100).

В 2014 году территориальными органами Росздравнадзора по фактам выявления в обращении фальсифицированных лекарственных препаратов и контрафактных лекарственных средств в отношении организаций, участвующих в обращении данной продукции, проведено 20 проверок (в 2013 г. – 34 проверки), выявлены три организации, отсутствующие по адресам осуществления фармацевтической деятельности.

Объем государственного контроля качества лекарственных средств в 2014 году по сравнению с 2013 годом планомерно увеличен на 11,8 %.

Доля проверенных лекарственных средств в 2014 году составила 16,3 % от общего количества серий лекарственных средств, поступающих в обращение, что соответствует запланированному показателю.

Мероприятия по государственному контролю качества лекарственных средств, проводимые в 2014 году Росздравнадзором и его территориальными органами во всех федеральных округах, включая Республику Крым и город Севастополь, сопровождались отбором образцов лекарственных средств в целях проверки их качества.

В 2014 году скрининг качества лекарственных средств с использованием неразрушающего метода на базе восьми передвижных лабораторий проводился Росздравнадзором в 69 субъектах Российской Федерации всех федеральных округов, включая Республику Крым и город Севастополь.

Библиотека БИК-спектров лекарственных препаратов в 2014 году расширена до 810 наименований (в 2013 г. – 536 наименований).

В работу передвижных лабораторий внедрено проведение предварительной идентификации образцов лекарственных средств по показателям нормативной документации с оформлением результатов испытаний непосредственно в проверяемой организации, что позволило территориальным органам Росздравнадзора при выявлении в проверяемой организации лекарственных средств, не соответствующих установленным требованиям к качеству, незамедлительно принимать решения об изъятии их из обращения с последующим возбуждением дел об административном правонарушении по статье 14.4.2 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.

В общем объеме государственного контроля в 2014 г. количество экспертиз с использованием неразрушающих методов увеличилось на 12%.

В результате государственного контроля качества лекарственных средств по показателям нормативной документации в 2014 г. выявлено и изъято из обращения 404 партии лекарственных средств 177 торговых наименований 385 серий, не отвечающих установленным требованиям к качеству (в 2013 году – 84 торговых наименований 158 серий).

Доля недоброкачественных лекарственных средств, выявленных в 2014 году в рамках государственного контроля качества (385 серий), в общем объеме образцов, проверенных на соответствие требованиям нормативной документации (15 620 – образцов), составила 2,5 %, что превышает данный показатель за 2013 год (1,2 %) и свидетельствует об эффективности принимаемых Росздравнадзором мер по государственному контролю качества лекарственных средств.

По результатам проверок в рамках федерального государственного контроля за соответствием лекарственных средств, находящихся в обращении, установленным обязательным требованиям к их качеству, Росздравнадзором выдано 2 239 предписаний, составлено 1 294 протокола об административных правонарушениях (в 2013 г. – 2 160 предписаний и 1 089 протоколов).

В рамках осуществлении федерального государственного контроля за соответствием лекарственных средств установленным обязательным требованиям к их качеству, проверено 3 687 юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, что составляет 1,1 % от общего количества субъектов фармацевтического рынка (в 2013 году – 3 544, что составило 1,1 %).

Доля правонарушений, выявленных в результате внеплановых проверок Росздравнадзора, составила в 2014 году 30% (420 проверок из 1372).

Средний размер наложенных административных штрафов, в том числе на должностных лиц и юридических лиц, составил 61,1 тыс. рублей.

В результате совместной работы Росздравнадзора и Федеральной таможенной службы в 2014 году удалось добиться:

отсутствия случаев выявления недоброкачественных лекарственных средств, на которые установлен профиль риска, на этапе их ввоза;

значительного снижения случаев выявления недоброкачественных лекарственных средств, на которые установлен профиль риска, на этапе обращения.

В результате проведенных контрольно-надзорных мероприятий в течение последних трёх лет удалось добиться тенденции снижения наличия в обороте лекарственных средств, создающих угрозу причинения вреда жизни и здоровью граждан, что свидетельствует о действенности мер, принимаемых Росздравнадзором в рамках государственного контроля качества лекарственных средств.

Всего в 2014 году государственными гражданскими служащими Росздравнадзора (территориальных органов) проведено 4 055 проверок в рамках исполнения функции по федеральному государственному контролю за соблюдением субъектами обращения лекарственных средств требований к уничтожению лекарственных средств, изъято из обращения 2 332 911 упаковокнедоброкачественных и фальсифицированных лекарственных средств.

По результатам 2 029 проверок выданы предписания об устранении выявленных недостатков (50 % от общего количества проведенных проверок), составлено 1 218 протоколов об административных правонарушениях (30 % от общего количества проведенных проверок).

С июля 2014 года на официальном сайте Росздравнадзора в сети Интернет начал функционировать электронный сервис «Поиск изъятых из обращения лекарственных средств», позволяющий пользователям сайта получать обобщенную информацию, касающуюся изъятия недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных средств.

В 2014 году в рамках осуществлении функции по федеральному государственному контролю за соблюдением субъектами обращения лекарственных средств требований к уничтожению лекарственных средств проверено 3 310 юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, что составляет 1 % от общего количества субъектов фармацевтического рынка) (в 2013 г. – 3228, что составило 1% от общего количества субъектов фармацевтического рынка).

Всего в 2014 году от общего количества проверок, проведенных Росздравнадзором в рамках осуществления указанной государственной функции, доля внеплановых проверок составила 25% (995 из 4 055), в 2013 г. – 14% (493 проверки из 3 641) .

Доля правонарушений, выявленных по итогам проведения внеплановых проверок составила в 2014 году 24 % от общего числа правонарушений, выявленных по итогам проверок (238 из 995).

В 2014 году проверками Росздравнадзора были охвачены все виды субъектов обращения лекарственных средств, осуществляющих и/или организующих проведение доклинических исследований лекарственных средств и клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения.

В рамках исполнения государственной функции по мониторингу безопасности лекарственных препаратов, находящихся в обращении на территории Российской Федерации, в 2014 году в Автоматизированную информационную систему (АИС) Росздравнадзора поступили и рассмотрены 21 642 сообщения о побочных действиях, серьезных нежелательных и непредвиденных нежелательных реакциях, эпизодах терапевтической неэффективности лекарственных препаратов.

Анализ сообщений, поступивших в АИС Росздравнадзора в течение 2014 года, показал, что наиболее распространенными нежелательными реакциями при применении лекарственных препаратов по-прежнему остаются аллергические реакции, информация о которых содержалась в 24,3% сообщений. В основном развитие аллергических реакций было обусловлено применением антибактериальных препаратов цефалоспоринового, пенициллинового и фторхинолонового ряда.

Наибольшее число сообщений о нежелательных реакциях было представлено в Росздравнадзор субъектами обращения лекарственных средств г. Москвы (5 392 извещения) и Московской области (423 извещения), г. Санкт-Петербурга (451 извещение), Свердловской области (1 069 извещений), Алтайского края (1 041 извещение), Красноярского края (418 извещений), Псковской (464 извещения), Астраханской (451 извещение), Амурской (453 извещения) областей.

Среди фармакотерапевтических групп по количеству сообщений лидируют антимикробные препараты (31,8%) и лекарственные препараты, влияющие на сердечно-сосудистую систему (18,5%). В значительной степени это обусловлено проведением активного мониторинга нежелательных реакций на антикоагулянтные препараты, проводимого компаниями-производителями.

По результатам экспертизы в связи с выявлением нежелательных реакций, потенциально связанных с качеством лекарственных средств, Росздравнадзором изъято из обращения 5 серий лекарственных препаратов.

В рамках мероприятий по контролю за обращением медицинских изделий с целью проведения экспертизы и испытаний медицинских изделий по вопросам их качества, эффективности и безопасности Росздравнадзором направлено в подведомственные экспертные организации 649 государственных заданий.

В ходе контрольных мероприятий Росздравнадзором выявлено в обращении 602 095 незарегистрированных медицинских изделий, в результате чего на официальном сайте Росздравнадзора опубликованы информационные письма о 724 наименованиях медицинских изделий.

В 2014 году в 5 раз увеличен объем проведенных экспертиз качества, эффективности и безопасности медицинских изделий по сравнению с 2013 годом, в ходе анализа которых установлено увеличение обращения медицинских изделий, несоответствующих установленным требованиям, в
1,5 раза – с 50 % в 2013 году, до 76 % – в 2014 году.

По результатам проведенных мероприятий Росздравнадзором в 2014 году опубликовано 113 информационных писем для специалистов здравоохранения по новым данным о безопасности медицинских изделий.

В течение 2014 года количество поступивших заявлений на ввоз медицинских изделий возросло более чем в три раза по сравнению с 2013 годом и составило 1 896 заявлений, по результатам рассмотрения которых выдано 1 150 разрешений и подготовлено 746 отказов.

В рамках деятельности Росздравнадзора по контролю за реализацией программы модернизации проверено 828 медицинских организаций (в 2013 г. – 1 227). Нарушения выявлены в 328 медицинских организациях (40,5 % от проверенных организаций) (в 2013 г. – 585 или 48 % от всех проверенных организаций).

По состоянию на 31 декабря 2014 г. фактически поставлено 99,5% от запланированного к поставке медицинского оборудования. Наибольшее количество непоставленного медицинского оборудования в г. Москве, Приморском крае, Тверской области. Из фактически поставленного медицинского оборудования в медицинских организациях Российской Федерации введено в эксплуатацию 99,8%. Наибольшее количество не введённого в эксплуатацию оборудования отмечено в Республике Коми, Еврейской автономной области, Чукотском автономном округе, Тамбовской области.

По результатам проверок выдано 444 предписания об устранении выявленных нарушений (в 2013 г. – 336), составлено 68 протоколов об административном правонарушении (в 2013 г. – 25).

Материалы об итогах проверок направлялись: в Генеральную прокуратуру Российской Федерации, прокуратуру субъектов Российской Федерации (128), в правоохранительные органы (1), в органы государственной власти субъектов Российской Федерации (237), в прочие организации (36).

Проведенные мероприятия по контролю демонстрируют рост выявляемых нарушений, что обуславливает необходимость усиления применения мер административного воздействия при выявлении нарушений.

По результатам проверок в рамках федерального государственного контроля за расходованием средств федерального бюджета, предоставленных бюджетам субъектов Российской Федерации, на осуществление полномочий Российской Федерации выделены следующие нарушения:

нецелевое и/или необоснованное расходование средств;

несоответствие производимых выплат размерам, установленным законодательством;

превышение нормативов, установленных методиками расчета объема субвенций;

нарушение бюджетного законодательства при исполнении бюджета;

разработаны не все нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации, необходимые для осуществления переданных полномочий;

нарушение сроков назначения/предоставления выплат;

нарушение при заполнении отчетов о расходовании субвенций;

нарушение порядка оформления первичных учетных документов;

не определен порядок осуществления органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации контроля за расходованием субвенций.

По результатам проверок Росздравнадзором и его территориальными органами выдано 36 предписаний об устранении выявленных нарушений.

В 2014 году приоритетом работы Росздравнадзора явилась организация комплексного, системного подхода к совершенствованию существующих форм проведения контрольных мероприятий с учетом полномочий о рассмотрении дел об административных правонарушениях. В целях исполнения административных актов было заключено соглашение с Федеральной службой судебных приставов.

Проведённые в 2014 году контрольно-надзорные мероприятия выявили нарушения прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. Факты нарушения прав граждан в сфере охраны здоровья допущены органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и медицинскими организациями в части необеспечения организации и функционирования чёткого механизма выполнения возложенных полномочий и их ответственности.

Основными причинами нарушений прав граждан в сфере охраны здоровья является низкая доступность и качество медицинской помощи, а также отказы в её оказании.

Дальнейшее совершенствование системы государственного контроля качества лекарственных средств и государственного контроля за обращением медицинских изделий на территории Российской Федерации было направлено на соблюдение хозяйствующими субъектами в сфере здравоохранения обязательных требований в целях повышения эффективности безопасности граждан Российской Федерации.

В 2014 году выявляемость правонарушений в сфере охраны здоровья составила 47% (в 2013 г. – 40%). Доля организаций, в которых выявлялись правонарушения увеличилась до 61% (в 2013 г. – 40%). По результатам контрольных мероприятий назначено административных штрафов на сумму более 73 млн рублей, что в 1,6 раза больше, чем в 2013 году.

В 2014 году доля штрафов, уплаченных в бюджет, возросла до 81%.

В связи с этим, представленные итоги деятельности в 2014 году свидетельствуют о повышении результативности и эффективности государственного контроля в сфере охраны здоровья и необходимости усиления комплексных мер воздействия государства при выявлении нарушений обязательных требований, связанных с правами граждан в сфере охраны здоровья.

**подраздел 6.11. Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан**

Во исполнение статьи 42 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» издано постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2014 г. № 1540 «Об особенностях организации и финансового обеспечения оказания медицинской помощи, в том числе предоставления дополнительных видов и объемов медицинской помощи, предусмотренных законодательством Российской Федерации, 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».

Во исполнение указанного постановления Правительства Российской Федерации приказом Минздрава России от 30 декабря 2014 г. № 34с утвержден Порядок организации 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.

Система медико-санитарного обслуживания работников опасных производств и населения отдельных территорий организована по цеховому принципу, обеспечивающему мониторинг состояния здоровья работников. Одной из основных задач здравпунктов является их постоянная готовность к оказанию медицинской помощи при возникновении чрезвычайных, в том числе аварийных ситуаций, на курируемых объектах.

Система цехового здравоохранения ФМБА России имеет в своей структуре 480 фельдшерских и 127 врачебных здравпунктов, 545 цеховых участков. В системе работает 486 врачей-цеховых терапевтов.

Особая роль в оказании медицинской помощи обслуживаемому контингенту работающих в условиях вредных производственных факторов отведена службе профессиональной патологии ФМБА России, которая представлена 91 медицинской организацией, участвующей в проведении предварительных и периодических медицинских осмотров, и 13 центрами профессиональной патологии, в которых создано 19 отделений профессиональной патологии. Коечная мощность центров профессиональной патологии составляет 644 койки круглосуточного стационара и 116 коек дневного стационара, на которых в 2014 году пролечено 17 257 пациентов в рамках круглосуточного стационара и 5 297 пациентов в рамках дневного стационара.

Наряду с оказанием медицинской помощи в стационарных условиях во всех центрах профессиональной патологии ФМБА России организован амбулаторный прием врача-профпатолога. В центрах профессиональной патологии работают 65 врачей-профпатологов, количество прошедших амбулаторно-поликлинический прием врача-профпатолога в 2014 году составило 30 647 пациентов.

Для проведения экспертиз связи заболевания с профессией и профессиональной пригодности, в том числе в сложных и конфликтных случаях, во всех центрах профессиональной патологии ФМБА России создана специализированная врачебная комиссия, которой рассмотрено 10 463 дела, принято 1 740 решений в рамках экспертизы связи заболевания с профессией, признано профессиональными 259 заболеваний, признано не связанными с профессией 1 481 заболевание, доля положительных решений – 17,5 %.

Число зарегистрированных диагнозов профессиональных болезней у работников предприятий и организаций, обслуживаемых учреждениями здравоохранения ФМБА России, в 2014 г. составило 241. В структуре вредных факторов работы у больных профессиональными заболеваниями работников предприятий и организаций, обслуживаемых учреждениями здравоохранения ФМБА России, в 2014 г. первое место занимают физические перегрузки (22,7 %), второе место – локальная вибрация (18,1 %), на третьем месте – производственный шум (17,2 %).

Полнота охвата предварительными и периодическими медицинскими осмотрами работников предприятий, прикрепленных на медицинское обслуживание к ФМБА России, составила 98,6 %. Число работников со стажем работы более 5 лет, прошедших периодический медицинский осмотр в центрах профессиональной патологии, составило 52,8 тыс. человек.

*Развитие космической медицины*

В 2014 году ФМБА России организовано медицинское обеспечение
21 запуска космических аппаратов на космодроме «Байконур», из них по разделу пилотируемых программ 4 пилотируемых космических кораблей «Союз» с международными экипажами на борту и 4 грузовых космических кораблей «Прогресс», а также 13 автоматических космических аппаратов в рамках Федеральной космической программы России на 2006–2015 годы и Федеральной целевой программы «Глобальная навигационная система». Также принято участие в организации медицинского обеспечения 2 испытательных запусков новой ракеты космического назначения «Ангара» на космодроме «Плесецк».

При всех запусках космических аппаратов с космодрома «Байконур» федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть №1» Федерального медико-биологического агентства формировало функциональные медицинские подразделения для оказания медицинской помощи космонавтам и членам пусковых бригад в случае аварийных ситуаций, готовило резерв коечного фонда на 100 пострадавших, запасы медикаментов, крови и кровезаменителей, организовывало дежурство дополнительных врачебно-сестринских бригад в стационаре и бригад станции скорой медицинской помощи. В этих работах также участвовали специалисты Регионального управления ФМБА России комплекса «Байконур» и ФГБУЗ ЦГиЭ комплекса «Байконур» в рамках своих функциональных обязанностей.

При запусках и посадках пилотируемых космических кораблей «Союз»
10 медицинских организаций ФМБА России, расположенных по трассам выведения и посадки, развертывали силы и средства и во взаимодействии с региональными подразделениями службы авиационно-космического поиска и спасания находились в режиме готовности оказания медицинской помощи космонавтам в случае возникновения нештатной ситуации.

Созданный в качестве структурного подразделения федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения, подведомственного ФМБА России, Институт космической медицины ведет активную научно-исследовательскую работу в рамках государственного задания, направленную на реализацию достижений космической медицины в клиническую практику, а также внедрение достижений фундаментальных медицинских наук в медицинское обеспечение подготовки космонавтов и космических полетов. В рамках 4-х НИР выполнен большой объем экспериментальных и клинических исследований. Специалистами института подготовлены 4 медицинских эксперимента для включения в долгосрочную программу научно-прикладных исследований и экспериментов на Российском сегменте Международной космической станции (МКС), часть из которых будет проведена российскими членами экипажа МКС в 2015 году.

*Развитие водолазной медицины*

В 2014 году совершенствовалась деятельность медицинских центров ФМБА России по медицинскому контролю состояния здоровья водолазов.

Созданы 2 новые водолазно-медицинские комиссии в федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Клиническая больница № 123» Федерального медико-биологического агентства и филиале федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства в г. Холмске Сахалинской области. Всего в медицинских организациях ФМБА России (включая филиалы) работают 23 водолазно-медицинские комиссии.

Результатом деятельности водолазно-медицинских комиссий в 2014 году стало обследование 1 277 водолазов из 119 организаций, в том числе
551 человек за счет средств федерального бюджета. По итогам этой работы
7 человек признаны негодными к водолазным работам, для 40 человек уменьшена глубина погружений, 16 человек (89 %) направлены на санаторно-курортное лечение за счет средств федерального бюджета.

23 октября 2014 г. руководителем ФМБА России утверждены Методические рекомендации ФМБА России 12.64-2014 «Комплексные лечебно-восстановительные программы медицинской реабилитации водолазов и других работников, работающих в условиях повышенного давления газовой и водной среды, перенесших профессиональные и производственно обусловленные заболевания» (всего 16 заболеваний: 3 профессиональных + 13 производственно обусловленных).

***Санитарно-эпидемиологическое благополучие работников организаций отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий***

*Организация и проведение федерального государственного**санитарно-эпидемиологического надзора*

Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор осуществляется ФМБА России и его территориальными органами в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия работников организаций отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий по перечню, утверждаемому Правительством Российской Федерации.

Основными задачами федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора являются предупреждение, выявление и пресечение нарушений законодательства Российской Федерации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территориях и в организациях, подлежащих обслуживанию ФМБА России.

Деятельность ФМБА России и территориальных органов ФМБА России, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обеспечивают федеральные государственные бюджетные учреждения здравоохранения центры гигиены и эпидемиологии ФМБА России и научно-исследовательские учреждения ФМБА России.

Количество территориальных органов ФМБА России (межрегиональных и региональных управлений) на 1 января 2015 г. – 38, федеральных государственных бюджетных учреждений здравоохранения – центров гигиены и эпидемиологии ФМБА России – 56.

Организация и проведение федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона от 26 декабря 2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» (далее – Федеральный закон № 294-ФЗ).

Общее количество проведенных в 2014 г. проверок за соблюдением законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия – 6 160. Общее количество проведенных проверок снизилось на 15 % по сравнению с 2013 г.

В 2014 году плановые проверки проводились по плану, согласованному с органами прокуратуры. Было запланировано 2 478 плановых проверок в отношении юридических лиц и индивидуальных предпринимателей. Плановых проверок проведено 2 377, по сравнению с 2013 г. количество плановых проверок уменьшилось на 17 %.

Выполнение утвержденного ежегодного плана проведения плановых проверок в 2014 г. составило 96 %, в 2013 г. – 96 %.

Внеплановых проверок в 2014 г. проведено 3783. Внеплановые проверки проводились на основании статьи 10 Федерального закона от 26 декабря 2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля». По сравнению с 2013 г. количество проверок снизилось на 13 %.

В органы прокуратуры в 2014 г. было направлено 396 заявления о согласовании проведения внеплановых выездных проверок, из них согласовано с органами прокуратуры 305 (77 %), отказано органами прокуратуры в согласовании – 91 заявление (23 %) (в 2013–15 %).

Количество проверок, при которых привлекались экспертные организации, – 2854, что составляет 46 % к общему числу проверок.

Общее количество проверок по итогам проведения которых выявлены нарушения, – 2 384, из них при плановых проверках – 1 314, при внеплановых проверках – 1 070.

Плановые проверки, при проведении которых выявлены правонарушения, составляют 55 %. По результатам указанных проверок с нарушениями выданы предписания об устранении выявленных нарушений санитарного законодательства. Удельный вес проверок, по итогам проведения которых по фактам выявленных нарушений возбуждены дела об административных правонарушениях, к общему количеству плановых проверок с нарушениями – 79 %.

Внеплановые проверки, при проведении которых выявлены правонарушения, составляют 28 %. По результатам таких проверок с нарушениями выданы предписания об устранении выявленных нарушений санитарного законодательства. Удельный вес проверок, по итогам проведения которых по фактам выявленных нарушений возбуждены дела об административных правонарушениях, к количеству внеплановых проверок с нарушениями – 64 %.

Количество административных наказаний, наложенных по итогам проверок, – 2274, в том числе при плановых проверках – 440, при внеплановых проверках – 834.

По итогам проверок в 13 случаях было применено административное наказание в виде административного приостановления деятельности.

Постановлений о назначении административного наказания в виде административного штрафа вынесено в отношении граждан – 66 (3 %), должностных лиц – 1245 (61 %), индивидуальных предпринимателей – 357 (17 %), юридических лиц – 352 (17 %).

Общая сумма наложенных административных штрафов составила 7797 тыс. руб.

*Основные результаты деятельности по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия работающих и населения при эксплуатации объектов использования атомной энергии*

К обслуживаемым ФМБА России объектам использования атомной энергии относятся предприятия Государственной корпорации по атомной энергии «Росатом» (далее – Госкорпорация «Росатом»), включая предприятия ядерного оружейного и атомного энергетического комплексов, предприятия атомного судостроения и судоремонта, объекты по обращению с радиационными отходами, научно-исследовательские институты, имеющие в своем составе площадки, на которых ведутся радиационно опасные работы, исследовательские реакторы и ядерные установки медицинского назначения.

В 2014 г. в рамках осуществления федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора территориальными органами ФМБА России в плановом порядке проверено 42 организации Госкорпорации «Росатом» (в 2013 г. – 46).

В 2014 году в два раза сократилось общее количество внеплановых мероприятий (с 540 в 2013 г. до 240 внеплановых мероприятий в 2014 г.). Необходимо отметить, что в структуре внеплановых мероприятий в 2014 г. преобладали мероприятия, связанные с выходом должностных лиц на предприятия по заявлениям организаций с целью получения санитарно-эпидемиологических заключений на условия труда (в 2013 г. преобладали внеплановые мероприятий по контролю выданных ранее предписаний). Также в 2014 г. значительно сократилось количество мероприятий, связанных с внеплановыми проверками организаций Госкорпорации «Росатом» по жалобам граждан, обращению общественных организаций.

Случаев превышений дозовых пределов, установленных санитарными правилами и нормативами СанПиН 2.6.1.2523-09 «Нормы радиационной безопасности (НРБ-99/2009)», в 2014 г. на предприятиях Госкорпорации «Росатом» не зарегистрировано.

Вышеизложенное позволяет оценить радиационную обстановку
в 2014 г. в организациях и на территориях, обслуживаемых ФМБА России, как достаточно благополучную.

*Основные результаты деятельности по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия работающих и населения при эксплуатации объектов по уничтожению химического оружия и других химически опасных объектов*

Федеральный государственный санитарно-эпидемический надзор организован и осуществляется за семью объектами по уничтожению химического оружия в соответствии с требованиями Федерального закона от 26 декабря 2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля». На двух объектах (в поселке городского типа Горный Саратовской области и в г. Камбарка Удмуртской Республики) работы по уничтожению химического оружия завершены в 2005 и 2009 гг., но продолжаются работы по переработке продуктов, образовавшихся в процессе уничтожения отравляющих веществ. В 2014 г. начались работы по ликвидации последствий деятельности данных объектов.

Учитывая, что на объектах уничтожались высокотоксичные химические вещества, и не исключая факт возможного остаточного загрязнения отравляющими веществами строительных конструкций зданий и помещений, технологического оборудования, работы по ликвидации последствий деятельности объектов по уничтожению химического оружия по своему масштабу и потенциальной опасности сопоставимы с работами по уничтожению химического оружия. В этот период следует обеспечить дальнейшее медико-санитарное сопровождение работ.

Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор осуществляют 6 межрегиональных управлений ФМБА России. Деятельность территориальных органов ФМБА России обеспечивают 6 центров гигиены и эпидемиологии ФМБА России и их структурные подразделения – промышленно-санитарные лаборатории, размещенные непосредственно на территории объектов по уничтожению химического оружия.

ФМБА России продолжается ведение единой системы медицинского мониторинга (ЕСММ) при хранении, перевозке и уничтожении химического оружия, которая представляет собой систему динамического наблюдения за состоянием здоровья как отдельных групп населения, так и индивидуально каждого человека и среды обитания с целью выявления причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания, в том числе и химического фактора.

ЕСММ включает в себя две подсистемы: мониторинга здоровья военнослужащих, лиц гражданского персонала объектов по уничтожению химического оружия, населения, проживающего в зоне защитных мероприятий (подсистема «Мониторинг здоровья») и мониторинга санитарно-гигиенического состояния объектов по хранению и уничтожению химического оружия (подсистема «СанГиМо»).

По состоянию на 31 декабря 2014 г. сводная база данных ЕСММ содержит сведения о 4 531 979 исследованиях, проведенных с момента запуска объекта всеми лабораториями, размещенными на объектах по хранению и уничтожению химического оружия, из них с превышением (в основном по общепромышленным загрязнителям) – 1 567 исследований (0,036 %).

Случаев превышения гигиенических нормативов содержания отравляющих веществ в окружающей среде не зарегистрировано.

Сотрудниками федерального государственного унитарного предприятия «Научно-исследовательский институт гигиены, токсикологии и профпатологии» Федерального медико-биологического агентства в 2014 г. осуществлялись работы по проведению обследования, лечения и экспертизы по установлению причинной связи заболеваний работников объектов по уничтожению химического оружия и граждан, проживающих в зоне защитных мероприятий. Результаты исследований показали, что в целом выявленные отклонения в состоянии здоровья населения соответствуют средним показателям по России. Во всех регионах при обследовании населения не было выявлено заболеваний, развитие которых можно было связать с воздействием на организм отравляющих веществ.

В рамках выполнения федеральной целевой программы «Национальная система химической и биологической безопасности Российской Федерации
(2009–2014 годы)» ФМБА России ведет работу по созданию медико-санитарных паспортов химических опасных объектов и территорий их расположения для получения полной информации об угрозах персоналу данных объектов, населению и окружающей среде.

В ходе подготовки медико-санитарных паспортов проводится изучение показателей здоровья персонала объектов и населения, состояния производственной и окружающей среды. Определяется комплексная характеристика степени напряженности медико-экологической ситуации в районе расположения химически опасного объекта с оценкой рисков для здоровья населения, проживающего в районе расположения химически опасного объекта.

Результаты исследований вносятся в базу данных созданной в ФМБА России автоматизированной информационно – аналитической системы обеспечения химической безопасности на объектах и территориях, обслуживаемых ФМБА России. В настоящее время информационное и программное обеспечение автоматизированной информационно-аналитической системы обеспечения химической безопасности внедрено в 13 территориальных органах (межрегиональных управлениях ФМБА России и их территориальных отделах), 27 учреждениях здравоохранения Центра гигиены и эпидемиологии медико-санитарной части и охватывает 19 химических опасных объектов, подлежащих обслуживанию ФМБА России, включая территории их расположения.

*Основные результаты деятельности по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия космонавтов при проведении работ по предстартовой подготовке космических аппаратов к запуску с космодрома «Байконур», при выполнении космических полетов по пилотируемым программам*

В течение 2014 года был организован контроль за обеспечением санитарно-противоэпидемического режима, проведением ограничительно-обсервационных мероприятий, направленных на предупреждение инфекционных заболеваний экипажей космонавтов, в местах их размещения, питания, отдыха и тренировок, за соблюдением государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов при проведении работ с участием экипажей космонавтов на заключительных этапах предстартовой подготовки к запускам с космодрома «Байконур» 4 транспортных пилотируемых кораблей (ТПК): «Союз ТМА-12М», «Союз ТМА-13М», «Союз ТМА-14М», «Союз ТМА-15М» и 4 транспортных грузовых кораблей (ТГК): «Прогресс М-22М», «Прогресс М-23М», «Прогресс М-24М», «Прогресс М-25М», а также обеспечена готовность к выполнению мероприятий на случай возникновения аварий при пусках ракет с космодрома «Байконур» при запусках 21 космического аппарата.

Проведены лабораторные исследования проб питьевой воды (237 проб), воздуха (154 пробы), смывов (2387 проб), взятых с поверхностей интерьера, оборудования и оснащения в местах предстартовой подготовки экипажей космонавтов на космодроме «Байконур», на территории площадки 17 «К» филиала «Байконур» федерального государственного бюджетного учреждения «Нучно-исследовательский испытательный центр подготовки космонавтов имени Ю.А. Гагарина», на территории отеля «Звездный» на соответствие санитарно-эпидемиологическим требованиям по нормируемым гигиеническим показателям для среды обитания космонавтов в пилотируемом космическом аппарате. Нарушений требований санитарного законодательства в местах проведения работ, связанных с подготовкой космического аппарата к запуску, не выявлено.

Случаев инфекционных заболеваний, острых профессиональных заболеваний и отравлений космонавтов на этапах подготовки к запуску пилотируемого космического аппарата и при осуществлении космических полетов по пилотируемым программам, а также среди лиц, непосредственно контактирующих с членами экипажей на заключительном этапе предстартовой подготовки к запускам пилотируемых космических аппаратов, не зарегистрировано. В местах проведения работ по подготовке экипажей космонавтов использовался комплекс программ «Мониторинг санитарно-эпидемиологического обеспечения космических полетов», утвержденный приказом Федерального медико-биологического агентства от 31 июля 2012 г. № 216.

С целью обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия экипажей космонавтов при выполнении космических полетов по пилотируемым программам проведена санитарно-эпидемиологическая оценка оборудования и технических средств бортовых систем жизнеобеспечения, научной аппаратуры, приборов, укладок, биоматериалов и химических реактивов для выполнения космических экспериментов, изделий снаряжения, медицинского обеспечения, питания, предметов психологической поддержки и личных вещей экипажей космонавтов, на соответствие требованиям санитарных правил и гигиенических нормативов, установленных для среды обитания космонавта в пилотируемом космическом аппарате.

Принято участие в рассмотрении и согласовании проекта концепции федеральной целевой программы «Развитие космодромов на период 2016–2025 годов в обеспечении космической деятельности Российской Федерации» и одноименного проекта федеральной целевой программы, а также проектной документации «Космодром «Восточный».

*Проблемные вопросы*

На основании статей 42 и 83 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» финансовое обеспечение оказания медицинской помощи населению закрытых административно-территориальных образований осуществляется за счет:

средств ОМС, выделяемых в рамках территориальных программ ОМС;

бюджетных ассигнований федерального бюджета (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе ОМС).

В целях реализации поэтапного перевода федеральных медицинских организаций на одноканальное финансирование с 2015 года за счет средств федерального бюджета в рамках государственного задания медицинскими организациями, подведомственными ФМБА России, осуществляется оказание медицинской помощи по отдельным мероприятиям, предусмотренным постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2014 г. № 1540 «Об особенностях организации и финансового обеспечения оказания медицинской помощи, в том числе предоставления дополнительных видов и объемов медицинской помощи, предусмотренных законодательством Российской Федерации, 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».

Таким образом, оказание первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС жителям отдельных территорий может осуществляться только за счет средств ОМС.

Актуальным остается вопрос с обеспечением населения обслуживаемых территорий и работников организаций реабилитационными методами лечения.

Задачи по сохранению трудоспособности квалифицированных работников, предупреждению и замедлению прогрессирования профессиональных заболеваний могут быть полноценно реализованы только при сохранении медицинской реабилитации, как одной из основных составляющих комплексного подхода медико-санитарного обеспечения работников предприятий с особо опасными факторами производства, включающего также амбулаторно-поликлинический этап, стационарный (ранний и поздний) этап и санаторно-курортное лечение.

Индивидуальные программы реабилитации прикрепленного контингента разрабатываются на основе данных изучения технологии производственного процесса и возможности его влияния на развитие производственных и производственно обусловленных заболеваний, что позволяет при разработке комплекса реабилитационных мероприятий обеспечить направленное воздействие на системы и органы-мишени с высоким риском развития патологических состояний и заболеваний при воздействии на них вредных производственных факторов.

Научными организациями, подведомственными ФМБА России, разработано более 100 методических рекомендаций по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению работников особо опасных производств.

Не менее актуально стоит вопрос о проведении медицинской реабилитации пациентам после перенесенного геморрагического острого нарушения мозгового кровообращения, травм с повреждением спинного мозга. Как правило, это молодые люди трудоспособного возраста с благоприятным реабилитационным прогнозом. Оказание высококвалифицированной помощи данной категории пациентов возможно в единичных медицинских организациях. Этот вид помощи является высокозатратным, что определяется длительностью пребывания пациента в специализированном отделении (в том числе в отделении интенсивной терапии и реанимации), применением индивидуальных программ (массажисты, рефлексотерапевты, инструкторы и т.д.).

**Раздел 7. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения**

Деятельность Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (далее – Роспотребнадзор) в 2014 году осуществлялась в соответствии с основными направлениями деятельности Роспотребнадзора и предусматривала реализацию указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года, основополагающих документов Правительства Российской Федерации, а также реагирование Роспотребнадзора на вновь возникшие угрозы.

Основные положения указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года достигаются Программы в части организации обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации.

Роспотребнадзором в 2014 году осуществлялись два мероприятия, входящие в подпрограмму 9 «Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья» Программы:

государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

организация обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В 2014 году в рамках мероприятия «9.5. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор» Роспотребнадзором проводилась деятельность по:

организации и проведению контрольно-надзорных мероприятий, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия и охрану здоровья населения Российской Федерации;

обеспечению санитарной охраны территории Российской Федерации, в том числе обеспечению мероприятий по санитарной охране территории Таможенного союза.

Результаты реализации указанных мероприятий за 2014 год – снижение и стабилизация заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики, а также предупреждение распространения инфекционных и паразитарных болезней на территории Российской Федерации обеспечены. За 12 месяцев 2014 года достигнуты следующие значения показателей:

поддержание низких уровней заболеваемости дифтерией (единичные случаи) – 0,00 на 100 тыс. населения (2 случая) при планируемых на 2014 год - 0,01 на 100 тыс. населения;

ликвидация кори: ликвидация местных случаев кори; получение сертификата страны, свободной от кори, – 3,23 на 100 тыс. населения при планируемом значении на 2014 год – 4,0 на 100 тыс. населения. На эпидемиологическую ситуацию в России продолжает оказывать существенное влияние неблагополучная эпидемиологическая обстановка в странах Европейского региона;

ликвидация краснухи: снижение заболеваемости краснухой; предупреждение и ликвидация врожденной краснухи; получение сертификата страны, свободной от краснухи, – 0,05 на 100 тыс. населения при планируемом значении на 2014 год – 0,11 на 100 тыс. населения;

предупреждение завоза и распространения дикого вируса полиомиелита; поддержание статуса страны, свободной от полиомиелита, – случаи полиомиелита, вызванные диким вирусом, не зарегистрированы, что соответствует планируемому показателю;

снижение заболеваемости острым гепатитом В до низких уровней: 1,32 на 100 тыс. населения при планируемом значении за 2014 год – 1 на 100 тыс. населения.

В 2014 году уровень охвата населения прививками против гриппа в целом по стране составил 29,6 %, при планируемом значении – не менее 27 % населения. Уровень охвата населения прививками против гриппа населения в группах риска составил 100 %, при планируемом значении - не менее 83%.

Контроль за поддержанием высоких уровней охватов детей в декретированных возрастах профилактическими прививками в рамках национального календаря профилактических прививок (дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит, корь, краснуха, эпидемиологический паротит и др.) – по итогам 2014 года составил 95 %, что соответствует планируемому значению указанного показателя.

В 2014 году одним из глобальных вызовов явилась угроза завоза и распространения лихорадки Эбола на территории Российской Федерации.

Роспотребнадзором во взаимодействии с другими заинтересованными федеральными органами государственной власти принимались необходимые меры по недопущению завоза и распространения лихорадки Эбола на территории страны.

Обеспечено усиление санитарно-карантинного контроля за пассажирами и членами экипажей транспортных средств, прибывающими транзитными рейсами из стран, в которых распространялась лихорадка Эбола, в авиационных пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации.

Роспотребнадзором совместно с МЧС России, ФМБА России и МИД России обеспечена готовность к эвакуации из эпидемически неблагополучных территорий Западной Африки при подозрении на заражение лихорадкой Эбола, проведены соответствующие учения и тренировки.

На базе всемирно известного научного центра федерального бюджетного учреждения науки «Государственный научный центр вирусологии и биотехники» «Вектор» проводились исследования по разработке иммунобиологических препаратов для профилактики и лечения Эбола, разработаны две высокочувствительные тест-системы для диагностики этой болезни, которые успешно применяются в Африке.

Россия принимает участие в международных усилиях по борьбе с болезнью. В целях сдерживания эпидемии с августа 2014 года в Гвинее работает специализированная противоэпидемическая бригада Роспотребнадзора, развернут военный инфекционный госпиталь на 200 коек. Россией неоднократно направлялась гуманитарная помощь в виде средств индивидуальной защиты и средств медицинского назначения.

Борьба с инфекциями на глобальном уровне – один из приоритетов международного гуманитарного сотрудничества России.

Приоритетом международной деятельности Роспотребнадзора являлось развитие двустороннего сотрудничества в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения в регионе Юго-Восточной Азии. Продолжилось развитие взаимодействия с Социалистической Республикой Вьетнам в рамках действующего Меморандума между Роспотребнадзором и Минздравом Вьетнама. Подготовлен к подписанию Меморандум о сотрудничестве в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения с Республикой Мьянма.

Роспотребнадзором реализуются мероприятия по предупреждению завоза и распространения инфекционных заболеваний на территорию страны в местах размещения граждан, вынужденно покинувших Украину и находящихся на территории России.

С целью контроля за эпидемиологической ситуацией ведется ежедневный мониторинг за выявлением инфекционных заболеваний у граждан Украины и их иммунизацией, обеспечена стабильная эпидемиологическая ситуация в регионах, в которые прибывают лица из Украины.

При осуществлении федерального государственного надзора в установленных сферах деятельности в 2014 году территориальными органами Роспотребнадзора проведено 299 336 проверок, из них плановых проверок – 117 790. Выполнение ежегодного плана проведения плановых проверок составило в 2014 году 99,1 %, при планируемом значении указанного показателя 90,5 %.

В ходе проведения плановых проверок мероприятия по обеспечению указанных проверок подведомственными учреждениями, организациями Роспотребнадзора выполнены в полном объеме.

Роспотребнадзором продолжено осуществление мероприятий, направленных на минимизацию административного давления на бизнес при сохранении необходимого уровня защиты населения. Сформирована устойчивая тенденция снижения числа проверок, количество проверок сократилось с
320 тыс. в 2013 году до 299 тысяч в 2014 году.

С целью обеспечения надлежащей защиты прав и иных законных интересов населения Российской Федерации в деятельность Роспотребнадзора внедряется модель риск-ориентированной контрольно-надзорной деятельности, направленной на предупреждение, выявление и пресечение нарушений, влекущих реальное причинение вреда, прежде всего здоровью человека.

Основными принципами риск-ориентированной модели являются: использование методов оценки рисков здоровью на всех этапах организации и осуществления контрольно-надзорной деятельности; классификация субъектов надзора в зависимости от степени угрозы и риска причинения вреда жизни и здоровью граждан; дифференцированный подход к проведению контрольно-надзорных мероприятий с концентрацией усилий на объектах высокого риска для здоровья.

В рамках мероприятия «9.6. Организация обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения» Программы Роспотребнадзором осуществлялась деятельность по:

совершенствованию санитарного законодательства;

организации внедрения системы оценки риска воздействия факторов среды обитания на здоровье человека;

осуществлению социально-гигиенического мониторинга, включая оценку, выявление изменений и прогноз состояния здоровья населения и среды обитания, установление и устранение вредного воздействия на человека факторов среды обитания;

организации и осуществлению повышения уровня санитарной культуры населения, формированию навыков здорового образа жизни, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактику алкоголизма (в том числе 19 проектов нормативных правовых актов, в том числе 7 проектов федеральных законов, 3 проекта постановлений Правительства Российской Федерации, 5 проектов распоряжений Правительства Российской Федерации, а также 4 проекта нормативных актов Таможенного союза и Евразийской экономической комиссии).

С учетом современнных вызовов Роспотребнадзором в 2014 году разработано более 100 законодательных и иных нормативных актов, принято участие в подготовке в соответствии с поручениями Президента Российской Федерации проекта Концепции повышения эффективности контрольно-надзорной деятельности органов государственной власти и органов местного самоуправления на 2014–2018 годы, проектов постановлений Правительства Российской Федерации по реализации указанного проекта.

Из числа разработанных Роспотребнадзором проектов федеральных законов в 2014 году был принят Федеральный закон от 31 декабря 2014 г. № 521-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях».

При участии Роспотребнадзора были внесены поправки в рассматриваемый Государственной Думой Российской Федерации законопроект № 532153-6 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части усиления мер противодействия обороту контрафактной продукции и контрабанде алкогольной продукции и табачных изделий» (Федеральный закон от 31 декабря 2014 г. № 530-ФЗ).

Принятие Федерального закона от 31 декабря 2014 г. № 530-ФЗ обеспечило более чем в 10 раз увеличение санкции за введение потребителей в заблуждение относительно потребительских свойств или качества товара, усилена административная ответственность по статье 14.10 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях за незаконное использование чужого товарного знака, знака обслуживания, наименования места происхождения товара.

Кроме того, в 2014 году Правительством Российской Федерации были приняты подготовленные с участием Роспотребнадзора:

постановление от 29 декабря 2014 г. № 1602 «О порядке аттестации экспертов на право проведения санитарно-эпидемиологических экспертиз, расследований, обследований, исследований, испытаний и иных видов оценок соблюдения санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований»;

распоряжение от 29 апреля 2014 г. № 704-р «О внесении изменений в схему размещения территориальных органов Роспотребнадзора, утвержденную распоряжением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1836-р»;

распоряжение от 18 апреля 2014 г. № 632-р «О создании в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе подведомственного Роспотребнадзору федерального казенного учреждения здравоохранения «Противочумная станция Республики Крым»;

распоряжение от 25 сентября 2014 г. № 1884-р «О создании в Республике Крым и г. Севастополе ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе».

В 2014 году (с учетом разработанных в 2013 году проектов санитарных правил) Минюстом России зарегистрировано 33 нормативных правовых акта, подготовленных Роспотребнадзором.

Наиболее значимые из вступивших в силу постановлений Главного государственного санитарного врача Российской Федерации:

«Санитарно-эпидемиологические требования к дошкольным группам, размещенным в жилых помещениях жилищного фонда»;

«Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы стационарных организаций отдыха и оздоровления детей»;

«Санитарно-эпидемиологические требования к перевозке железнодорожным транспортом организованных групп детей»;

«Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы образовательных организаций дополнительного образования детей»;

«Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию объектов организаций здравоохранения и социального обслуживания, предназначенных для постоянного проживания престарелых и инвалидов, санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому режиму их работы».

Указанные санитарные правила позволяют актуализировать санитарное законодательство с учетом развития современной науки, а также адаптировать санитарно-эпидемиологические требования с учетом потребностей бизнес - сообщества.

Важным направлением деятельности за отчетный период являлось взаимодействие с Евразийской экономической комиссией.

Проводилась работа по подготовке и направлению предложений для внесения изменений в Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) Таможенного союза, с учетом согласования с учреждениями науки и бизнес - сообщества в рамках гармонизации с международными стандартами, рекомендациями и другими документами международных организаций, включая Всемирную организацию здравоохранения, Комиссию «Кодекс Алиментариус».

В Евразийскую экономическую комиссию направлены предложения, касающиеся такого перечня продукции (товаров), как спортивное снаряжение и оборудование, иных товаров, предназначенных для использования при организации и проведения международных спортивных мероприятий, по вопросам безопасности пищевой продукции, лечебного и диетического профилактического питания, касающихся требований в части нормативов содержания отдельных природных радионуклидов в минеральных природных питьевых и лечебно-столовых водах.

В числе проектов нормативных актов Таможенного союза и Евразийской экономической комиссии Роспотребнадзором подготовлены:

проект Решения Совета Евразийской экономической комиссии «О внесении изменения в технический регламент Таможенного союза «Пищевая продукция в части ее маркировки» (ТР ТС 022/2011);

проект Решения Совета Евразийской экономической комиссии «О внесении изменения в технический регламент Таможенного союза «Требования безопасности пищевых добавок, ароматизаторов и технологических вспомогательных средств» (ТР ТС 029/2012);

проект Решения Коллегии Евразийской экономической комиссии «О внесении изменений в некоторые решения Комиссии Таможенного союза»;

проект технического регламента Таможенного союза «О требованиях к воде в части систем водоочистки и водоподготовки»;

проект Решения Совета Евразийской экономической комиссии «О внесении изменений в технический регламент Таможенного союза «Пищевая продукция в части ее маркировки» (ТР ТС 022/2011).

Все перечисленные проекты актов Таможенного союза и ЕЭК были внесены Роспотребнадзором в Минэкономразвития России для представления их в Евразийскую экономическую комиссию.

Проводились экспертизы проектов технических регламентов в пределах установленных полномочий Роспотребнадзора. Рассматривались замечания и предложения, касающиеся доработки проектов технических регламентов в соответствии с Графиком разработки первоочередных технических регламентов Таможенного союза.

В 2014 году проведена экспертиза 16 технических регламентов Таможенного союза, предложения по которым направлены в Евразийскую экономическую комиссию.

В 2014 году продолжалась работа по осуществлению комплекса мероприятий, направленных на реализацию государственной политики по продовольственной безопасности, здорового питания, государственной политики противодействия потреблению табака, по снижению масштабов злоупотребления алкоголем.

В целях реализации Доктрины продовольственной безопасности Российской Федерации, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 30 января 2010 года № 120, Роспотребнадзором обеспечен контроль и надзор за качеством и безопасностью пищевых продуктов и реализации мер по снижению заболеваемости населения, обусловленной микронутриентной недостаточностью.

Результатом деятельности Роспотребнадзора по сохранению и укреплению здоровья детей и подростков стала реализация целевых программ, ориентированных на улучшение материально-технического состояния пищеблоков школ во всех субъектах Российской Федерации. Результаты мониторинга за показателями охвата школьников горячим питанием свидетельствуют о том, что ожидаемый результат охвата горячим питанием учащихся начальных классов (94 %) достигнут.

Роспотребнадзором осуществлялся государственный надзор за качеством и безопасностью алкогольной продукции, обеспечен контроль при проведении плановых проверок за реализацией алкогольной продукции в местах ее ограничения по месту и по времени на уровне 90%.

В рамках противодействия потреблению табака обеспечен контроль при проведении плановых проверок за реализацией табачной продукции в местах ее ограничения на уровне 90%.

В 2014 году обеспечено санитарно-эпидемиологическое благополучие при проведении XXII Олимпийских зимних игр и XI Паралимпийских зимних игр 2014 года в городе Сочи.

Важными направлениями деятельности органов и учреждений Роспотребнадзора, как и в предыдущие годы, является контроль и надзор за дошкольными учреждениями, организацией отдыха детей в оздоровительных учреждениях в целях выполнения поручений Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации. По итогам летней оздоровительной кампании 2014 года удельный вес детей, получивших выраженный оздоровительный эффект, увеличился с 89,3 % в 2013 году до 91,3 % в 2014 году. Результаты мониторинга за показателями охвата школьников горячим питания свидетельствуют о том, что достигнут ожидаемый результат охвата горячим питанием учащихся начальных классов – 96,3 %.

В целях обеспечения органов государственной власти, органов местного самоуправления, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и граждан объективной систематизированной аналитической информацией о состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации Роспотребнадзором обеспечена подготовка и внесение в Правительство Российской Федерации в порядке, установленном постановлением Правительства Российской Федерации от 23 мая 2012 г. № 513, государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2013 году».

В 2014 году образовано Межрегиональное управление Роспотребнадзора по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю, федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе», Крымская противочумная станция Роспотребнадзора.

Проводимый комплекс мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе позволил не допустить случаев групповой и вспышечной заболеваемости.

Взаимодействие с предпринимательским сообществом позволило повысить ответственность предпринимателей при реализации санитарного законодательства.

С целью совершенствования нормативно-правового регулирования контрольно-надзорной деятельности в рамках реализации Программы совместной деятельности Роспотребнадзора и Общероссийской общественной организации малого и среднего предпринимательства «Опора России» на 2013–2014 годы предприниматели приняли участие в подготовке нормативных документов Роспотребнадзора – актуализации санитарно-эпидемиологических требований к устройству и содержанию организаций для детей и подростков, документов о недопущении на рынок продукции, представляющей риски для здоровья потребителей, и информировании всех заинтересованных сторон об этих рисках.

На 1 января 2014 года объемы бюджетных ассигнований Роспотребнадзора на реализацию Программы составили 24 612 286,9 тыс. руб.

С учетом изменений и дополнений объемы бюджетных ассигнований Роспотребнадзора на реализацию Программы увеличились и составили на 1 января 2015 года 28 289 019,4 тыс. руб.

На 1 января 2015 года в рамках мероприятия «9.5. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор» Программы Роспотребнадзором освоены финансовые средства в объеме 13 573 862,7 тыс. руб.

На 1 января 2015 года в рамках мероприятия «9.6. Организация обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения» Программы Роспотребнадзором освоены финансовые средства в объеме 5 803 436,7 тыс. руб.

В соответствии с методическими указаниями по разработке и реализации государственных программ Российской Федерации, утвержденными приказом Минэкономразвития России от 20 ноября 2013 г. № 690, в Программу были внесены изменения в части, касающейся реализации функций центрального аппарата Роспотребнадзора. Средства на реализацию указанных функций освоены в рамках мероприятия Г.3 подпрограммы Г «Управление развитием отрасли» и составили в 2014 году 8 852 713,0 тыс. руб.

**Раздел 8. Обеспечение населения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения;

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

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

минимальный ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи.

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

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

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

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

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

В рамках осуществления субъектами Российской Федерации переданных полномочий по организации льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в субъекты Российской Федерации поставлены лекарственные препараты на общую сумму 42 026 378 тыс. руб.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**в сравнении с 2013 годом**

Наиболее высокая средняя стоимость рецепта, превышающая 1 000 руб. наблюдается в 36 субъектах Российской Федерации, из них: в Республике Дагестан – 3 334 руб., в Чеченской Республике – 2 604 руб., в Московской области – 2 270 руб., в Кабардино-Балкарской Республике – 1 908 руб., в Краснодарском крае – 1 730 руб., в Республике Северная Осетия-Алания – 1 722 руб., в Ленинградской области – 1 722 руб., в Республике Хакасия – 1 611 руб.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

затраты производителя лекарственного препарата на производство и реализацию лекарственного препарата;

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

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

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

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

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

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

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

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

Проект постановления разработан с учетом соблюдения баланса интересов потребителей и производителей жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и затрат производителя лекарственного препарата на производство и реализацию лекарственного препарата.

В настоящее время указанный проект постановления в установленном порядке проходит процедуру согласования с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти. С 2008 года предусмотрено отдельное финансирование из федерального бюджета расходов на централизованную закупку дорогостоящих лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей. В целях учета этих лиц Минздрав России осуществляет ведение Федерального регистра, численность включенных в него граждан по состоянию на 1 января 2014 года составила 132 393 человека, по состоянию на 1 декабря 2014 года – 148 027 тыс. человек. По всем нозологическим формам отмечается прирост численности больных (табл. 1.13).

 Таблица 1.13

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

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

Минздравом России в установленные сроки проведены открытые аукционы на право заключения государственных контрактов на поставку лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей в рамках централизованной закупки для нужд федеральных учреждений здравоохранения, подведомственных Федеральному медико-биологическому агентству, а также организаций, определенных органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, на основании утвержденных потребностей, и заключено 85 государственных контрактов. Поставки осуществлены в плановом режиме.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 декабря
 2014 г. № 2762-р об утверждении перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, а также перечень медицинских изделий, отпускаемых по рецептам на медицинские изделия при предоставлении набора социальных услуг, которым впервые утверждены следующие перечни:

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

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

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

**Раздел 9. Информатизация здравоохранения**

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

Целью создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) является обеспечение эффективной информационной поддержки процесса управления системой медицинской помощи, а также процесса оказания медицинской помощи.

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

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

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

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

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

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

Следующим важным направлением в 2014 году явилось усовершенствование механизмов и отслеживание результатов персонифицированного учета по отдельным нозологиям и профилям оказания медицинской помощи. Фиксирование фактов оказания медицинской помощи, выдаваемых рецептов с проведением последующего анализа динамики лечения пациентов является одним из основополагающих факторов для планирования мероприятий по наблюдению состояния здоровья пациентов и возможным мероприятиям по реабилитации.

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

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

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

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

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

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

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

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

Программой определены следующие направления:

внедрение элементов проектного менеджмента в управлении отраслью;

информатизация здравоохранения, включая развитие телемедицины;

повышение доступности консультационных услуг медицинских экспертов для населения за счет использования телемедицинских консультаций;

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

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

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

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

2. Качество программного обеспечения медицинских информационных систем.

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

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

обеспечение персонифицированного учета оказания медицинских услуг;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Раздел 10. Реализация государственной политики в сфере охраны здоровья, предусмотренной иными поручениями Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, а также реализация мероприятий иных федеральных целевых программ и государственных программ Российской Федерации, оказывающих влияние на достижение целей и задач государственной политики в сфере охраны здоровья**

***Реализация государственной политики в сфере охраны здоровья в Республике Крым и г. Севастополе***

С 2014 года здравоохранение Республики Крым и г. Севастополя интегрируется в российскую систему здравоохранения и систему ОМС, реализуются мероприятия программы модернизации здравоохранения. Общая стоимость утвержденной программы модернизации здравоохранения на 2014-2015 годы Республики Крым составляет 5,1 млрд рублей, г. Севастополя – 988,5 млн рублей.

Республике Крым предоставлена субсидия из федерального бюджета в размере 1, 6 млрд рублей, г. Севастополю – 313,0 млн рублей.

В Республике Крым указанные средства запланировано направить на: проведение капитального ремонта 18 медицинских организаций, приобретение 3 485 единиц медицинского оборудования, 160 машин скорой медицинской помощи, оборудованных системой ГЛОНАСС. В г. Севастополе запланировано проведение капитального ремонта 21 медицинской организации и текущего ремонта 18 медицинских организаций, приобретение 1 759 единиц медицинского оборудования, 7 машин скорой помощи, оборудованных системой ГЛОНАСС.

В целях повышения оплаты труда работников бюджетной сферы принят ряд нормативных правовых актов, предусматривающих, в том числе повышение заработной платы работникам сферы здравоохранения. В декабре 2014 года средняя заработная плата врачей в Республике Крым увеличилась по сравнению с мартом 2014 года на 67 % и составила 45,0 тыс. рублей, в г. Севастополе – на 60 %, составила 39,3 тыс. рублей. У среднего медицинского персонала в Республике Крым рост заработной платы составил 62 %, заработная плата – 25,4 тыс. рублей, в г. Севастополе – рост на 55 %, заработная плата – 22,1 тыс. рублей.

В рамках интеграции здравоохранения Республики Крым в здравоохранение Российской Федерации сотрудниками кафедр ведущих образовательных организаций высшего медицинского образования Российской Федерации проводятся циклы повышения квалификации медицинских работников Республики Крым.

В июле 2014 года создан территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю.

Кроме того, для организации качественной, доступной и бесплатной медицинской помощи населению Крымского федерального округа в медицинские организации округа в марте–апреле 2014 года Минздравом России и субъектами Российской Федерации направлена гуманитарная помощь (лекарственные средства, медицинские изделия, продукты питания, наркотические и психотропные препараты) на общую сумму 21,2 млн рублей. Для обеспечения населения медицинской помощью в стационарных условиях из федерального бюджета дополнительно выделены средства в объеме 3,244 млн рублей.

Создана система мониторинга цен на лекарственные препараты.

С 13 по 30 апреля и с 11 мая по 7 июня для обследования детского населения организован выезд в Республику Крым и г. Севастополь группы врачей в составе мобильного отряда экстренной медицинской помощи ФМБА России. Проведена диспансеризация 8 265 детей от 0 до 17 лет, в том числе детей-сирот и детей, находящихся на попечении. По итогам диспансеризации выявлено 134 ребенка, нуждающихся в специализированной медицинской помощи, и 14 детей, нуждающихся в срочной хирургической помощи. Все нуждающиеся дети были направлены для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинские организации Минздрава России и ФМБА России.

Высокотехнологичная медицинская помощь в 2014 году оказана
863 жителям Республики Крым (из них 228 детей) и 485 жителям г. Севастополя (из них 9 детей).

Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 августа
2014 г. № 790 утверждена федеральная целевая программа «Социально-экономическое развитие Республики Крым и г. Севастополя до 2020 года»
(далее – Программа), в рамках которой предусмотрена реализация мероприятий в сфере охраны здоровья с общим объемом финансирования за счет средств федерального бюджета в 2015–2020 годах – 6 794,9 млн рублей, из них:

мероприятия Республики Крым – 5 044,9 млн рублей, в том числе строительство двух многопрофильных центров: в г. Симферополе для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, и помощи инфекционным больным на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Крым «Крымская республиканская клиническая больница имени Н.А. Семашко» – 4 044,9 млн рублей; в г. Ялта на базе городской клинической больницы № 1 – 1 000,0 млн рублей;

мероприятия г. Севастополя – 1 750,0 млн рублей, в том числе строительство двух многопрофильных лечебно-диагностических корпусов (онкологического диспансера – 840,0 млн рублей, городской больницы
№ 1 им. Н.И. Пирогова – 910,0 млн рублей).

В рамках Программы предусмотрено также создание сети фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) и врачебных амбулаторий (строительство 49 ФАПов и 25 врачебных амбулаторий) с общим объемом финансирования за счет средств федерального бюджета в 2015–2016 годах – 350,0 млн рублей, в том числе:

в Республике Крым – 49 ФАП и 20 врачебных амбулаторий, с общим объемом финансирования – 310,0 млн рублей;

в г. Севастополь – 5 врачебных амбулаторий с общим объемом финансирования – 40,0 млн рублей.

Утверждены территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год в Республике Крым (стоимость 16,2 млрд рублей) и г. Севастополе (4,6 млрд рублей).

В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2014 г. № 2731-р в 2015 году предусмотрено выделение субвенций из федерального бюджета на финансовое обеспечение оказания отдельным категориям граждан социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами для медицинского применения по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия, а также специализированными продуктами лечебного питания детей-инвалидов, бюджету Республики Крым в объеме – 1,1 млрд рублей, бюджету г. Севастополя – 159,6 млн рублей.

Федеральным законом от 1 декабря 2014 г. № 384-ФЗ «О федеральном бюджете на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» предусмотрено выделение финансовых средств в виде межбюджетных трансфертов на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения бюджетам субъектов Российской Федерации, в том числе: Республике Крым – 488, 2 млн рублей (перечислены 16 февраля 2015 года) и г. Севастополю –
101,6 млн рублей (перечислены 27 февраля 2015 года).

***Медицинское обеспечение безопасности XXII Олимпийских зимних игр и XI Паралимпийских зимних игр в 2014 году в г. Сочи***

В 2014 году в г. Сочи состоялись XXII Олимпийские зимние игры и XI Паралимпийские зимние игры (далее – Игры).

Для медицинского обеспечения Игр была создана преемственная поэтапная система оказания всех видов медицинской помощи, что позволило выдержать время доезда выездной бригады скорой медицинской помощи от момента ее вызова до пациента в 3,5 минуты, время эвакуации в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях – 15–17 минут. Пациенты с тяжелой травмой были прооперированы уже через 2,5 часа от момента ее получения.

В период проведения Игр медицинская помощь оказывалась на 38 медицинских пунктах олимпийских спортивных объектов и в 3 клинико-диагностических центрах, расположенных на спортивных объектах и в олимпийских деревнях.

Медицинская помощь в амбулаторных и стационарных условиях участникам и гостям Игр оказывалась в следующих медицинских организациях г. Сочи: государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №4» Министерства здравоохранения Краснодарского края, муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения города Сочи «Городская больница №4», муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения города Сочи «Городская больница №8», муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения города Сочи «Городская больница №9», государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Инфекционная больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края.

Скорая медицинская помощь оказывалась силами муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Станция скорой медицинской помощи». На олимпийских объектах осуществляли дежурство 52 бригады скорой медицинской помощи, в г. Сочи – 47 бригад.

Всего в г. Сочи в период проведения Игр работало 1 268 врачей, в том числе 666 – из Краснодарского края, 222 – из Республики Татарстан, 380 специалистов из г. Москвы. Дополнительно было привлечено 285 волонтёров-медиков.

Организовано дежурство 10 авиамедицинских бригад федерального государственного бюджетного учреждения «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Министерства здравоохранения Российской Федерации на 3-х вертолетах легкого типа, а также дежурство сотрудников Минздрава России и федерального государственного бюджетного учреждения «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Министерства здравоохранения Российской Федерации в Главном операционном центре Игр.

ФМБА России осуществляло мероприятия по медицинскому и медико-биологическому сопровождению спортивных сборных команд Российской Федерации по следующим направлениям:

система индивидуализации медико-биологических технологий, в том числе разработка специализированных продуктов питания в соответствии с типовыми метаболическими профилями спортсменов и особенностями видов спорта;

определение индивидуального уровня физических нагрузок у спортсменов с использованием технологии выявления молекулярно-генетических биомаркеров.

Всего в период с 25 января 2014 г. по 16 марта 2014 г. зарегистрировано около 12 тыс. обращений за медицинской помощью участниками и гостями Игр, в том числе 1073 спортсмена, из них 931 иностранный спортсмен.

В период проведения соревнований Игр осуществляли дежурство специализированные бригады радиологического профиля аварийных медицинских радиационно-дозиметрических центров, токсикологические бригады медицинских организаций и сводная специализированная бригада по особо опасным инфекциям ФМБА России. Все бригады работали в круглосуточном режиме во взаимодействии с органами государственной власти в сфере охраны здоровья Краснодарского края и г. Сочи, представителями войск радиационной, химической и биологической защиты Минобороны России. За время проведения Игр аварийных ситуаций не возникло.

Международный Олимпийский комитет и Паралимпийский комитет высоко оценили организацию оказания медицинской помощи участникам и гостям Игр по каждому сегменту, особенно выделив организацию оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

*В октябре 2014 года в г. Сочи впервые в России состоялся этап чемпионата мира FIA «Формула – 1» и сопуствующих международных мероприятий по автомобильным гонкам серии «GP2» «GP3».*

Мероприятия по медицинскому обеспечению соревнований России осуществлялись медицинскими работниками Краснодарского края, авиамедицинскими бригадами г. Санкт-Петербурга.

Медицинская помощь в амбулаторных и стационарных условиях участникам и гостям чемпионата мира FIA «Формула – 1» и сопуствующих международных мероприятий по автомобильным гонкам серии «GP2» «GP3» оказывалась в следующих медицинских организациях г. Сочи: государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №4» Министерства здравоохранения Краснодарского края, муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения города Сочи «Городская больница №4», муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения города Сочи «Городская больница №9», государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Инфекционная больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края.

Скорая медицинская помощь оказывалась силами муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Станция скорой медицинской помощи». На объектах осуществляли дежурство 90 бригад скорой медицинской помощи.

Всего в период с 4 октября 2014 г. по 10 октября 2014 г. обратилось за медицинской помощью 535 человек, в том числе 6 иностранных гостей. Медицинский делегат FIA, профессор Жан Шарль Пиетт дал высокую оценку слаженной работе кубанских и петербургских медицинских специалистов.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В докладе содержится анализ текущей ситуации в сфере охраны здоровья, отмечены как достижения, так и существующие проблемы, отражены приоритетные направления отрасли здравоохранения.

Доклад предоставляет лицам, принимающим управленческие решения в области политики здравоохранения на всех уровнях государственного управления, и специалистам по организации здравоохранения информационно–аналитическую базу данных, на основании которой могут определяться стратегические цели, целевые ориентиры и приоритеты развития здравоохранения России. Использование данной информации позволит эффективно определять потребности и разрабатывать необходимые организационные мероприятия для обеспечения соответствующего уровня общественного здоровья и совершенствования здравоохранения.

2014 год стал еще одним шагом в направлении улучшения здоровья россиян, увеличения продолжительности их жизни, совершенствования российского здравоохранения.

Достигнуты Цели развития тысячелетия Организации Объединенных Наций по снижению материнской и детской смертности. Сократилась смертность от основных причин смертности у взрослых – инсультов и инфарктов миокарда. Значительно увеличилась активная выявляемость онкологических заболеваний на ранних, излечимых стадиях. Во многом это стало возможным за счет расширения государственных программ профилактики, повышения объема высокотехнологичной медицинской помощи и продолжения работы по формированию здорового образа жизни.

Впервые, по оценке ВОЗ, Россия впервые вошла в список стран с эффективной национальной системой здравоохранения.

Выстраивание трехуровневой системы здравоохранения позволило уже сегодня не только городским, но и сельским жителям получать медицинскую помощь в специализированных межрайонных и региональных центрах.

Особое внимание было уделено совершенствованию лекарственного обеспечения. Фармацевтический рынок нашей страны стал одним из самых крупных и перспективных. Эффективная реализация разработанного комплекса мер по совершенствованию лекарственного обеспечения россиян всеми участниками процесса позволит обеспечить граждан Российской Федерации необходимыми качественными и безопасными лекарственными препаратами.

Согласованное взаимодействие всех уровней власти позволит существенно укрепить здоровье населения нашей страны и выполнить задачи, определенные стратегическими документами, в первую очередь – указами Президента Российской Федерации.